

A 50 AÑOS DEL INICIO DE LA FONOAUDIOLOGÍA EN CHILE: EXPERIENCIAS Y DESAFÍOS ACTUALES EN SALUD PÚBLICA



Departamento de
Fonoaudiología

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

A 50 AÑOS DEL INICIO DE LA FONOAUDIOLÓGÍA EN CHILE: EXPERIENCIAS Y DESAFÍOS
ACTUALES EN SALUD PÚBLICA

Editado por el Departamento de Fonoaudiología de la Universidad de Chile
Avenida Independencia 1027, Independencia, Santiago, Chile.

Comité Editorial

Lilian Toledo Rodríguez - Editora General

Daniel Larenas Rosa - Editor General

Ana Osorio Llanos - Edición y corrección de estilo

Fabiola Hurtado Céspedes - Diseño y diagramación

Editores de Sección

Daniel Larenas Rosa

Luis Romero Romero

Claudia Araya Castillo

Lilian Toledo Rodríguez

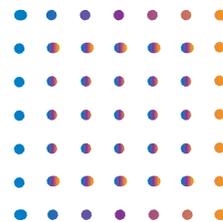
Sara Tapia Saavedra

Bernardita Alvear Veas



ISBN 978-956-19-1258-8

Noviembre 2022



A 50 AÑOS DEL INICIO DE LA
FONOAUDILOGÍA EN CHILE:
EXPERIENCIAS Y DESAFÍOS ACTUALES
EN SALUD PÚBLICA

50
AÑOS
de la Fonoaudiología en Chile

*Por una Fonoaudiología
comprometida con las
necesidades del país*



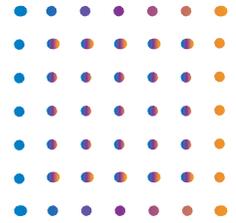
ÍNDICE

“50 años de la Fonoaudiología en Chile”	7
Presentación	9
PARTE 1: GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS	13
PRESENTACIÓN PARTE 1: GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS	15
Experiencias en la unidad de memoria piloto para el plan nacional de demencias	19
Experiencia en la implementación del sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo: “Ley Ricarte Soto”	31
Experiencia de gestión de un equipo de fonoaudiología en un hospital público de alta complejidad	45
Experiencia de creación y gestión de laboratorio de deglución del Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda	59
Experiencia de gestión en atención primaria en salud desde una perspectiva fonoaudiológica	73

PARTE 2: POBLACIONES ESPECÍFICAS	83
PRESENTACIÓN PARTE 2: POBLACIONES ESPECÍFICAS	85
Ética feminista y práctica profesional: una experiencia con personas mayores de Valparaíso	89
Acompañamiento vocal afirmativo y no patologizante para personas trans y/o no binarias	105
Trabajo con personas sordas: desde lo clínico a lo sociocultural	123
Fonoaudiología oncológica en cáncer de cabeza y cuello en Chile	137
Experiencias y reflexiones en torno al abordaje fonoaudiológico de personas grandes quemadas	149
Experiencia del equipo de rehabilitación de la unidad de paciente crítico en usuarios con Covid-19 del Hospital San Juan de Dios de Curicó	165

PARTE 3: ESTRATEGIAS DE ABORDAJE EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD Y EN EL TERRITORIO	185
PRESENTACIÓN PARTE 3: ESTRATEGIAS DE ABORDAJE EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD Y EN EL TERRITORIO	187
Fonoaudiología y atención primaria de salud: intervenciones desde un enfoque integral en niñas y niños	191
Fonoaudiología en atención primaria de salud: una mirada desde el programa más adultos mayores autovalentes	203
Fonoaudiología y rehabilitación basada en la comunidad: vinculación en el centro comunitario de rehabilitación La Pintana	217
Inserción y desarrollo de la fonoaudiología en el Hospital Comunitario de Combarbalá	231
Fonoaudiología en salud mental: experiencias en atención ambulatoria y comunitaria	245
Fonoaudiología social y comunitaria desde una praxis territorial. Experiencia de apoyo en la crisis de alimentación	259

“50 AÑOS DE LA FONOAUDIOLOGÍA EN CHILE”



MARÍA ELISA QUINTEROS CÁCERES¹

“Salus Populi Suprema Lex”.
Cicerón.

La Salud Pública, entendida como la respuesta organizada de la sociedad ante el continuo salud-enfermedad, basa su accionar teniendo en consideración que la salud está determinada por factores sociales. Las circunstancias donde nacemos, crecemos, vivimos, trabajamos y envejecemos influyen directamente sobre nuestro estado de salud a lo largo del curso de vida. Estos determinantes sociales de la salud, estructurales e intermedios, predisponen a mantenernos sanos, o bien, a enfermar, por lo que resulta fundamental que toda sociedad vele para su correcta protección, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población, o alcanzar *el buen vivir*, *Küme Mogen*, *Suma Qamaña* o *Sumak Kawsay*, como lo reconocen los pueblos latinoamericanos.

Alcanzar esta meta de *buen vivir* requiere de todos los sectores de la sociedad, incluyendo el Estado, los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, la sociedad civil, la ciudadanía y, por supuesto, las y los trabajadores de salud. Los últimos tenemos una enorme responsabilidad al empujar las transformaciones del sistema sanitario con énfasis en la promoción y prevención. Dentro de las distintas disciplinas de la medicina, las y los fonoaudiólogos constituyen un pilar fundamental al encargarse de la promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, rehabilitación, de los trastornos del lenguaje, el habla, la deglución, la audición, la voz y la comunicación.

Desde ya hace 50 años, las y los profesionales fonoaudiólogos vienen contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población chilena a través

¹ Epidemióloga, PhD en Salud Pública.

✉ mariaelisaquinteros@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-8815-1513>

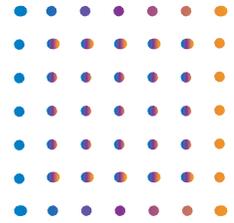


de sus saberes y experiencias aplicadas. En marzo de 1972, ingresó la primera generación de estudiantes de Fonoaudiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Hoy, conmemoramos medio siglo de existencia al servicio de las necesidades del país. El libro que tienen en sus manos “*50 años de la Fonoaudiología en Chile*” sintetiza parte de la contribución que las y los fonoaudiólogos hacen día a día por alcanzar el *buen vivir* con su acción en el sistema de salud. En sus páginas encontrarán materializados aportes consistentes con la concepción de la determinación social de la salud. Así, en términos de determinantes estructurales encontraremos experiencias en la elaboración de políticas públicas. Respecto de determinantes intermedios, prácticas exitosas en gestión, participación en diversos centros y programas de la red asistencial. El vínculo con la comunidad también queda de manifiesto en este libro al considerar estrategias de atención primaria y también de salud comunitaria.

El libro “*50 años de la Fonoaudiología en Chile*” es una invitación a todas las disciplinas de la salud a inventarnos desde fuera del box de atención clínica. Tenemos el desafío de pensarnos desde el trabajo clínico en el contexto de las personas, desde una perspectiva integral, con énfasis en la promoción y prevención. Sin embargo, aún tenemos varios desafíos como sector: avanzar en concebir la salud como el derecho humano que es; comprender la salud como parte de la seguridad social; o acordar un sistema sanitario que asegure la cobertura universal en salud. No debemos olvidar que los seres humanos no nacemos iguales, nos hacemos iguales cuando, como sociedad, acordamos otorgarnos iguales derechos para toda la ciudadanía. En esto debemos perseverar.

Cicerón señaló en su obra “*De Legibus*” (52 A.C): “la salud del pueblo es la suprema ley”, es decir, todas las personas integrantes de la sociedad debemos velar por alcanzar el bien común, ese *buen vivir* que tanto anhelamos construir para legar a las niñas y niños de las generaciones presentes y futuras. Un mejor país, una mejor sociedad para nacer, crecer, vivir, trabajar, envejecer y morir.

PRESENTACIÓN



LILIAN TOLEDO RODRÍGUEZ¹ Y DANIEL LARENAS-ROSA²

El inicio de la fonoaudiología en nuestro país se remonta a abril de 1956, momento en el que se comienza a dictar el primer curso piloto, el cual estuvo conformado por 21 profesoras normalistas, quienes en diciembre de 1958 egresaron con el título de *fonoaudiólogas*. Este hito fue posible gracias al trabajo de un grupo de médicos del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, que liderados por el profesor Aníbal Grez, propusieron la creación de la carrera al decano de la época, el Dr. Alfredo Jadresic. Así empezó a crearse el camino para que esta disciplina se convirtiera en una realidad.

Luego de un receso de 14 años, tras largos y sostenidos esfuerzos, en marzo de 1972 se aprueba por Decreto Universitario (N° 2525) el plan de estudios que crea la carrera de Fonoaudiología. El plan de estudios de ese entonces contaba con una duración de cuatro años: los dos primeros dedicados a la formación teórica, luego uno de práctica profesional y un último, de seminario de título. La primera generación estuvo conformada por funcionarias y funcionarios de la universidad, personas trabajadoras y jóvenes egresados de enseñanza media, lo cual implicaba una población estudiantil con una gran diversidad de historias y edades. Al poco andar, la carrera cerraría en 1973, producto del golpe de Estado y la irrupción de la dictadura militar, para volver a abrir en 1974.

Así pues, el presente de la disciplina se ha ido construyendo gracias a una historia que da cuenta de las necesidades de formación que han ido evolucionando a

¹ Fonoaudióloga por la Universidad de Chile. Magíster en Ciencias Biológicas mención Neurociencias, Universidad de Chile. Departamento de Fonoaudiología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

✉ lilitoledo@uchile.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-1076-9553>

² Fonoaudiólogo por la Universidad de Chile, Magíster en Salud Pública por la Universidad de Chile, Departamento de Fonoaudiología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

✉ d_larenas@uchile.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-8142-0426>



través del tiempo, en virtud del contexto social de cada época. Por ello, los primeros planes de estudio se orientaron más bien hacia una formación técnica, planteándose como colaboración de la función médica, para luego tender a la especialización clínica, situada principalmente en el nivel hospitalario, buscando de esta forma favorecer el desarrollo de la investigación científica para la optimización de sus prácticas.

Tras 50 años de historia de la carrera de Fonoaudiología, hoy nos encontramos en circunstancias y condiciones muy diferentes, que es necesario observar y entender para reconocer las demandas de nuevos conocimientos, sensibilidades, habilidades y herramientas que se le exigen a la disciplina.

De esta forma, en primer lugar, podemos percatarnos de que la perspectiva biomédica clínica clásica ya no es la única manera de aproximación al estudio de la comunicación humana y de la alimentación oral, sino que han emergido nuevas perspectivas paradigmáticas producto del encuentro interdisciplinar de las ciencias de la salud con los conocimientos desarrollados por las ciencias sociales, las ciencias políticas, las humanidades, las artes y la salud pública, entre otras. Por otra parte, los marcos normativos actuales del país promueven principios y enfoques tales como los derechos humanos, la perspectiva de género, la pertinencia intercultural, la intersectorialidad, la participación social, la integralidad y la equidad, entre otros, los que deben permear en todos los niveles de ejercicio de los sistemas y servicios, así como también a todas las prácticas de quienes los conforman.

Respecto de estos marcos normativos, es de suma relevancia contemplar el contexto actual de la elaboración de las políticas públicas. Hoy, el campo del estudio, diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas tiene un carácter transdisciplinar. Sumado a esto, existe una gran socialización del enfoque de salud en todas las políticas, lo cual ha convocado a distintas disciplinas de la salud a participar de estos procesos, enriqueciéndolos con sus saberes y favoreciendo la consideración de nuevos actores en los planes, programas y proyectos. Sin embargo, la fonoaudiología ha tenido apariciones puntuales y ha estado mayoritariamente al margen, producto de la falta de formación y experiencia. Es por esta razón que la primera parte de este libro quiso dar relevancia a la presentación de las experiencias de fonoaudiólogas y fonoaudiólogos que han trabajado en la elaboración de políticas públicas y en la gestión de servicios, con la esperanza de que ello contribuya a sentar una base

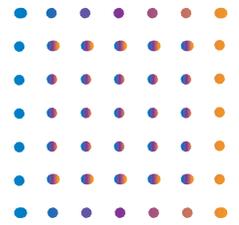
para pensar en formas de participación disciplinaria sistemática a lo largo de estos procesos complejos.

En otro ámbito, diversos grupos específicos de la población que se encuentran en situación de vulnerabilidad se han organizado y han realizado esfuerzos para ganar visibilidad en la discusión pública y, con ello, posicionar sus demandas, dentro de las cuales está encontrar respuesta a sus necesidades relativas a la comunicación y a la alimentación oral. Es imperativo, pues, que la fonoaudiología incorpore la participación social y la atención centrada en la persona, así como también que conozca las características demográficas y sociosanitarias de la población, para integrar equipos interdisciplinarios que desarrollen respuestas pertinentes. La segunda sección de este libro da cuenta, precisamente, de algunas de estas experiencias de fonoaudiólogas y fonoaudiólogos que han atendido a estas demandas y han realizado esfuerzos por profundizar en nuevas perspectivas y estrategias de abordaje de las problemáticas sociales y sanitarias.

Adicionalmente, la serie de reformas del sector salud ha impulsado en el sistema un nuevo modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario. Este paradigma sitúa la atención primaria como el nivel más relevante de la red asistencial en sus funciones de promoción de la salud, participación social y prevención de la enfermedad, del mismo modo que fomenta los principios de integralidad, atención centrada en la persona y continuidad de cuidados en todos los niveles de la red. A partir de este modelo se han creado nuevos centros, programas y estrategias, los cuales deben ser reconocidos por la disciplina, para visualizar y valorar otras modalidades de contribuir socialmente desde la fonoaudiología, tal como hemos querido relevarlo aquí, donde destacamos el trabajo emprendido por algunas fonoaudiólogas y fonoaudiólogos en estas materias y cuyas experiencias están sistematizadas en la tercera parte de este libro.

Por último, como equipo editorial, no aspiramos a que la sistematización de experiencias que presenta este libro tenga un mero valor testimonial y se cristalice como un anecdotario aislado en la historia de la fonoaudiología. Muy por el contrario, anhelamos que esta publicación, junto con ofrecer un verdadero reconocimiento al trabajo que realizan las y los fonoaudiólogos en el servicio público y en los territorios, se transforme en un primer sustento bibliográfico para la construcción y desarrollo de una fonoaudiología abocada a responder a las demandas, necesidades y desafíos de salud pública del Chile actual, pero también del país que queremos construir en el futuro.

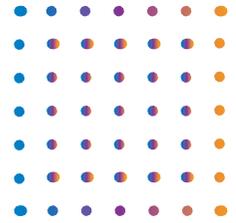




PARTE 1:
GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS

50
AÑOS

PARTE 1: GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS



LUIS ROMERO ROMERO¹ Y DANIEL LARENAS-ROSA²

Durante los últimos años, Chile ha sido escenario de una serie de movilizaciones sociales que han tensionado los principios de su modelo económico, social y político, lo que ha constituido una oportunidad para repensar la configuración estructural del país. De este modo, grupos ciudadanos, políticos, profesionales y académicos, entre otros, se han encontrado para proponer en conjunto nuevas bases conceptuales y medidas de escala macrosocial que permitan hacer de Chile un país más equitativo.

Al respecto, actuar a esta escala requiere de conocimientos, experiencias y herramientas que permitan desarrollar intervenciones sociales complejas. Sin embargo, en Chile la fonoaudiología ha estado circunscrita casi exclusivamente al nivel clínico individual, por lo que el desplazamiento hacia una dimensión poblacional de análisis abre aspectos que históricamente no han sido abordados por la disciplina, tales como: el conocimiento de las características particulares de los diferentes territorios del país, el estudio poblacional de las necesidades relativas a la comunicación humana y la alimentación oral de sus habitantes, y el manejo de la estructura y el funcionamiento de los sistemas para organizar respuestas de gran alcance. Estos conocimientos permiten caracterizar problemas públicos que requieren de abordajes diversos como el desarrollo de políticas públicas y de procesos complejos de gestión en cuya elaboración, implementación, monitoreo y

¹ Fonoaudiólogo por la Universidad de Chile, Magíster en Educación en Ciencias de la Salud por la Universidad de Chile, Departamento de Fonoaudiología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

✉ lromero@uchile.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-5052-4329>

² Fonoaudiólogo por la Universidad de Chile, Magíster en Salud Pública por la Universidad de Chile, Departamento de Fonoaudiología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

✉ d_larenas@uchile.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-8142-0426>



evaluación la disciplina fonoaudiológica no se ha integrado de manera sistemática por la ausencia de formación.

Es por esta razón que resulta fundamental reconocer la experiencia de fonoaudiólogas y fonoaudiólogos que se han desempeñado en estos ámbitos. En efecto, sistematizar sus experiencias y presentarlas de manera escrita contribuye al abordaje de los desafíos de comunicación y alimentación oral que enfrenta la población del país.

La primera parte de este libro se titula Gestión de Sistemas y Servicios, y en ella se presentan las experiencias de trabajo de fonoaudiólogas y fonoaudiólogos en el ámbito de las políticas públicas y la gestión de servicios de salud del país.

De este modo, en el primer capítulo **Montserrat Muñoz** muestra, a través de la sistematización de su experiencia como fonoaudióloga trabajando en el piloto del Plan Nacional de Demencia, la relevancia de la participación disciplinar en instancias de elaboración de políticas públicas. Esta contribución da cuenta del desarrollo de competencias y conocimientos que son parte de los procesos de construcción de política pública, tales como la revisión de evidencia, la gestión de mesas de colaboración disciplinar e interinstitucional de carácter nacional, y la sistematización de buenas prácticas. Esto exteriorizó la oportunidad de explorar nuevos paradigmas de posicionamiento terapéutico diferentes al del rehabilitador clásico, así como consolidar el aporte disciplinar en una garantía explícita de salud de atención integral.

Por su parte, en el segundo capítulo, **Natalia Celedón** sistematiza la experiencia de una fonoaudióloga trabajando como una agente activa situada en el Ministerio de Salud de Chile, particularmente en la implementación de una política pública que otorga garantías para diversos problemas de salud. Su texto releva las complejidades de este ejercicio, donde confluyen el manejo del marco normativo nacional, la necesaria consideración de la participación ciudadana en el diseño e implementación de políticas y, por último, la sistematización de la transparencia de las decisiones en todo el proceso. La experiencia de la autora devela la necesidad del desarrollo de competencias, habilidades y destrezas requeridas para el diseño, implementación y gestión de políticas públicas que, en la actualidad, exceden la formación inicial de pregrado de la carrera de Fonoaudiología, todo lo cual es una invitación a la formación continua para avanzar en la creación de respuestas de alcance poblacional vinculadas con el quehacer disciplinar.



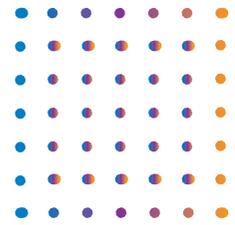
Posteriormente, **Ariela González** y **Ana Karina Salazar** relatan su experiencia en la creación y gestión de un equipo de fonoaudiología en el Complejo Hospitalario San José. Aquí son elementos sustanciales el conocimiento acerca de la estructura del sistema de salud y su funcionamiento como red integrada, así como también la gestión de equipos de trabajo, ya que su carencia limita la participación de la disciplina fonoaudiológica en instituciones de la red asistencial. Las autoras advierten de la importancia de adoptar una noción de la práctica disciplinar como parte de una red de cuidados intra y extrahospitalarios, así como también invitan a reflexionar desde una lógica de pensamiento contraria a la especialización, lo cual favorece la exploración de nuevas formas de contribución a la red asistencial.

El libro avanza con el capítulo de **María José Bravo**, quien describe el proceso de gestión e incorporación de la evaluación instrumental de la deglución por videofluoroscopia a las prestaciones que ofrece el Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda. En este caso, la autora se posiciona en un marco de atención centrada en la persona como sujeto de derechos, invitando a comprender la relevancia de valorar los aspectos de la deglución para optimizar la toma de decisiones terapéuticas, las que tienen como fin favorecer la participación social de personas en situación de discapacidad. El capítulo muestra los resultados de un proceso de diagnóstico de necesidades referidas a la accesibilidad, asequibilidad, disponibilidad y calidad, así como de aspectos estrictamente clínicos. De igual modo, presenta la puesta en marcha de un plan de implementación en sus dimensiones clínicas y administrativas, que incluye la gestión de un equipo interdisciplinar, la programación de horas y la definición de protocolos de atención, así como los desafíos durante sus primeros años de ejecución.

Finalmente, **Consuelo Sepúlveda** sistematiza su experiencia como fonoaudióloga encargada del Programa de participación social en un Centro de Salud Familiar de la Región Metropolitana. En el capítulo, la autora da cuenta de dos grandes desafíos que enfrenta la fonoaudiología: su desempeño en funciones de gestión y su participación en la atención primaria de salud. De esta manera, la autora invita a conocer los distintos tipos de estrategias existentes en el nivel primario de atención y comparte algunas de las formas en que hizo interactuar los conocimientos propios de la fonoaudiología con dichas estrategias. El capítulo concluye con reflexiones respecto de la importancia de la formación en salud pública, salud comunitaria y gestión en salud, dado que este contexto de atención requiere de la participación en el territorio, el reconocimiento de sus características y de las necesidades de sus habitantes, así como el manejo de elementos de la gestión local tales como las metas que debe cumplir el establecimiento.



EXPERIENCIAS EN LA UNIDAD DE MEMORIA PILOTO PARA EL PLAN NACIONAL DE DEMENCIAS



MONSERRAT MUÑOZ¹

Resumen

Se ha proyectado que en 2050, 152 millones de personas en el mundo vivirán con algún tipo de demencia. La American Speech-Language-Hearing Association menciona el rol del fonoaudiólogo en la mantención de la independencia y calidad de vida respecto de la comunicación y alimentación de las personas con demencia. La construcción de este rol en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente significó un proceso de varias etapas: revisión de evidencia y experiencias bajo la orgánica de una mesa técnica nacional de trabajo; estructuración del rol fonoaudiológico (habilidades clínicas y terapéuticas); y gestión de una red disciplinar de derivación local. El trabajo resultó en la definición de la contribución de la fonoaudiología en el diagnóstico y tratamiento de las personas con demencia y su entorno, generación de buenas prácticas entre colegas dedicados al área en el país y colaboración en red con otros programas y dispositivos de salud. Actualmente, el número fonoaudiólogos en este campo llega a 13, siendo necesario realizar mayores esfuerzos por mantener mesas de trabajo que promuevan las buenas prácticas y el desarrollo de comunidades amigables con las personas que viven con demencia.

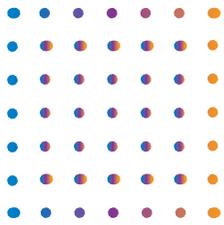
Palabras clave:
atención centrada en la
persona, salud mental,
unidad de memoria.

¹ Fonoaudióloga por la Universidad de Chile. Hospital del Salvador. Santiago, Chile.

✉ momunoz@hsalvador.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-5009-0014>





EXPERIENCES IN THE PILOT MEMORY UNIT FOR THE NATIONAL DEMENTIA PLAN

Keywords:

memory unit, mental health therapy, person centered care.

Abstract

It has been projected that in 2050, 152 million people in the world will be living with some type of dementia. The American Speech Hearing Association mentions the role of the speech therapist in maintaining independence and quality of life regarding communication and nutrition of people with dementia. The construction of this role, in the Eastern Metropolitan Health Service, meant a process of several stages: review of evidence and experiences - national technical assembly; structuring the speech-language pathology role (clinical and therapeutic skills); and management of a local referral disciplinary network. This process resulted in the definition of the contribution of speech therapy in the diagnosis and treatment of people with dementia and their environment, generation of good practices among colleagues dedicated to the area in the country and network collaboration with other health programs and devices. Currently, the number of speech-language pathologists in this field reaches 13, and it is necessary to make greater efforts to maintain work groups that promote good practices and the development of friendly communities with people living with dementia.



PRESENTACIÓN Y CONTEXTO

Se ha proyectado que en 2050, 152 millones de personas en el mundo vivirán con algún tipo de demencia (Alzheimer's Disease International, 2017). Este panorama desafía tanto a los equipos de salud como a la comunidad, dado que las demencias requieren de un abordaje interdisciplinario e intersectorial (Slachevsky et al., 2012). Por este motivo —y tras el llamado de la Organización Mundial de la Salud y Alzheimer's Disease International—, el Ministerio de Salud de Chile [MINSAL] elaboró el Plan nacional de demencias, que en 2017 inició su implementación en los servicios de salud de Osorno, Magallanes y Metropolitano Oriente (Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo [VID], 2019).

Dicho plan propuso un abordaje multidisciplinario que incluyera aspectos médicos, psicológicos, sociales, funcionales y fonoaudiológicos como disciplinas que colaborarían en el proceso de diagnóstico y tratamiento integral de las personas con demencia y sus cuidadores (MINSAL, 2017).

En lo operativo, esta iniciativa consideraba la formación de Programas de Demencia en Atención Primaria y la creación de nuevos centros de apoyo comunitario y unidades de memoria —esto es, dispositivos a nivel de mediana/alta complejidad—. Si bien los centros comunitarios como Kintún iniciaron su funcionamiento incluso antes del desarrollo del plan nacional, no fue hasta 2018 que las tres primeras unidades de memoria iniciaron su funcionamiento, relevando el rol del fonoaudiólogo en esta estrategia de salud emergente.

Al respecto, organizaciones como la American Speech-Language-Hearing Association [ASHA], mencionan el rol del fonoaudiólogo en la mantención de la independencia y calidad de vida respecto de la comunicación y alimentación de las personas con demencia (ASHA, s/f). Sin embargo, en Chile este rol se encuentra escasamente documentado, por lo que su inclusión en esta política de salud requeriría de una propuesta original enmarcada en los lineamientos de la atención centrada en la persona.



MARCO TEÓRICO

La demencia se define como un síndrome causado por una disfunción cerebral que se caracteriza, principalmente, por un deterioro del funcionamiento cognitivo que afecta de forma significativa la realización de las actividades de la vida diaria en comparación con el funcionamiento previo de la persona. Al mismo tiempo, puede acompañarse de síntomas psicológicos y conductuales (Ibáñez et al., 2020).

El avance de la investigación ha permitido actualmente distinguir entre subtipos clínicos de los síndromes demenciales, por ejemplo: demencia por enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia fronto-temporal, demencia por cuerpos de Lewy, y demencia por enfermedad de Parkinson (Ibáñez et al., 2020).

Ahora bien, debido al deterioro de uno o más dominios cognitivos en los síndromes demenciales, se observa una importante afectación de la comunicación, donde las dificultades a nivel de la atención, la percepción, la memoria y las funciones ejecutivas impactarán en los procesos lingüísticos, tanto expresivos como receptivos de las personas con esta enfermedad (Bayles et al., 2020). Esta alteración en la comunicación se ha denominado *trastorno cognitivo-comunicativo* y requiere de una atención especial en cuanto a su tratamiento y abordaje (Bayles et al., 2020).

Por otro lado, a medida que la dependencia de las personas con diagnóstico de demencia aumenta, se ha documentado la aparición de dificultades en la alimentación y la deglución. Así lo demostró una publicación española reciente, donde se concluyó que los factores de riesgo para presentar signos de disfagia en esta población incluyen: edad avanzada, dependencia y severidad del cuadro demencial (Espinosa-Val et al., 2020). Al mismo tiempo, tras el seguimiento de las medidas terapéuticas implicadas en este estudio, pudo evidenciarse su escaso beneficio, proponiendo en su lugar una orientación a la atención desde los cuidados paliativos (Espinosa-Val et al., 2020).

Al respecto, tanto la problemática de la comunicación como la de la alimentación-deglución deben ser atendidas por profesionales especializados en dichas áreas, pero también preparados en el abordaje de personas con demencia y su entorno. En este sentido, la literatura resalta el papel de la atención centrada en la persona



(ACP), modelo que busca el buen trato a través de los aportes de la ética y la evidencia científica (Gajardo, 2019a).

La ACP será el marco desde el cual los equipos profesionales se posicionarán para mantener la calidad de vida de las personas con demencia y su entorno, a través de diferentes intervenciones psicosociales. Estas últimas pueden realizarse en modalidades diversas e incluir uno o más componentes, entre los que encontramos: talleres grupales, visitas domiciliarias, gestión de caso, atención directa, consejería, grupos de apoyo mutuo y educación a la comunidad, entre otros (Gajardo, 2019b).

METODOLOGÍA

La unidad de memoria del Hospital del Salvador, inició sus funciones en 2018. El equipo se conformó a través de concursos públicos durante 2017, contando con neurólogos, psiquiatras, psicólogas, terapeuta ocupacional, enfermera, trabajadora social y fonoaudióloga. En cuanto a la construcción del rol fonoaudiológico, parecen relevantes los procesos que se describen a continuación.

Revisión de evidencia y experiencias-mesa técnica nacional de trabajo

Previamente a enfrentarse a la atención de usuarios, se trabajó en la elaboración de estrategias de evaluación e intervención acordes con la evidencia científica disponible y lo considerado por el MINSAL para el abordaje de las demencias en la población chilena. Esto requirió de una búsqueda exhaustiva de literatura de calidad, al igual que la revisión de la línea formativa en demencias dispuesta por el MINSAL.

La escasa evidencia local hizo imprescindible establecer vínculos con fonoaudiólogos dedicados al área, de modo de incorporar al rol los aportes provenientes de experiencias con población chilena afectada por situaciones de salud como las demencias. Esto también relevó la importancia de compartir buenas prácticas para entregar atención de calidad a los usuarios, desafiando la coordinación de la disciplina a nivel nacional.



Estructuración del rol fonoaudiológico: habilidades clínicas y terapéuticas

Ya con una aproximación más clara acerca del abordaje que se pretendía realizar, se establecieron los aspectos clínicos, entre los que se cuentan: criterios de derivación, protocolos e instrumentos de evaluación, además de modalidades de trabajo, tiempo y frecuencia de la intervención.

A lo anterior se agregó la capacitación en la aplicación de instrumentos de especialidad y el desarrollo de habilidades terapéuticas como la consejería, validación y educación grupal, entre otras. Transversalmente, a nivel de equipo, se elaboraron programas de capacitación para la atención primaria y se planificaron actividades orientadas hacia la promoción del envejecimiento cerebral saludable en la comunidad.

Gestión de una red disciplinar de derivación local

Paralelamente a estos procesos descritos, fue preciso iniciar vinculaciones con los diferentes dispositivos de salud, con el fin de conocer los recursos profesionales disponibles para atender necesidades fonoaudiológicas de personas con demencia y su entorno. Esto reveló la escasa disponibilidad de este recurso y la ausencia de atención, por ejemplo, de las personas con trastornos de deglución secundario al síndrome demencial. Por consiguiente, se decidió enfrentar este desafío en conjunto con el servicio de salud, elaborando un plan que permitiera que esta problemática no quedara desatendida.

RESULTADOS

Tras cuatro años de funcionamiento, se pudieron observar los siguientes resultados en cada uno de los procesos descritos.



Revisión de evidencia y experiencias-mesa técnica nacional de trabajo

Si bien en Chile en 2015 se reportó información acerca del quehacer fonoaudiológico en el abordaje de personas con demencia, esto carecía de aspectos prácticos y operativos. La literatura internacional entregaba luces de ello, pero en una realidad muy diferente a la del país. En este contexto, fue necesario contactar a quienes realizaban esta tarea en el Hospital del Salvador, para ajustar lo propuesto por la literatura a las características de esta comunidad y al sistema de salud chileno.

Esta conjunción de información fue la que finalmente ayudó a elaborar un plan de intervención desde la disciplina fonoaudiológica para la Unidad de memoria del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Dicho plan fue presentado en la mesa técnica de demencias de la Subsecretaría de Salud Pública, espacio en el cual se inició el vínculo con la fonoaudióloga a cargo del programa integral de personas con demencia de la comuna de El Bosque, Santiago.

Una vez establecido el primer vínculo de la disciplina en el Plan nacional de demencia, se propuso al MINSAL convocar una mesa técnica disciplinar que permitió compartir experiencias con colegas a lo largo de Chile, en diferentes dispositivos de salud dedicados al área de personas con trastorno neurocognitivo mayor. Esta instancia tenía por objetivo crear redes, obtener aprendizajes desde la experiencia y generar buenas prácticas.

Lamentablemente, los cambios a nivel central perjudicaron la continuidad de este trabajo que quedó truncado en 2019. Actualmente —y con el surgimiento del GES³ 85 e iniciativas locales de formación de unidades de memoria—, se han retomado las mesas técnicas dirigidas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, con el propósito de obtener orientaciones técnicas claras para la ejecución de las garantías explícitas en salud.

Estructuración del rol fonoaudiológico: habilidades clínicas y terapéuticas

La compilación de experiencias, sumada a la evidencia disponible, concluyó en la estructuración de rol del fonoaudiólogo en diferentes áreas: clínica, capacitación, vinculación con la comunidad y docencia.

³ Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas [AUGE], conocido igualmente como Régimen General de Garantías Explícitas en Salud [GES], garantiza la cobertura de 85 enfermedades a través del Fondo Nacional de Salud [FONASA] y las Instituciones de Salud Previsionales [ISAPRES] (Chileatiende, 2021).



En el área clínica, se logró elaborar un plan de abordaje que constantemente se evalúa para incluir la mejor evidencia disponible. Este plan consiste en la colaboración para el diagnóstico diferencial con la realización de la evaluación de lenguaje y en el tratamiento de alta complejidad, tanto en el área de deglución/alimentación como en la comunicación, entregado a través de diferentes estrategias y modalidades.

Ahora bien, más allá de las prestaciones entregadas —que parecen bastante lógicas—, el gran aprendizaje para quienes participan en el abordaje de esta situación de salud tiene que ver con el posicionamiento como terapeutas frente al proceso vivido por las personas con demencia y sus cuidadores. Por ello, si bien alejarse de paradigmas típicos de la rehabilitación fue un gran desafío, ha sido fundamental a la hora de facilitar, motivar, proveer apoyos y guiar procesos de adaptación.

Complementariamente, la capacitación a los profesionales del área oriente se potenció los primeros dos años de funcionamiento para dar a conocer problemáticas fonoaudiológicas y sus posibles abordajes. De manera similar, aunque orientadas a la comunidad, se organizaron diversas instancias para tratar temáticas de promoción y contingencia en salud. Por último, en docencia se ha participado en la formación de médicos especialistas y profesionales dedicados al área.

Gestión de una red disciplinar de derivación local

La disfagia es un signo que, usualmente, se presenta en etapas más avanzadas del síndrome demencial. Las personas con demencia que sufren esta problemática, difícilmente se pesquisarían en un nivel de alta complejidad, por lo que ello representa una barrera para entregarles el debido tratamiento. Esta situación, sumada a la brecha de disponibilidad de recursos especializados en la temática a niveles comunitarios, planteaba la posibilidad cierta de que este aspecto no estuviera siendo atendido.

Frente a este panorama, se inició un trabajo desde el área de gestión para conocer la red fonoaudiológica y elaborar a nivel de servicio de salud un plan de atención para la población de personas con demencia que presentaban sospecha de disfagia. Así, luego de varios meses, se logró la derivación desde la APS a fonoaudiología como flujo oficial para los seis Centros de Salud Familiar



[CESFAM] de la comuna de Peñalolén, Santiago. Al mismo tiempo, se abrió la posibilidad de una consultoría presencial para los usuarios derivados por este mismo motivo desde el centro comunitario para personas con demencia de Peñalolén, Kintún.

Actualmente, este flujo sigue funcionando, aunque las derivaciones son variables según cada CESFAM por diversos motivos, entre ellos, la pandemia por COVID-19 y la incorporación temporal de profesionales de fonoaudiología con horas para atención de personas con demencia y sus cuidadores.

Es razonable, entonces, plantear que esta solución no es óptima, considerando que implica resolver esta brecha de manera ineficiente. No obstante, entrega atención a quienes lo necesitan y se obtiene información valiosa para la incorporación futura de la disciplina en el nivel primario.

CONCLUSIONES

El área de fonoaudiología desarrollada desde la experiencia piloto del Plan nacional de demencia se visualiza actualmente como un lineamiento para lo que hoy se plasma en GES 85. Esto no deja de ser significativo y una responsabilidad para la disciplina, dado que la consolida como parte fundamental de la atención integral de las personas con demencia y sus cuidadores.

Sin duda, el rol del profesional fonoaudiólogo sigue en construcción, más aún con la incorporación de nuevos fonoaudiólogos en el área, quienes se enfrentarán a diferentes desafíos considerando tanto la variabilidad de las comunidades, como la responsabilidad de entregar su atención bajo los lineamientos de una garantía explícita en salud.



REFERENCIAS

- Alzheimer's Disease International. (2017). *Numbers of people with dementia around the world*. Alzint. <https://www.alzint.org/u/numbers-people-with-dementia-2017.pdf>
- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA]. (s/f). *Dementia*. ASHA. <https://www.asha.org/public/speech/disorders/dementia/>
- Bayles, K., McCullough, K., y Tomoeda, C. K. (2020). *Cognitive-communication disorders of MCI and dementia: Definition, assessment, and clinical management*. (Third edition). Plural publishing.
- Chileatiende (2021). Plan AUGE-GES. <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2464-plan-auge-ges>
- Espinosa-Val, M. C., Martín-Martínez, A., Graupera, M., Arias, O., Elvira, A., Cabré, M., Palomera, E., Bolívar-Prados, M., Clavé, P., y Ortega, O. (2020). Prevalence, risk factors, and complications of oropharyngeal dysphagia in older patients with dementia. *Nutrients*, 12(3), 863. <https://dx.doi.org/10.3390%2Fnu12030863>
- Gajardo, J. (2019a). Bases para el abordaje de personas con demencia y su entorno de apoyo. En M. Budinich, J. M. Aravena, J. Gajardo, y P. Fuentes (Eds.), *Demencias: una mirada biopsicosocial* (pp. 129-133). <https://www.demencias.cl/wp-content/uploads/2019/11/LIBRO-DEMENCIAS.pdf>
- Gajardo, J. (2019b). Estrategias psicosociales de intervención en demencia. En M. Budinich, J. M. Aravena, J. Gajardo, y P. Fuentes (Eds.), *Demencias: una mirada biopsicosocial* (pp. 134-148). <https://www.demencias.cl/wp-content/uploads/2019/11/LIBRO-DEMENCIAS.pdf>
- Ibáñez, A., Slachevsky, A., y Serrano, C. (2020). *Manual de buenas prácticas para el diagnóstico de las demencia*. Banco Interamericano de Desarrollo [BID]-Fundación INECO. <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Ibanez-ASlachevsky-A-Serrano-C.-Manual-de-Buenas-Practicas-para-el-diagnostico-dedemencia.pdf>



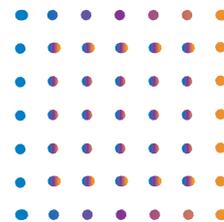
Ministerio de Salud [MINSAL]. (2017). *Plan nacional de demencias*. MINSAL. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>

Slachevsky, A., Arriagada, P., Maturana, J., Rojas, R. (2012). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias: propuesta de un plan nacional*. Corporación Profesional de Alzheimer y otras Demencias. http://www.coprad.cl/wp-content/uploads/2018/01/pasos_coprad_alzheimer_chile.pdf

Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo [VID], Universidad de Chile (2019). *Policy Paper N° 1. Demencias*. Serie Envejecimiento. VID. <https://www.uchile.cl/dam/jcr:44796d5d-ce36-4f67-986f-fdc22c5756f1/policy-paper-demencias.pdf>



EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN FINANCIERA PARA DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS DE ALTO COSTO: “LEY RICARTE SOTO”



NATALIA CELEDÓN-HIDALGO¹

Resumen

En 2013 la cobertura de medicamentos de alto costo no contaba con una política pública dirigida particularmente a este grupo de fármacos. En respuesta a ello, se realizó la primera “Marcha de los enfermos”. En 2015 se promulgó la Ley N° 20.850 que otorga garantías para 27 problemas de salud, incluyendo diagnósticos, fármacos, alimentos y elementos de uso médico y aporta un exhaustivo cuerpo normativo que regula desde la solicitud ciudadana de cobertura hasta la toma de decisión de los ministros de Salud y Hacienda. Junto con sus avances sustantivos en materias de participación ciudadana, salud basada en evidencia y transparencia en la toma de decisiones, esta ley también ha generado situaciones de tensión en el quehacer institucional del Estado, por mandar nuevas formas de diálogo entre los actores involucrados, generando certezas respecto de la riqueza de la participación ciudadana, la democratización de los espacios de diseño e implementación de política y que la transparencia de las decisiones son una línea base para futuras políticas. El capítulo sistematiza la experiencia de la participación de una agente activa en la implementación de esta normativa desde su trabajo en el Ministerio de Salud de Chile.

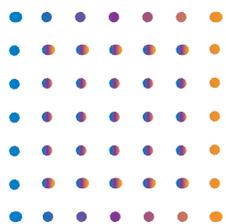
Palabras clave:
implementación, Ley Ricarte Soto, políticas públicas.

¹ Fonoaudióloga por la Universidad de Chile. Magíster en Salud Pública por la Universidad de Chile. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

✉ naticeledon@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-0782-8882>





EXPERIENCE IN IMPLEMENTATION OF THE FINANCIAL PROTECTION SYSTEM FOR DIAGNOSTICS AND HIGH-COST TREATMENTS: “RICARTE SOTO LAW”

Keywords:
implementation,
public policies, Ricarte
Soto Law.

Abstract

In 2013, the coverage of high-cost drugs did not have a specific public policy for this group of drugs. In response to this, the first “March of the Sick” was held as a protest manifestation. In 2015, Law N°20.850 was enacted, which grants guarantees for 27 health problems, including diagnoses, drugs, food and elements for medical use. This law provides an exhaustive body of regulations that includes from the citizen request for coverage to the decision-making of Ministers of Health and Finance. This regulation generated substantive advances in matters of citizen participation, evidence-based health and transparency in decision-making. This law has also created strain situations in the institutional work of the State, by mandating new dialogue between the actors involved, providing certainties regarding the richness of citizen participation, democratization of policy design and implementation spaces and that the transparency of decisions are a baseline for future policies. The chapter systematizes the experience of a stakeholder implementig this regulation from her work in the Chilean Ministry of Health.



PRESENTACIÓN Y CONTEXTO

De manera general, las políticas sanitarias en Chile referentes a la cobertura de medicamentos se encuentran distantes de la expectativa ciudadana, por lo cual en 2013 surgió la convocatoria para la primera “Marcha de los enfermos”, en la que participaron miles de personas diagnosticadas con diversos problemas de salud y sus familias, con el fin de protestar y exigir una política de financiamiento de fármacos en nuestro país (Alvarado, 2017).

La convocatoria a esta marcha fue realizada por el periodista chileno y animador de televisión Luis Ricarte Soto Gallegos, quien padecía de cáncer de pulmón y buscaba llamar la atención sobre el hecho de que, “la mayoría de las personas que padece de enfermedades graves, crónicas con todas sus variantes como las degenerativas, y aquellas denominadas como ‘raras’, no tiene acceso a los medicamentos necesarios y esto constituye una desigualdad insoportable” (El Mercurio, 2013).

El periodista falleció en septiembre de 2013, sin que al momento de su muerte hubiera alguna nueva propuesta gubernamental para dar solución a esta temática.

Posteriormente, el 9 de enero de 2015 el gobierno ingresó al Parlamento de la República un “Mensaje de S. E. la presidenta de la República con el que inicia un Proyecto de Ley que crea un Sistema de Financiamiento para Tratamientos de Alto Costo y Rinde Homenaje póstumo a Don Luis Ricarte Soto Gallegos”, aprobándose en la misma institución el día 20 de mayo de ese año la Ley N° 20.850 (conocida como Ley Ricarte Soto), que entró en vigor el 4 de diciembre del mismo año (*Diario Oficial de la República de Chile*, 2015).

Esta ley marca un hito en la legislación y creación de políticas públicas de salud en nuestro país, ya que su gestación emergió desde una demanda ciudadana, además de poseer un carácter universal, es decir, con independencia del seguro de salud de la persona beneficiaria y de la necesidad de un copago por el diagnóstico o tratamiento (*Diario Oficial de la República de Chile*, 2015).

MARCO TEÓRICO

La Ley N° 20.850 tiene por objetivo garantizar tanto la cobertura financiera de las prestaciones cubiertas por el sistema de salud, como su oportuna atención y calidad. Asimismo, todas las personas adscritas a un seguro de salud pueden ser



beneficiarias, ya sea que pertenezcan al Fondo Nacional de Salud (FONASA), a una Institución de Salud Previsional (ISAPRE), o bien, a la Caja de Previsión de la Defensa Nacional de las Fuerzas Armadas (CAPREDENA) o de Carabineros (DIPRECA) (*Diario Oficial de la República de Chile*, 2015), siendo el primer sistema de garantías en salud de carácter universal en nuestro país al incorporar la totalidad de estos estamentos.

En la actualidad, este sistema entrega garantías para 27 problemas de salud, incluyendo dentro de ellas diagnósticos, fármacos, alimentos y elementos de uso médico (*Diario Oficial de la República de Chile*, 2019). Algunas de estas garantías se relacionan estrechamente con el quehacer fonoaudiológico, como el dispositivo de implante coclear unilateral para hipoacusia sensorineural bilateral severa o profunda postlocutiva y las ayudas técnicas para personas con esclerosis lateral amiotrófica moderada o severa, en particular, en el caso de los dispositivos para la comunicación aumentativa y alternativa (tecnologías de seguimiento ocular). Cabe mencionar que, durante su tramitación, en el espíritu de esta ley estaba el propósito de dar solución a personas que requirieran diagnósticos y/o tratamientos de alto costo, así como también en que la decisión de otorgar cobertura financiera fuera equitativa y transparente (Biblioteca del Congreso Nacional [BCN], s.f.). Es por ello que, como se indica en su regulación, cada diagnóstico o tratamiento debe cumplir diferentes etapas o subprocesos para ser garantizados: recepción y análisis de solicitudes; evaluación científica de la evidencia disponible; priorización y decisión de incorporación de nuevas garantías para cada nuevo decreto de esta ley (*Diario Oficial de la República de Chile*, 2017; Ministerio de Salud [MINSAL], s.f./a).

Otro elemento central de este cuerpo legal es resguardar la participación ciudadana a través de diferentes espacios para la sociedad civil. En particular, el proceso de solicitudes ciudadanas trata acerca del derecho de cualquier persona natural o jurídica de solicitar la incorporación de un diagnóstico o tratamiento para un problema de salud específico, lo cual se realiza en cualquier momento a través del formulario electrónico dispuesto en el sitio web ministerial, conformándose un repositorio virtual que contiene el total de solicitudes realizadas desde que se dio inicio a este proceso, dando igualdad de oportunidad a la ciudadanía para solicitar una nueva garantía al Estado (MINSAL, s.f./b). Cada solicitud es analizada de acuerdo con criterios de inclusión reglamentados (*Diario Oficial de la República de Chile*, 2017; MINSAL, s.f./a), para así determinar si continúan a la etapa siguiente de evaluación.



La siguiente etapa de este proceso es la evaluación científica de la evidencia disponible para las diferentes tecnologías sanitarias que cumplen todos los criterios de inclusión. Esta fase se encuentra regulada y cuenta con cuatro etapas secuenciales:

- 1) Análisis de la eficacia y efectividad relativas, seguridad y alternativas disponibles de tratamiento, si existiesen.
- 2) Evidencia económica relacionada con el tratamiento, esto es, evaluación económica, condiciones de pago a través del mecanismo de riesgo compartido, precio máximo industrial e impacto presupuestario.
- 3) Efecto que tendría el tratamiento en las redes asistenciales.
- 4) Impacto ético, social y jurídico que implica la cobertura o no del tratamiento en evaluación (*Diario Oficial de la República de Chile, 2017; MINSAL, s.f./a*).

Se destaca aquí que todos los evaluadores deben declarar sus conflictos de interés e inhabilitarse de dicha función, en caso de tenerlos. La evaluación culmina con un informe de acceso público, resguardando el principio de transparencia de esta ley. Dicho documento posee una conclusión respecto de si la tecnología sanitaria evaluada es “favorable” o “no favorable” (*Diario Oficial de la República de Chile, 2017; MINSAL, s.f./a*).

Posteriormente, se da inicio a la siguiente etapa en la que los informes favorables son presentados a una Comisión de Recomendación Priorizada (en adelante CRP) la que, sobre la base de la evidencia científica, es responsable de emitir una recomendación de las intervenciones sanitarias a ser incorporadas en el Sistema de Protección Financiera (*Diario Oficial de la República de Chile, 2017*).

Dicha comisión recomienda a los ministros de Salud y Hacienda, de forma priorizada, la inclusión de un determinado diagnóstico o tratamiento de alto costo al Sistema de Protección Financiera. La instancia está conformada por 14 miembros ad honorem, de los cuales 12 son profesionales de reconocida idoneidad en los campos de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario, fármacos, elementos de uso médico o alimentos —electos a través de una convocatoria pública— y dos representantes del Registro Nacional de Organizaciones vinculados a Salud, los cuales son elegidos directamente por sus pares, resguardando nuevamente la participación ciudadana (*Diario Oficial de la República de Chile, 2015a; 2015b*). Esta instancia es presidida por el/la



Subsecretario/a de Salud Pública. Cada integrante de la comisión debe firmar una declaración de confidencialidad y de conflictos de interés, considerando un periodo de 24 meses previos, e inhabilitarse de tenerlos 24 meses posteriormente a su participación en la comisión, para así dar cumplimiento al principio de transparencia mencionado anteriormente (*Diario Oficial de la República de Chile*, 2017).

Por último, la etapa de decisión de qué tecnología sanitaria se incorporará a este sistema de protección se encuentra a cargo de los ministros de Salud y Hacienda, quienes deben decidir cuáles tecnologías sanitarias garantizar, teniendo a la vista el acta de priorización emanada por la CRP, los informes de evaluación científica de la evidencia disponible y el informe de sustentabilidad financiera, antecedentes que deben ser considerados, pero no son de carácter vinculante para la decisión final (*Diario Oficial de la República de Chile*, 2017).

METODOLOGÍA

El presente capítulo corresponde a una sistematización de la experiencia vivida en la implementación de la Ley Ricarte Soto desde la práctica experimentada en este proceso entre enero de 2016 y diciembre de 2021, como agente activa en el desarrollo de esta política pública en el Ministerio de Salud de Chile como profesional de salud fonoaudióloga y magíster en Salud Pública.

El capítulo propone una recopilación de lo sucedido y analiza críticamente para así transparentar los procesos vivenciados y la búsqueda de aprendizajes desde la reflexión individual que se permite en este contexto (Jara, 2012).

En particular, se abordan tres ejes principales: la experiencia de participación ciudadana, la mirada de política pública de garantías desde la salud basada en evidencia y la transparencia y fundamentación explícita como método para abrir la *caja negra* en la toma de decisiones.

La principal fuente de información es la recopilación de documentos de acceso público referentes a la Ley Ricarte Soto y la experiencia personal de la autora, buscando con ello no solo la reconstrucción de lo vivido, sino también identificando los factores que intervinieron en el desarrollo del proceso, cómo interactuaron entre sí, la coherencia entre lo planificado teóricamente y lo sucedido y las tensiones y aprendizajes que se desprenden de esta experiencia.



RESULTADOS

En primer lugar, se vuelve necesario explicitar que, si bien la Ley Ricarte Soto entró en vigor en 2015, la obligatoriedad del cumplimiento de todo su articulado (entrada en régimen) se produjo recién en 2017, ya que durante 2016 se avanzó en la preparación a través de la creación de reglamentos y normas técnicas para llevar a cabo su implementación total el año siguiente. El capítulo hace alusión principalmente a lo acontecido en 2017 y 2018.

Asimismo, es importante mencionar que no es posible llevar a cabo una política pública desde la mirada de una sola institución o de un solo actor, sino que se requieren equipos complejos con diferentes niveles y áreas de experiencia. Particularmente en el área de salud, se debe tener presente que la visión de un problema y su solución no se agota solo en este ámbito, sino que se debe buscar en el área social, económica, legal y ciudadana, entre otras.

Por lo anterior, al tratarse de una reflexión individual de lo sucedido, esta se encuentra afectada a limitaciones. Para esta sistematización, se dialogará en torno a tres grandes temáticas de interés: participación ciudadana, salud basada en evidencia y transparentar los elementos para la toma de decisión.

Participación ciudadana

La participación ciudadana se encuentra inmersa en diferentes momentos de la implementación de esta ley, sin embargo, tres de ellos se vuelven fundamentales. El primero es al inicio, durante la incorporación de nuevas garantías a través del formulario de solicitudes dispuesto para esta etapa, donde cada persona, natural o jurídica, pudo y puede plasmar su requerimiento, abriendo así en nuestro país la posibilidad de registrar cuáles son las demandas ciudadanas de cobertura, los tratamientos y problemas de salud, siendo este repositorio virtual el primero de estas características en Chile (MINSAL, s.f./c).

En el primer proceso de recopilación hubo más de 3.000 solicitudes, lo que tensionó la capacidad ministerial de cribado a través del análisis de los criterios de inclusión que estas debían cumplir, por lo que se tuvo que dirimir cuáles reglas se utilizarían para definir las solicitudes que serían analizadas. En la actualidad, existen en el repositorio virtual más de 7.700 solicitudes de personas naturales y jurídicas como agrupaciones de pacientes, industria farmacéutica, parlamentarios, organismos autónomos del Estado, entre otros (MINSAL, s.f./c).



A la fecha, cada nuevo proceso de dictación de decreto para incorporar nuevas garantías al Sistema de Protección Financiera vuelve a tensionar la capacidad de recurso humano y económico para analizar el exponencial número de solicitudes.

El segundo momento de participación ciudadana se relaciona con la elección de pares para representar a las agrupaciones de la sociedad civil en la CRP. Al respecto, la ley y reglamento hacen alusión a la representación ciudadana en esta instancia, sin embargo, no existe a la fecha un mecanismo particular que se encuentre reglamentado para atribuir a dos personas la representatividad de estas agrupaciones. Así, en 2017 no había total claridad de este nuevo espacio y coexistían tanto la alta expectativa por parte de la ciudadanía como el desafío desde el MINSAL de lograr un mecanismo transparente, democrático y con igualdad de acceso para todas las personas que tuvieran derecho de participación en esta instancia.

Por ello, como parte de un nuevo proceso de decreto de garantías, en 2017 desde la Oficina de Coordinación de la Ley Ricarte Soto, se implementó un sistema de elección directa, donde cada representante legal de las agrupaciones pertenecientes al registro nacional instaurado también a partir de esta ley, tuvo la posibilidad de presentar candidatos/as y, posteriormente, en un plazo definido votar por los representantes. Para mayor transparencia y democratización del proceso, se dispuso de urnas en las Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS) de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) en cada región donde hubiera agrupaciones ciudadanas con derecho a voto. De ese proceso eleccionario, fueron elegidos los dos primeros representantes de organizaciones vinculadas a la salud para priorizar las tecnologías sanitarias potencialmente garantizables, en tanto que para los otros integrantes de la comisión, se realizó un proceso de convocatoria pública, como mandata la reglamentación vigente. Esta comisión se constituyó, entonces, como un órgano intermedio entre los ministros de Salud y Hacienda y la ciudadanía.

Esta fase no estuvo exenta de tensiones, como todo nuevo proceso el tiempo era poco y la presión por cumplir la expectativa de participación era alta. Sin embargo, la intención de transparentar y democratizar este espacio permitió llevar a cabo las elecciones y convocatoria pública.

Sin embargo, es menester mencionar que aún existe una brecha entre las agrupaciones existentes en el país y aquellas que se encuentran dentro del registro nacional, debido al desconocimiento de este registro nacional de la ciudadanía y al aún desafío por parte de la institucionalidad estatal de fomentar y acompañar a las agrupaciones en el proceso de registro. En la última elección, la pandemia



por COVID-19 obligó a modernizar este proceso, resultando en su realización de forma totalmente digital, lo que evidencia que existía más de una manera de llevarse a cabo, aunque ello no fue visualizado por los gestores iniciales. Toda la información de esta instancia es de acceso público y se encuentra disponible en la página electrónica ministerial (MINSAL, s.f./d).

Salud basada en evidencia

La salud basada en evidencia desde luego no comenzó de un día para otro en nuestro país. Sin embargo, la implementación de la Ley N° 20.850 fue una gran propulsora para su concreción armonizada para la decisiones de cobertura, ya que no solo se debía realizar el proceso de evaluación de tecnología sanitaria, sino que este debía terminar con un informe público y disponible para la ciudadanía (MINSAL, s.f./e), lo que agregaba más exigencia a los equipos técnicos y autoridades. Esto llevó a repensar la estructura orgánica de la Subsecretaría de Salud Pública (SSP), que debía definir roles y dar estructura institucional para el éxito del proceso. Como resultado de este replanteamiento, en 2017 se modificó la estructura de la SSP al crear el Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia y la Oficina de Coordinación de la Ley Ricarte Soto, junto con una actualización de las funciones de ambas entidades en 2019. Esto generó un precedente en relación con la información basada en evidencia con la que se debe contar para la toma de decisiones, ya que da menos margen a la discrecionalidad y, sin duda, significó un avance en transparencia para nuestro país, aun cuando desafía los procesos de políticas públicas de salud gestadas con anterioridad.

En retrospectiva, el proceso puso de manifiesto para la opinión técnica y general el dinamismo de las políticas públicas y la necesidad de repensar cómo y desde dónde se produce la toma de decisiones y el gasto público, no solo respecto de las futuras políticas de salud, sino también en cuanto a la exigencia de actualizar las políticas pensadas años atrás. Con todo, este es aún un proceso perfectible, que debiera considerar el avance de la disciplina en el mundo y en nuestro país, la interdisciplinariedad y los nuevos actores que se van involucrando.

Transparentar los elementos para la toma de decisión: abrir la caja negra

Desde la entrada en vigor de la Ley N° 20.850, todas las autoridades, independientemente del gobierno de turno, han dado cumplimiento al reglamento,



teniendo especial consideración por las solicitudes que han sido requeridas por las agrupaciones vinculadas a la salud, lo que implica un territorio ganado por la ciudadanía. La incorporación de esta en la recomendación priorizada de nuevas garantías (MINSAL, s.f./d) permitió que los técnicos ministeriales no fueran los protagonistas de esta acción, sino profesionales al servicio de la CRP, cuyos miembros son elegidos de forma participativa como ya se ha mencionado.

Lo anterior implica la apertura de la caja negra a la ciudadanía respecto de los elementos involucrados para definir el orden priorizado de las tecnologías sanitarias potencialmente garantizables, ya que son los comisionados quienes realizan el análisis de la evidencia puesta a su disposición, con una metodología establecida por la SSP, pero con autonomía en su decisión. Destaca de este proceso que no solo existe la autonomía, sino también la transparencia de lo ocurrido en las sesiones, ya que estas tienen actas públicas de su quehacer (MINSAL, s.f./f). El análisis y los juicios que los comisionados realizan para cada potencial garantía son de acceso público y su priorización resultante es impugnabile por cualquier ciudadano, obligando con ello a la revisión de cada recurso de impugnación recibido (MINSAL, s.f./f).

En un inicio, esta fase estuvo llena de incertidumbre, con una alta presión externa y muchos actores observando el proceso. Sin embargo, al mirarlo en perspectiva, fue el saber de la evidencia científica, el rigor metodológico de la comisión para trabajar y la disposición de diálogo de sus miembros, entre otros aspectos, lo que provocó una sinergia para avanzar hacia una nueva forma de hacer las cosas.

Dentro de las presiones de este proceso, tal vez la principal fue la disparidad de conocimiento acerca del análisis de las síntesis de evidencia científica y de cómo llevar la evidencia a la toma de decisión por parte de la diversidad de comisionados. Si bien la metodología se encontraba descrita y oficializada, no todas las personas tenían la misma base para el análisis de esta información y aquello no fue previsto, en un inicio, en toda su magnitud. Se trató de un choque entre la teoría y la realidad que hizo cuestionar por qué no lo anticipamos. Tal vez mucho de ello tuvo que ver con la falta de interacción previa de los diferentes actores, y si bien esto ha mejorado con el tiempo, aún existe la necesidad, por ejemplo, de una mayor colaboración con el mundo académico, para generar más oportunidades para el aprendizaje y comprensión de la ciudadanía respecto de la evaluación de tecnologías sanitarias.

Por último, la toma de decisión por parte de los ministros de Salud y Hacienda, quienes están llamados a respetar el ranking de priorización que les remite la CRP,



destaca que a la luz de los hechos y documentos, las diferentes autoridades han respetado la priorización propuesta, considerando los presupuestos disponibles en cada ocasión (*Diario Oficial de la República de Chile*, 2019; MINSAL, s.f./f).

CONCLUSIONES

La implementación de la Ley N° 20.850 ha sido un desafío constante que ha puesto tensión el quehacer diario institucional del Estado en múltiples ocasiones, por el mandato de crear nuevas formas de diálogo entre los actores involucrados.

La participación ciudadana es hoy un imperativo en el diseño e implementación de las políticas públicas, que obliga no solo a considerarla para el futuro, sino para repensar la forma en que se han llevado a cabo las políticas sanitarias en las últimas décadas. El óptimo funcionamiento de las políticas debe ser independiente, para no tratarse de las voluntades de un determinado momento, por ello, uno de los aprendizajes de este complejo proceso ha sido la necesidad de un marco normativo riguroso y explícito en esta materia. Los mecanismos se pueden discutir de acuerdo con los tiempos y necesidades, pero el marco de lo posible es que el diálogo entre la ciudadanía y las diferentes instituciones del Estado es un deber de aquí en más, porque es factible generarlo y permite democratizar los espacios de política pública.

Así pues, las decisiones deben ser tomadas con la mejor información disponible, por ello la salud basada en evidencia juega un rol importante para el logro de este objetivo. La obligatoriedad que establece la llamada Ley Ricarte Soto no solo de realizar un proceso formal de evaluación, sino también de disponer el acceso público de toda la información de dicho proceso y entregarlo a un equipo interdisciplinario para su análisis es un precedente, pero no se debe perder de vista que sigue siendo un desafío la colaboración Estado-ciudadanía-academia, para así lograr una mayor sinergia en la comprensión y análisis de la evidencia científica.

La experiencia de la recomendación priorizada de las potenciales nuevas garantías a las autoridades de Salud y Hacienda, ha demostrado que una mirada de un órgano intermedio como la CRP —sumado a la opinión técnica, el presupuesto disponible y la escucha activa de los diferentes actores— ha permitido una mayor transparencia y disminución de la discrecionalidad de los procesos de toma de decisión. Cabe cuestionarse ahora si la decisión de la CRP debe ser vinculante o no para la decisión que deben tomar los ministros de Salud y Hacienda.



Sin duda, existen desafíos aún por abordar, como la evaluación de esta aún incipiente política pública, sumada a los ya mencionados previamente. Asimismo, existen certidumbres respecto de la riqueza que entrega la participación ciudadana, la democratización de los espacios en los que se diseña e implementa la política pública y que la transparencia y no discrecionalidad de las decisiones en salud, particularmente para garantías sanitarias, son posibles de llevar a cabo y representan una nueva línea base para continuar construyendo políticas públicas.

Por último, cabe mencionar que los y las fonoaudiólogos, como profesionales de salud tenemos el desafío de contribuir al sistema sanitario con nuestra mirada profesional, teniendo en consideración no solo los conocimientos para aportar a escala individual o comunitaria, sino también la posibilidad de ser actores de los cambios a nivel poblacional. Para lo anterior, la formación continua es fundamental, para adquirir nuevas herramientas para el desempeño profesional, así como también para explorar y avanzar en la creación de nuevas políticas vinculadas con nuestro quehacer, acortando las brechas sustantivas que aún existen.

REFERENCIAS

- Alvarado, J. C. (1 de julio de 2017). *Miles de personas llevaron a cabo la Marcha de los enfermos en varias ciudades del país*. Biobío. <http://www.biobiochile.cl/noticias/2013/05/04/centenares-de-personas-llevaron-a-cabo-la-marcha-de-los-enfermos-en-varias-ciudades-del-pais.shtml>
- Biblioteca del Congreso Nacional [BCN]. (s.f.). *Historia de la Ley N° 20.850. Crea un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo y Rinde Homenaje Póstumo a Don Luis Ricarte Soto Gallegos*. BCN. <https://www.bcn.cl/historiadelaley/historia-de-la-ley/vista-expandida/4018/>
- Decreto N° 13 del Ministerio de Salud. Reglamento que Establece el Proceso Destinado a Determinar los Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo con Sistema de Protección Financiera, según lo establecido en los artículos 7° y 8° de la Ley N° 20.850. *Diario Oficial de la República de Chile*, 21 de abril de 2017. <http://bcn.cl/2u8s0>
- Decreto N° 2 del Ministerio de Salud. Determina los Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo con Sistema de Protección Financiera de la Ley N° 20.850. *Diario Oficial de la República de Chile*, 18 de enero de 2019. <http://bcn.cl/2lt40>



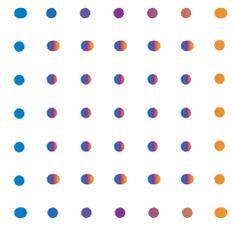
- Decreto N° 80 del Ministerio de Salud. Determina Umbral Nacional de Costo Anual al que se Refiere el artículo 6° de la Ley N° 20.850. *Diario Oficial de la República de Chile*, 23 de octubre de 2015b. <http://bcn.cl/2z400>
- El Mercurio. (5 de mayo de 2013). *Marcha de los enfermos reúne gran convocatoria en Santiago*. Emol. <http://www.emol.com/noticias/nacional/2013/05/04/596880/miles-de-personas-reune-la-marcha-de-los-enfermos-en-santiago.html>
- Jara, O. (2012). Sistematización de experiencias, investigación y evaluación: aproximaciones desde tres ángulos. *Revista Internacional sobre Investigación en Educación Global y para el Desarrollo*, (1), 56-70. <http://educacionglobalresearch.net/wp-content/uploads/02A-Jara-Castellano.pdf>
- Ley N° 20.850 del Ministerio de Salud. Crea un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo y Rinde Homenaje Póstumo a Don Luis Ricarte Soto Gallegos. *Diario Oficial de la República de Chile*, 1 de junio de 2015a. <http://bcn.cl/2fpjz>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (s.f./a). *Norma Técnica de Evaluación Científica de la Evidencia*. MINSAL. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/10/Decreto-Ex.-345-Norma-Gral-T%C3%A9cnica-de-Evaluaci%C3%B3n.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (s.f./b). *Solicitudes de incorporación de nuevas garantías*. MINSAL. <https://leyricartesoto.minsal.cl/#/articulos/solicitudes-de-incorporacion-de-nuevas-garantias>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (s.f./c). *Repositorio de solicitudes de incorporación de diagnóstico y tratamiento de alto costo*. MINSAL. <https://leyricartesoto.minsal.cl/#/articulos/repositorio-de-solicitudes-de-incorporacion-de-diagnostico-y-tratamiento-de-alto-costo>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (s.f./d). *Comisión de Recomendación Priorizada*. MINSAL. <https://leyricartesoto.minsal.cl/#/articulos/comision-de-recomendacion-priorizada>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (s.f./e). *Proceso de evaluación*. MINSAL. <https://leyricartesoto.minsal.cl/#/articulos/informacion-por-decreto>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (s.f./f). *Resultados proceso de priorización*. MINSAL. <https://leyricartesoto.minsal.cl/#/articulos/resultados-del-proceso-de-priorizacion>



CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TERAPIA
DRA. ELOISA DIAZ I



EXPERIENCIA DE GESTIÓN DE UN EQUIPO DE FONOAUDILOGÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD



ARIELA GONZÁLEZ VARAS¹ Y ANA KARINA SALAZAR CÉSPEDES²

Resumen

El sistema de salud chileno ha vivido grandes transformaciones que han modificado elementos tanto de la gestión interna de cada institución, como de la forma de relación con otros establecimientos. Esto favoreció la incorporación de la fonoaudiología a hospitales de alta complejidad, con lo cual la disciplina debió comprender la configuración de estos establecimientos más allá de los aspectos clínicos, considerando elementos relacionados con modelos de gestión y componentes administrativos. Estos nuevos entendimientos permiten y potencian la integración de la fonoaudiología a instituciones pertenecientes a la red pública de salud. El capítulo repasa y visibiliza la experiencia del equipo de fonoaudiología en el Complejo Hospitalario San José (CHSJ) desde el momento del ingreso de la primera fonoaudióloga hasta su configuración actual, buscando aportar al proceso de integración de la fonoaudiología al nivel hospitalario de alta complejidad de la red pública de salud.

Palabras clave:
fonoaudiología,
gestión hospitalaria,
gestión equipos
de trabajo,
sistematización de
experiencias.

¹ Fonoaudióloga por la Universidad de Chile. Unidad de Neurología, Complejo Hospitalario San José. Santiago, Chile.

✉ ariela.gonzalezv@redsalud.gov.cl

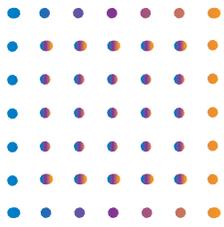
🆔 <https://orcid.org/0000-0002-1976-3927>

² Fonoaudióloga por la Universidad de Chile. Magíster en Neurociencias © por la Universidad de Chile. Unidad de Neurología, Complejo Hospitalario San José. Santiago, Chile.

✉ anasalaz@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-0554-6865>





MANAGEMENT EXPERIENCE OF A SPEECH AND LANGUAGE PATHOLOGIST TEAM IN A MAJOR ACUTE PUBLIC HOSPITAL

Keywords:

hospital management,
speech and
language therapist,
systematization of
experiences, team
management.

Abstract

The Chilean health system has undergone major transformations, which have modified elements of both the internal management of each institution and the way in which it relates to other establishments. This has favored the incorporation of speech and language therapist to high complexity hospitals and thus presented the discipline with the challenge of understanding the way in which these establishments are configured beyond the clinical aspects, considering elements related to management and administrative models. These new understandings allow and enhance the integration of Speech and Language Therapist to institutions belonging to the public health network. The purpose of this chapter is to review and make visible the experience of the speech therapy team at the Complejo Hospitalario San José (CHSJ) from the time of the entry of the first speech therapist to its current configuration, seeking to contribute to the process of integration of speech therapy in a high complexity hospital of the public health network through the analysis of the experience.



PRESENTACIÓN Y CONTEXTO

Las reformas de salud iniciadas en 2000 tenían como foco mejorar la equidad de las condiciones de salud de la población de Chile. La conceptualización del aparato de salud como un sistema integrado de redes asistenciales, así como el hacer explícitas las garantías en la atención de grupos de condiciones de salud determinadas (Ley AUGE-GES), llevaron a los establecimientos a vivir una serie de transformaciones que incluyeron su clasificación según el nivel de complejidad (alta, mediana o baja), la capacidad de autogestionarse y el concebirse como un nodo más dentro de la red de salud delimitada por territorio, entre otros (Ministerio de Salud [MINSAL], 2008). En este contexto, durante los últimos 20 años la dotación de personal de salud ha ido en aumento, incorporando profesionales de distintas disciplinas a medida que el MINSAL así lo favorecía. Sin embargo, el aumento de la cantidad de profesionales no ha sido suficiente para asegurar un aumento en la calidad de cuidados que puede ofrecer una institución de salud.

Por su parte, la forma en que una disciplina se integra a la cultura de una institución, aportando sus saberes a lo que ya está establecido, genera una nueva forma de interacción y funcionamiento, idealmente de mayor calidad, seguridad y efectividad que la previa. Una forma de impulsar positivamente este proceso es a través de la conformación de equipos de trabajo, los cuales generan cambios bidireccionales tanto en las dinámicas internas de la organización como en la manera en que se percibe el ejercicio disciplinar.

A partir de esta premisa, la presente sistematización da a conocer la experiencia de la formación del equipo de fonoaudiología del Complejo Hospitalario San José (en adelante CHSJ), que se inició con el ingreso de la primera fonoaudióloga como resultado de las reformas suscitadas a nivel de políticas públicas de salud, específicamente con la incorporación al régimen GES del accidente cerebrovascular (ACV) isquémico. El relato muestra cómo la incorporación del saber disciplinar de la fonoaudiología impactó tanto las dinámicas internas de la institución de salud como la forma en que los aspectos administrativos, clínicos y de gestión hospitalaria influyeron y transformaron el saber y quehacer de la fonoaudiología en el CHSJ.



MARCO TEÓRICO

Cambios en la cultura hospitalaria a partir de reformas de salud

Para cumplir con los objetivos emanados de la reforma de los años 2000, el sistema de salud vivió cambios profundos en su organización. Entre ellos, su conceptualización como un nodo integrado de redes asistenciales, el cual hace referencia a que los establecimientos de salud se configuran en una red asistencial, cuyos elementos colaboran y se complementan para cubrir las necesidades de salud de una comunidad. El eje de esta red es la atención primaria de salud (APS), ya que concentra la complejidad sociosanitaria y, por lo mismo, logra detectar, manejar y referir problemas psicológicos, biológicos y sociales de la población. De este modo, los hospitales constituyen un eslabón más en la cadena de continuidad de atención y articulan sus actividades, especialistas y nivel de complejidad según lo que la misma red defina (MINSAL, 2007).

La gestión de los hospitales, en tanto, también se modificó para tener un modelo más flexible que favoreciera el rescate de las problemáticas levantadas por el eje central de la red, con el fin de dar cobertura a las necesidades de salud de la población. Situados en este escenario, se reemplazó paulatinamente el modelo de gestión predominante en numerosos hospitales hasta los años 2000 —basado en el agrupamiento vertical de camas que distribuye a los pacientes en camas de la especialidad médica asociada con su patología—, por un modelo de gestión centralizado y basado en cuidados progresivos donde las camas se gestionan a partir del riesgo y dependencia del paciente. Este nuevo modelo plantea una modalidad organizacional más horizontal donde las personas se hospitalizan en los lugares en los que exista una cama disponible y en concordancia con la complejidad de cuidados que requiera. Esto genera un alto flujo de desplazamiento de interconsultores y dentro del hospital, como también la convergencia temporal y espacial de diferentes especialistas y profesionales en torno a un mismo paciente (MINSAL, 2008).

La mayor complejización de la gestión del CHSJ generó la necesidad de afianzar los equipos de trabajo, ya fueran clínicos o pertenecientes a otros ámbitos.



Al respecto, el impacto de los equipos en sus organizaciones es un fenómeno ampliamente estudiado y el ámbito de salud no es la excepción. Un equipo se define como un conjunto de individuos donde sus miembros comparten enfoques y un propósito común y ponen en juego sus habilidades particulares para la consecución de objetivos comunes (Ayoví-Caicedo, 2019). Cuando un conjunto de personas no presenta estas variables tan solo se configuran como un “grupo” en el que dos o más personas se influyen mutuamente a través de sus interacciones, pero sin lograr los aspectos mencionados anteriormente (Tang, 2019). La configuración de equipos y el impacto de su trabajo cohesivo tiene relación con una mejor calidad de cuidados para los pacientes, un uso más eficiente de los recursos y una mejor satisfacción laboral (Dawdy et al., 2020).

Descripción del CHSJ: infraestructura, organización administrativa y pertenencia a la red de salud

El CHSJ forma parte de la red de atención del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) y se encuentra conformado por el Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) Doctora Eloísa Díaz y por el Hospital San José (HSJ) propiamente tal. Es un establecimiento autogestionado y corresponde a uno de los nodos de alta complejidad dentro de la red del SSMN, dirigido a entregar atención a adultos y recién nacidos pertenecientes, preferentemente, a las comunas del área norte de la Región Metropolitana (CHSJ, s/f).

El HSJ, en tanto, cuenta con un total de 570 camas de distinta complejidad (agudas, básicas, de mediana complejidad y críticas), y su modelo de gestión hospitalario se encuentra basado en camas indiferenciadas y de gestión progresiva, con lo cual se busca favorecer la movilización de los recursos hospitalarios en torno al paciente según sus necesidades (MINSAL, 2008).

Por otro lado, el CDT Doctora Eloísa Díaz es un centro ambulatorio de alta complejidad, enfocado en dar prestaciones de diagnóstico y tratamiento de la mayor capacidad resolutive posible. Tal como otros CDT, ofrece toda la actividad ambulatoria de especialidades tanto médicas como de otros profesionales, así como también procedimientos diagnósticos y pabellones quirúrgicos habilitados para realizar cirugía ambulatoria de alta resolución (MINSAL, 2008).



El CDT Doctora Eloísa Díaz y el HSJ nacen como establecimientos independientes entre sí, aunque íntimamente relacionados. Es en 2006 que se unen para formar el CHSJ, al alero de las nuevas normativas que así lo permitían.

METODOLOGÍA

El capítulo pretende aportar, desde la experiencia vivencial, al proceso de integración de la fonoaudiología en hospitales de alta complejidad de la red pública de salud, considerando las características propias de este sistema. Para ello,

- visibiliza la importancia de la caracterización del escenario de salud previo a la incorporación permanente de la fonoaudiología en una institución de salud terciaria;
- muestra los procesos de gestión hospitalaria dentro de un nodo de la red de salud; y
- da cuenta de las implicancias de la formación y gestión de equipos de trabajo.

El capítulo presenta un análisis de la historia de la fonoaudiología en el CHSJ a partir de la narración experiencial de tres ítems identificados como claves en este proceso: diagnóstico situacional o escenario local de salud inicial; identificación de las barreras encontradas tanto en la institución como en el profesional fonoaudiólogo/a; y elementos críticos en la línea de tiempo.

Diagnóstico situacional o escenario local de salud inicial

Definiremos este punto como la recopilación de información que permite caracterizar la realidad local, para así identificar los aspectos que configuran la cultura del establecimiento antes de la incorporación de la fonoaudiología. Como resultado de ello se obtienen los siguientes aspectos:

- Implementación de la estrategia de redes integradas de salud.
- Organización sobre la base de cuidados progresivos y camas indiferenciadas.
- Existencia de atención fonoaudiológica al alero del convenio docente asistencial.



Identificación de barreras encontradas tanto en la institución como en el profesional fonoaudiólogo/a

Este punto comprende las barreras o debilidades en el conocimiento en función de dos aristas:

- Desde la profesional que ingresa a una institución de salud, esto es, las barreras relacionadas con la falta de conocimiento en profundidad acerca de la gestión y funcionamiento cotidiano del CHSJ, así como de su rol como un nodo de alta complejidad en la red del SSMN.
- Desde la institución, es decir, aquellas debilidades relacionadas con el desconocimiento y confusión del rol de la disciplina en cuanto al punto de vista clínico, así como con la ausencia de cargos de fonoaudiología previos que pudiesen orientar y entregar antecedentes de su quehacer.

Identificación de elementos críticos en la línea de tiempo

Los elementos críticos son los hechos que provocaron un cambio abrupto en el funcionamiento de las y los profesionales fonoaudiólogos. Durante el levantamiento de información, destacó como elemento crítico la incorporación de una o un nuevo profesional fonoaudiólogo, ya fuese por aumento de dotación, o bien, por cambios en el personal contratado.

RESULTADOS

Con el propósito de visibilizar los procesos que han sido detectados como los más relevantes en la integración de la fonoaudiología en el CHSJ, la metodología describió tres ítems identificados como claves en este proceso: diagnóstico situacional o escenario local de salud inicial; identificación de barreras encontradas tanto en la institución como en el profesional fonoaudiólogo/a; y elementos críticos en la línea de tiempo.

Es importante destacar que estos ítems van más allá de elementos clínicos y que, sin embargo, influyen de igual manera al momento de enfrentar y decidir en distintas condiciones de salud.



Diagnóstico situacional o escenario de salud inicial

El diagnóstico situacional realizado en ese momento por la fonoaudióloga que ingresaba al CHSJ, identificó tres elementos que incidían directamente en su quehacer clínico y que, de alguna forma, cambiaron su percepción en ese contexto (Tabla 1). Sobre la base de estos fenómenos observados se realizó un cambio en la manera en que se enfrentaban las distintas situaciones de salud por parte de la disciplina en un contexto de alta complejidad perteneciente a una red integrada de salud.

Tabla 1

Ítems identificados y observados en el diagnóstico situacional cuando ingresa la fonoaudióloga al CHSJ

Fenómeno observado	Resultado de la observación
Existencia e implementación de estrategia de redes integradas de salud.	Al momento de generarse el primer cargo “oficial” de fonoaudiología, el CHSJ ya se concebía como un nodo de alta complejidad dentro de la red del SSMN, el cual ahora ponía a disposición de las demandas de su red atenciones ambulatorias fonoaudiológicas. De esta manera, estas atenciones no solo eran entregadas a personas derivadas desde el mismo CDT y de especialidades afines (como neurología o fisiatría), sino que incluía personas con una gran variedad de condiciones de salud y complejidades psicosociales, provenientes de múltiples nodos de la red, como de la atención primaria, el Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak o el Instituto Médico Legal.
Organización sobre la base de cuidados progresivos y camas indiferenciadas.	Se trataba de un modelo de gestión desconocido para la primera fonoaudióloga, quien estaba mucho más familiarizada con un sistema de gestión vertical. Lo anterior generó un período de adaptación durante el cual se dio respuesta a problemáticas concretas y cotidianas, alineando su figura con la del interconsultor, recorriendo diversos servicios hospitalarios según demanda.
Atención fonoaudiológica al alero de convenio docente asistencial.	Previamente a la generación del primer cargo de fonoaudiología, ya existía atención por parte de esta disciplina bajo el alero de convenios docente asistenciales celebrados entre la entonces Escuela de Fonoaudiología de la Universidad de Chile y de dos unidades pertenecientes al CDT Doctora Eloísa Díaz, por tanto, la atención entregada por docentes y alumnos se daba en contexto ambulatorio y entre los meses de marzo y diciembre. Sin embargo, dada la separación administrativa existente entre el HSJ y el CDT, esta actividad no logró ser visualizada correctamente desde atención cerrada.

Fuente: Elaboración propia.



Identificación de barreras encontradas en la institución y en la profesional fonoaudióloga

Se identificaron debilidades tanto desde la disciplina como en la institución de salud en un contexto de alta complejidad vinculado a una red pública de salud.

Desde el punto de vista de la profesional que ingresaba a este escenario, el aprendizaje relacionado con los aspectos de gestión del CHSJ y del funcionamiento cotidiano se realizó por medio de la observación de otros profesionales, aunque en gran parte la actividad fue en la lógica del ensayo-error. Si bien hubo un período de aprendizaje informal, pronto este se volvió insuficiente, lo cual impulsó a la fonoaudióloga a iniciar un proceso formativo que incluyó un diplomado en Gestión en Establecimientos de Salud. Es gracias a este último que la comprensión acerca del funcionamiento del CHSJ se profundizó a un nivel que permitió la integración y proyección de mejor manera en la institución. Conceptos en torno a la producción (asociada al Registro Estadístico Mensual, REM), eficiencia hospitalaria, gestión del flujo de pacientes, costo (con el sistema WinSIG y el modelo de Gestión Relacionado a Diagnóstico, GRD de la mano), compromisos de gestión, calidad de la atención y redes que garantizan la continuidad de cuidados, se volvieron términos constantes en el día a día. Poco a poco, la fonoaudiología en la institución comenzó a hacerse un espacio que iba más allá de lo clínico, haciendo notar su quehacer e impacto incluso a nivel del SSMN.

Desde la vereda de la institución de salud, en tanto, si bien no hubo inicialmente una búsqueda activa por resolver estas barreras, a medida que la profesional se integraba de mejor manera al funcionamiento del establecimiento, este también fue generando algunos lineamientos internos en relación con ella. Desde el ámbito clínico, comenzó a mejorar la comprensión acerca de su quehacer y se logró una mejor integración en los equipos multidisciplinarios de trabajo. Por otro lado, desde el ámbito administrativo y de gestión, comenzaron a aparecer personas clave que apoyaron el crecimiento y asentamiento de esta disciplina en el establecimiento, entregando libertad y confianza a la profesional fonoaudióloga.

Elementos críticos en la línea de tiempo

Cada vez que un/a nuevo/a fonoaudiólogo/a se integraba al establecimiento, se generaba un replanteamiento en diferentes ámbitos del quehacer, tanto desde lo



técnico como de la gestión. Para poder maximizar el impacto positivo de cada uno de estos eventos y de la nueva realidad grupal, fue necesario perfeccionarse a través de un diplomado en Liderazgo y Gestión de Equipos. Esto permitió organizar el equipo de fonoaudiología propiamente tal con una visión, misión, valores, una cultura definida y con enfoques compartidos.

Así mismo, las habilidades personales de cada uno de los integrantes fueron puestas a favor del logro de objetivos planificados previamente, los que se estructuraron en los ámbitos de atención de calidad, gestión clínica de calidad, bienestar, procesos regulares, vinculación con el medio y fortalecimiento de la disciplina. Se observaron y tomaron en cuenta las fortalezas y debilidades individuales para la designación de roles y la figura de un líder comenzó a consolidarse, siendo reconocida como tal por los otros funcionarios del CHSJ a pesar de no corresponder a un cargo oficial.

Actualmente, el equipo de fonoaudiología del CHSJ se encuentra configurado por ocho fonoaudiólogos/as, quienes entregan atención a personas mayores de 15 años tanto en el contexto de atención abierta como cerrada. Define su visión como “enriquecer la calidad de vida de las personas” y su misión como:

brindar atención de calidad a los usuarios del CHSJ, situada en el contexto de un establecimiento perteneciente a la red pública de salud. Nuestro accionar engloba diversas líneas que incluyen procesos de prevención, rehabilitación, educación, acompañamiento y manejo paliativo. Junto a esto, participamos en la formación de futuros profesionales y de redes disciplinares.

Por su parte, el modelo de gestión del HSJ basado en camas indiferenciadas, favoreció la exposición de la labor fonoaudiológica a un grupo numeroso y diverso de equipos de la salud, orientando su desarrollo inicial por una ruta contraria a la especialización en el manejo de una condición de salud puntual y favoreciendo la exploración de nuevos roles y formas de contribuir al funcionamiento hospitalario. Un fenómeno similar ocurrió en la atención ambulatoria, la cual también se alejó de la atención orientada hacia un perfil de usuarios puntuales y se generalizó para poder responder a las necesidades de la red de salud, según las capacidades técnicas de la primera fonoaudióloga.



Esta forma de desarrollo marcó profundamente la identidad de lo que sería el futuro equipo de fonoaudiología, ya que favoreció el entendimiento de nuestro quehacer más allá de la definición disciplinar, tanto en aspectos clínicos como en otros relacionados, lo que dejó su huella en su visión y misión. Así, el equipo comprende e integra en sus manejos y acciones clínicas y no clínicas, la noción de pertenencia a una red de cuidados tanto intra como extrahospitalaria y, por tanto, que su rol es determinado por la red y no viceversa, siendo siempre la persona en manejo el eje central. Al estar todos los miembros alineados y colaborando con esta forma de concebirse, se vuelve posible la existencia de un equipo que trasciende las diferentes dependencias administrativas de sus integrantes.

CONCLUSIONES

No existen establecimientos de alta complejidad iguales a lo largo del país, sino que todos tienen sus propias particularidades. Los procesos de integración de nuevos profesionales, de la modificación de la cultura previa de la organización y la conformación de equipos, estarán determinados por una serie de factores vinculados tanto a las instituciones como a quien o quienes inician y se suman a estos proyectos, determinando y modificando las distintas experiencias vividas.

Es por este motivo que no existe una “receta” para alcanzar el éxito. Sin embargo, sí es posible identificar algunos elementos que pueden resultar altamente favorecedores. En efecto, comprender la forma en que se construye y funcionan los nodos de una red de salud, independientemente de si se trata de un hospital o de un centro de atención primaria, entrega la posibilidad de adaptar y potenciar la contribución que puede realizar la fonoaudiología, tanto a ese establecimiento particular como a la red en la que se encuentra inserta. En el caso de una institución de alta complejidad similar al CHSJ, el conocimiento y comprensión de aquellos procesos, pensamientos y modelos que la sostienen, se vuelve indispensable para poder generar una real integración a ella.

De igual modo, es importante visualizar que se trata de un eslabón más en una cadena de cuidados y no un bastión solitario, para así orientar la práctica



buscando el mayor beneficio para la persona más allá del momento agudo de una condición de salud. De esta manera, se da cabida al análisis de otras variables, especialmente psicosociales, o bien, a prácticas menos exploradas como aquellas relacionadas con cuidados de fin de vida.

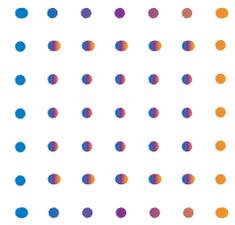
Por otro lado, es importante tener siempre presente que los equipos de trabajo, especialmente cuando son unidisciplinarios, no suelen surgir espontáneamente. Por el contrario, se requiere constancia, tiempo invertido en análisis, acuerdos y desacuerdos que van más allá de resolver la forma en que se cubrirá la demanda diaria, sino más bien orientados a generar una identidad, a conocer las fortalezas y debilidades de cada uno de sus integrantes, y validar el área de conocimiento entre pares y en los demás profesionales que conforman los equipos de salud, entre otros.

REFERENCIAS

- Ayoví-Caicedo, J. (2019). Trabajo en equipo: clave del éxito de las organizaciones. *FIPCAEC. Revista Científica Fomento de la Investigación y Publicación en Ciencias Administrativas, Económicas y Contables. Polo de Capacitación, Investigación y Publicación (POCAIP)*, 4(10), 58-76. <https://doi.org/10.23857/fipcaec.v4i10.39>
- Complejo Hospitalario San José. (s.f.). *Historia*. <https://complejohospitalariosanjose.cl/historia/>
- Dawdy, K., McGuffin, M., y Fegan, C. (2020). Understanding team dynamics to promote team building in a radiotherapy department. *Journal of Radiotherapy in Practice*, 1(6). <https://doi.org/10.1017/S1460396920000813>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2007). *La red pública de salud. Fundamentos, conceptos y experiencias*. Serie de Cuadernos de Redes N° 8. MINSAL. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/8.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2008). *Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios*. Serie de Cuadernos de Redes N° 9. MINSAL. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/9.pdf>
- Tang, M. (2019). Fostering creativity in intercultural and interdisciplinary teams: The VICTORY model. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02020>



EXPERIENCIA DE CREACIÓN Y GESTIÓN DE LABORATORIO DE DEGLUCIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN PEDRO AGUIRRE CERDA



MARÍA JOSÉ BRAVO ARRIAGADA¹

Resumen

El proceso de alimentación y deglución es fundamental para la supervivencia y se encuentra supeditado al adecuado funcionamiento de los sistemas neurológico, digestivo, respiratorio y cardiaco. Aporta, además, una instancia de intercambio social y de agrado. El Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC) atiende a población con trastorno neuromotor, con mayor frecuencia secundaria de parálisis cerebral en el segmento infantojuvenil y de accidente cerebrovascular en los adultos. El modelo de atención del INRPAC se encuentra en coherencia con el enfoque de derecho y biopsicosocial. El capítulo describe el proceso de incorporación de la evaluación instrumental de la deglución por videofluroscopía a las prestaciones de la institución, en la búsqueda de dar respuesta a la necesidad de los usuarios, con el propósito de disminuir las brechas de accesibilidad, asequibilidad, disponibilidad y calidad, resguardando el principio de equidad propia de una institución pública de atención en salud. Se plantean los desafíos para finalizar la implementación del laboratorio de deglución.

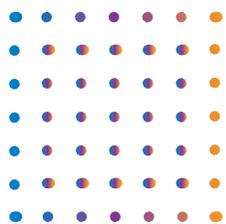
Palabras clave:
disfagia, evaluación de la deglución, implementación de evaluación instrumental de la deglución, videofluroscopía.

¹ Fonoaudióloga por la Universidad de Chile. Magíster en Pedagogía y Gestión Universitaria por la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, UMCE. Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda, INRPAC. Santiago, Chile.

✉ mariajose.bravo@inrpac.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-8863-6518>





EXPERIENCE OF CREATION AND MANAGEMENT OF A SWALLOWING LABORATORY AT PEDRO AGUIRRE CERDA NATIONAL REHABILITATION INSTITUTE

Keywords:

dysphagia,
implementation
of instrumental
evaluation of
swallowing,
swallowing evaluation,
videofluoroscopy.

Abstract

The process of feeding and swallowing is essential for survival and is subject to the proper functioning of the neurological, digestive, respiratory, and cardiac systems. It also provides an instance of social exchange and pleasure. Pedro Aguirre Cerda National Rehabilitation Institute (PACNRI) serves the population with neuromotor disorders, with a higher frequency case of cerebral palsy in child and adolescents and stroke in adults. PACNRI's attention model is consistent with the human rights and biopsychosocial approach. The process of incorporating instrumental assessment of swallowing by videofluoroscopy to the services of the institution is described, in the search to respond to the needs of users, with the purpose of reducing the gaps in accessibility, affordability, availability and quality, safeguarding the principle of equity, characteristic of a public health care institution. Challenges arise to finalize the implementation of the swallowing laboratory.



PRESENTACIÓN Y CONTEXTO

El Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (en adelante INRPAC), es una institución pública perteneciente a la red asistencial de salud, dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO). Corresponde a un establecimiento de especialidad de nivel terciario y de mediana complejidad que está destinado a la entrega de atención en rehabilitación integral a personas en situación de discapacidad física, siendo el único centro de rehabilitación estatal. El establecimiento cuenta con un sistema de atención en hospitalización destinado exclusivamente a cumplir el rol de atención en rehabilitación y se realizan además acciones ambulatorias.

En su calidad de instituto puede recibir a usuarios provenientes de todo el territorio nacional, beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y de aseguradoras privadas, llamadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

Las personas con alteraciones que tienen mayor frecuencia de atención son aquellas que presentan parálisis cerebral en población infantojuvenil y, aquellas que presentan accidente cerebro vascular (ACV) en población adulta.

En este contexto, la institución tiene una gran responsabilidad social en la realización de acciones y entrega de servicios altamente especializados para responder a las necesidades de la población objetivo. En coherencia con lo anterior, el INRPAC cuenta con un modelo de atención basado en el enfoque biopsicosocial, centrado en la persona y su entorno cercano, en donde el equipo de rehabilitación se pone a disposición de lo que se requiera para cumplir el fin último del proceso de intervención: la participación social de la persona en situación de discapacidad.

Por su parte, la Unidad de Fonoaudiología del INRPAC, con más de 40 años de existencia, cuenta con un equipo de diez profesionales, quienes atienden en modalidad de hospitalización y ambulatoria, entregando prestaciones asociadas a las necesidades de la población objetivo, especialmente relacionadas con la comunicación, habla, lenguaje y deglución. Este último aspecto requiere de la valoración fonoaudiológica clínica especializada y, en algunos casos, es fundamental la evaluación instrumental específica para objetivar los elementos que permiten la toma de decisiones terapéuticas óptimas de cada caso.



MARCO TEÓRICO

El proceso de alimentación y deglución es fundamental en la supervivencia del ser humano, ya que con ella se produce la ingestión de alimentos e hidratación diaria. Su control neurológico implica la correcta recepción de inputs sensoriales y las respuestas motoras. En estrecha relación con lo anterior, se requiere de indemnidad de los sistemas involucrados: digestivo, respiratorio y cardíaco, así como de la adecuada coordinación entre ellos. Además de esta función vital, este proceso representa una instancia de intercambio social y de agrado, que es compartido universalmente.

Clásicamente se identifican tres etapas de la deglución: la oral, la faríngea y la esofágica. A estas se les ha agregado la etapa anticipatoria y la preparatoria oral. De este modo, cada etapa está caracterizada por una serie de eventos que permiten describir el paso normal del alimento, desde que es percibido sensorialmente por la persona antes del ingreso oral, pasando por el incorporación y formación del bolo en la cavidad oral, la propulsión de este hacia la faringe, el cambio de configuración de la cavidad oral, orofaringe y laringe de respiratoria a deglutoria, hasta finalizar con el transporte esofágico del alimento hacia el estómago.

Por otro lado, se ha identificado que este proceso tiene parámetros cuya valoración entrega una mirada no solo en relación con la temporalidad del proceso en asociación con las estructuras asociadas, sino también con la ejecución propiamente tal de la persona. De esta forma, se propone que la alimentación-deglución debiera ser confortable, eficaz, eficiente y segura (Bacco et al., 2014).

De acuerdo con lo expuesto, es evidente que el proceso de alimentación y deglución es altamente sensible a verse afectado, especialmente en el caso de situaciones de salud que repercuten en los sistemas involucrados y, muy específicamente, en ciertas patologías que provocan en la persona una limitación en las actividades de ingesta de alimentos y líquidos. Esto sucede con alta frecuencia en las personas en situación de discapacidad motora, quienes presentan una situación de salud de base relacionada con una patología de origen neurológico.

Se ha descrito que en la población pediátrica general los trastornos asociados a la alimentación y deglución llegan al 45% (Lefton-Greif y Arvedson, 2007). En el caso de niños con parálisis cerebral la prevalencia puede ser hasta del 99% (Bacco et al., 2014; Calis, 2008; Robertson et al., 2017), de aproximadamente el 60% en los niños con síndrome de Down (Jackson et al., 2016) y en el 70% de los



usuarios de traqueostomía (Streppel et al., 2019). Por otro lado, se plantea que cerca del 30% de las personas mayores de 65 años presenta alguna anomalía de la deglución, mostrando mayor severidad a medida que avanza la edad (Zhang et al., 2018). Este porcentaje se incrementa en algunas condiciones de salud, como es el caso de usuarios con ACV, quienes tienen alteraciones en aproximadamente el 60% de los casos, en el 40% de usuarios con enfermedad de Alzheimer, más del 45% de los casos con enfermedad de Parkinson, en el 50% de esclerosis lateral amiotrófica (ELA), en el 35% de los casos de cáncer de cabeza-cuello (Zhang et al., 2018) y entre el 13% y el 27% de los casos de esclerosis múltiple (Printza et al., 2020; Zang et al., 2018).

En este contexto, el manejo fonoaudiológico de los aspectos de deglución y alimentación ha ido tomando posicionamiento y relevancia, especialmente en los últimos 15 años. Esto, dado que es un proceso fundamental del ser humano y que tiene un gran impacto personal, familiar y social y, consecuentemente, afecta la percepción de calidad de vida del individuo y de sus cuidadores (Moloney y Walshe, 2018; Vargas García, 2018; Zhang et al., 2018).

De acuerdo con esto, la evaluación e intervención requiere de la entrega de una atención profesional interdisciplinaria de alta especialización, así como también de la oportunidad en las acciones de evaluación e intervención y el resguardo en su acceso y calidad.

Al respecto, la evaluación de la deglución se inicia con la valoración médica y fonoaudiológica clínica, lo que define la necesidad de complementar con un análisis instrumental. La evaluación instrumental videofluoroscopia (VFSS) es la prueba de elección para determinar el estado de la función deglutoria. Este examen y la evaluación fibroendoscópica de la deglución, conocida como FEES, complementan la evaluación clínica y contribuyen a la definición de la secuencia en la toma de decisiones que se llevarán a cabo en la intervención terapéutica de cada caso en particular.

El INRPAC, al ser una institución pública con más del 80% de sus usuarios beneficiarios de FONASA, con un modelo de atención centrado en la persona como sujeto de derecho y en el enfoque biopsicosocial, tiene como desafío incorporar estrategias que concentren la valoración de los elementos propios de la situación de salud, en forma conjunta con el impacto en la participación social que tiene la persona en situación de discapacidad, independientemente de su condición social. Por ello, se considera fundamental el acceso de quien lo



necesite, a las acciones de evaluación específicas, más aún en aquellas actividades que son en extremo relevantes en la vida del ser humano, como es el caso del proceso de alimentación y deglución.

Por su parte, el reconocimiento de la persona como sujeto de derecho está asociado a que nuestro país —desde su promulgación en el año 1948—, es garante de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y de este modo, el Estado chileno se compromete a que toda persona tiene derecho a la salud y a recibir la asistencia médica que requiera. Esto fue ratificado en 1966 en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), al reconocer que toda persona debe disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental (Piragauta y Buitrago, 2021; Ullmann, 2017) y en el año 2006 por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ullmann, 2017).

Al respecto, en 2000 la Organización de las Naciones Unidas y el Consejo Económico Social publicaron la Observación general 14, en relación con el artículo 12 del PIDESC: *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. En este documento se establece que el derecho a la salud implica considerar los siguientes elementos:

- Disponibilidad, representado en un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y programas, incluyendo los factores determinantes básicos de la salud.
- Accesibilidad para todas las personas, dentro de la jurisdicción del Estado Parte, considerando las dimensiones de no discriminación, accesibilidad física, económica (asequibilidad) y a la información.
- Aceptabilidad, entendida como el respeto que deben manifestar los establecimientos, bienes y servicios por la ética médica, las características particulares de las personas, sensibilidad a las condiciones de género y al ciclo de vida.
- Calidad, esto es, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, considerando entre otras cosas el personal de salud capacitado y con salarios adecuados, los medicamentos, los equipos hospitalarios científicamente aprobados y en buen estado, el agua limpia potable y las condiciones sanitarias apropiadas.



De igual modo, en el artículo N° 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos se establece, entre otros aspectos, que cada Estado debe disponer de los recursos necesarios para garantizar los derechos indispensables de todas las personas, como es el caso del acceso a la atención en salud.

En este marco, con el fundamento del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, Chile ha implementado estrategias para la acogida de los migrantes, de acuerdo con el principio de que todas las personas, independientemente de su situación migratoria, son beneficiarias de FONASA y como resultado se ha creado la política de salud de migrantes internacionales, cuyo propósito es conseguir equidad en la atención de salud de los migrantes en relación con los habitantes nacionales.

METODOLOGÍA

La experiencia de la Unidad se puede sistematizar de acuerdo con cinco ejes definidos, los que se detallarán a continuación:

- Identificación de necesidades.
- Principales desafíos iniciales.
- Implementación de videofluoroscopia.
- Marcha blanca.
- Estado actual.

Las siguientes páginas abordan cada uno de ellos asociados a sus respectivos resultados.

RESULTADOS

En el INRPAC se ha desarrollado un plan de atención clínica en rehabilitación en deglución con alta especialización que abarca el ciclo vital. Sin embargo, no existía la posibilidad de contar con la valoración instrumental, especialmente con el examen de evaluación de elección: la videofluoroscopia de la deglución.



Identificación de necesidades

En 2014, se realizó un análisis del proceso que era necesario gestionar para que los usuarios beneficiarios de FONASA, especialmente aquellos con gratuidad garantizada en el sistema público, pudieran acceder a la evaluación instrumental de la deglución por videofluoroscopia. Se identificaron allí las siguientes problemáticas:

- La videofluoroscopia de la deglución es un examen radiológico de una alta especialización y se encuentra escasamente disponible en la red asistencial pública de salud.
- Existe una disponibilidad mayor en el sistema privado de atención en salud, aunque con valores poco asequibles para los usuarios del INRPAC.
- Hay limitación en el copago para beneficiarios de FONASA, especialmente en los tramos que, por sus ingresos, tienen gratuidad garantizada al atenderse en los establecimientos públicos.
- Para costear el examen existe la necesidad de gestión particular de cada usuario, o bien, de vinculación con fundaciones de beneficencia.
- Existe dificultad para realizar el traslado de usuarios hospitalizados hacia los centros de realización del examen.
- La valoración del examen es exclusivamente médica, sin considerar la mirada fonoaudiológica del proceso de deglución.
- La valoración del examen está centrada en la alteración de la seguridad de la deglución.
- El examen habitualmente está focalizado en la evaluación del proceso, con limitación en probar estrategias terapéuticas.
- Existe una escasa coherencia entre el análisis clínico de la deglución y el informe del análisis instrumental.
- Hay una limitación en la oportunidad clínica de realización del examen.
- La dificultad de contar con una reevaluación instrumental posintervención.

En este contexto, durante 2015 se inició un plan de acción que contribuyera a disminuir en parte estas limitaciones y dificultades detectadas previamente.



Desde ese mismo año —y gracias a las facilidades otorgadas por la institución— se comenzó a aplicar en forma urgente el análisis instrumental sistemático con los usuarios que así lo requerían por su condición clínica. Dicho plan contempló los siguientes elementos:

- Acompañamiento de un fonoaudiólogo tratante durante el examen en la institución privada de salud.
- Pago del examen total o parcial por parte del voluntariado de apoyo del INRPAC para casos en los que la situación socioeconómica lo ameritara.
- Posibilidad de realizar el traslado en ambulancia para los usuarios hospitalizados.

Principales desafíos iniciales

En 2017 se verificó una escasa sustentabilidad de las medidas adoptadas y con esto, se inició un nuevo plan de acción enfocado en la implementación de la evaluación clínica de la deglución por videofluoroscopia. De este modo, a fines de 2017 y durante 2018 se llevó a cabo la tarea de analizar y verificar las condiciones físicas de infraestructura y equipos, así como de potenciar las habilidades técnicas de los profesionales, de modo que ello les permitiera desplegar el plan de trabajo. Al respecto, se identificaron las siguientes líneas de trabajo:

- Adaptación del equipo de rayos disponible en la institución.
- Capacitación profesional. Gracias al trabajo colaborativo con el equipo de fonoaudiología del Hospital del Trabajador, se logró la capacitación de 11 profesionales entre fonoaudiólogos, médicos fisiatras, radiólogo dental y tecnólogos médicos. Por otro lado, se realizó la capacitación en protección radiológica para el equipo profesional y técnico y se le habilitó para el manejo de equipos de rayos con resguardo de la seguridad laboral.

Implementación de videofluoroscopia

La implementación propiamente tal consideró tres ámbitos:

- Administrativo, esto es, la autorización y aprobación de proyecto por parte del Comité Directivo de la institución y la valorización del examen.



- Clínico-administrativa, que por una parte incluyó los aspectos de gestión de programación de horas del equipo conformado por el médico, el tecnólogo médico, el fonoaudiólogo y el técnico de enfermería de nivel superior; y por otra, la justificación de la necesidad con la creación de una lista de espera.
- Clínico, para establecer el protocolo de atención y resguardo de calidad y seguridad en la atención.

Marcha blanca

Durante el tercer trimestre de 2019 y primer trimestre de 2020 se inició el proceso de marcha blanca para la realización del examen. Durante ese período se realizaron ajustes que involucraron, por una parte, la definición del flujo del procedimiento y, por otra, un formato de informe, con descripción del proceso deglutorio desde la perspectiva de las etapas y parámetros de la deglución, combinando elementos clínicos y fonoaudiológicos con los aspectos propios del análisis radiológico. Esto coincidió con la formación de dos fonoaudiólogos en el máster de la Sociedad Europea de Disfagia, quienes aportaron con sus conocimientos para el desarrollo del formato de informe.

Estado actual

Durante 2020, si bien la pandemia por COVID-19 influyó negativamente en el proceso, esta no limitó las posibilidades de consolidación de la implementación y se realizaron en forma exitosa 25 estudios, de los cuales un 72% correspondió a usuarios adultos y el 28% restante a menores de 15 años.

En 2021 se aumentó la cobertura, consolidándose el equipo profesional-técnico de videofluoroscopia y se realizaron con éxito 62 exámenes, un 64,5% a usuarios adultos y el 35,5% correspondiente a menores de 15 años.

Al respecto, los diagnósticos de base más frecuentes fueron los de ACV en los adultos y los de parálisis cerebral en el caso de los menores de 15 años, lo cual concuerda con las condiciones de salud más frecuentes en el INRPAC, así como también con la mayor prevalencia de alteración de la deglución y alimentación descrita en la literatura.



Del total de exámenes realizados, el 79,4% corresponde a usuarios activos del INRPAC y el 20,6% son usuarios externos, con un porcentaje de ausentismo menor al observado en las atenciones ambulatorias del instituto.

El costo del examen en el instituto es asequible para los usuarios, ya que es gratuito para usuarios de FONASA de los tramos A y B —que tienen gratuidad en la institución—, en tanto que en los tramos C y D de FONASA el copago es de hasta un 70% menor que el arancel ofrecido por la institución privada de menor costo de la Región Metropolitana; el valor particular es hasta un 73% menor.

Por otra parte, es adecuado señalar que la distribución de horas está asociada a la prioridad clínica de realización del examen, sin distinción en cuanto a la posibilidad de pago del examen ni de las características sociales de los usuarios que lo solicitan, lo cual se ve facilitado por la posibilidad de recepción nacional que tiene la institución.

CONCLUSIONES

La implementación del estudio instrumental de la deglución por videofluoscopia significó un gran avance en la evaluación e intervención de los usuarios con trastornos de la deglución, favoreciendo la precisión diagnóstica y facilitando la selección de un plan de intervención efectivo y eficaz.

En estos dos años de implementación se han realizado análisis de los procesos y del equipamiento y ha sido necesario realizar ajustes constantes. Pese a ello, se ha logrado establecer un equipo de videofluoscopia de tipo interdisciplinario que ha favorecido la comprensión de las alteraciones de la deglución como una condición de interés de distintas profesiones, que requiere un análisis e intervención coordinada entre los distintos profesionales, con el usuario y su familia.

La pandemia por COVID-19, si bien influyó en la cantidad de exámenes realizados, no afectó las posibilidades de desarrollo del plan de implementación.

Queda aún como desafío la incorporación, en el análisis instrumental integral de la deglución, de la evaluación fibroscópica de la deglución para todos los usuarios que lo requieran en la institución, pues actualmente ella está limitada a los usuarios que se encuentran en atención cerrada. Este examen, junto con la posibilidad



que actualmente tenemos de realizar terapia instrumental reactivadora de la deglución, complementa el Laboratorio de Deglución en el Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda, INRPAC.

REFERENCIAS

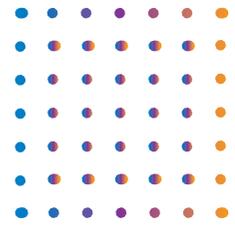
- Bacco, J., Araya, F., Flores, E., y Peña, N. (2014). Trastornos de la alimentación y deglución en niños y jóvenes portadores de parálisis cerebral: abordaje multidisciplinario. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(2), 330-342. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70044-6](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70044-6)
- Calis, E. A., Veugelers, R., Sheppard, J. J., Tibboel, D., Evenhuis, H. M., y Penning, C. (2008). Dysphagia in children with severe generalized cerebral palsy and intellectual disability. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 50(8), 625-630. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.03047.x>
- Jackson, A., Maybee, J., Moran, M. K., Wolter-Warmerdam, K., y Hickey, F. (2016). Clinical characteristics of dysphagia in children with down syndrome. *Dysphagia*, 31(5), 663-671. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9725-7>
- Lefton-Greif, M. y Arvedson, J. (2007). Pediatric feeding and swallowing disorders: State of health, population trends, and application of the international classification of functioning, disability, and health. *Seminars in Speech and Language*, 28(3), 161-165. <https://doi.org/10.1055/s-2007-984722>
- Moloney, J. y Walshe, M. (2018). "I had no idea what a complicated business eating is...": A qualitative study of the impact of dysphagia during stroke recovery. *Disability and Rehabilitation*, 40(13), 1524-1531. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1300948>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]-Consejo Económico y Social. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCROBSERVACIÓN GENERAL 14. (General Comments)*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Piragauta, N. y Buitrago, M. (2021). *La salud como derecho, avances y desafíos en personas con discapacidad en América Latina* [Tesis de maestría]. Universidad del Rosario. <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/32335>



- Printza, A., Triaridis, S., Kalaitzi, M., Nikolaidis, I., Bakirtzis, C., Constantinidis, J., y Grigoriadis, N. (2020). Dysphagia prevalence, attitudes, and related quality of life in patients with multiple sclerosis. *Dysphagia*, 35(4), 677-684. <https://doi.org/10.1007/s00455-019-10075-0>
- Robertson, J., Chadwick, D., Baines, S., Emerson, E., y Hatton, C. (2017). Prevalence of dysphagia in people with intellectual disability: A systematic review. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 55(6), 377-391. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-55.6.377>
- Streppel, M., Veder, L. L., Pullens, B., y Joosten, K. F. M. (2019). Swallowing problems in children with a tracheostomy tube. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, (124), 30-33. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.05.003>
- Ullmann, H. (2017). Discapacidad y políticas públicas: avances y desafíos institucionales en América Latina. *Institucionalidad social en América Latina y el Caribe*. CEPAL, LC/PUB. 2017/14-P. <http://hdl.handle.net/11362/44208>
- Vargas García, M. A. (2018). Repercusiones sociales de la disfagia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 38(2), 77-83. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2017.10.003>
- Zhang, M., Dou, Z., y Li, C. (2018). Prevalence of dysphagia in China: An epidemiology survey among 6102 participants. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 61(Supplement), e504. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2018.05.1174>



EXPERIENCIA DE GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA FONOAUDIOLÓGICA



CONSUELO SEPÚLVEDA IBARRA¹

Resumen

La inserción de la fonoaudiología en la atención primaria de salud (APS) es aún un desafío para la disciplina. El capítulo analiza cómo la participación en roles de gestión de salud podría ser una manera efectiva de enfrentarla. Para esto, se presenta la experiencia de una fonoaudióloga encargada del Programa de participación social en un centro de salud familiar (CESFAM) de la Región Metropolitana de Chile. Los resultados muestran la contribución de la disciplina al cumplimiento de metas, gracias a que los profesionales conocen el territorio, las necesidades de sus habitantes y los desafíos que los establecimientos de salud se comprometen a cumplir. Desde los centros de atención primaria se pueden aprovechar las instancias de participación social ya existentes para incrementar la visibilidad de la labor de la fonoaudiología y sus beneficios para la salud de la comunidad.

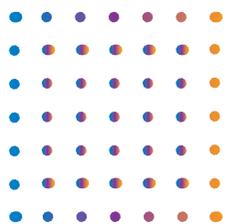
Palabras clave:
atención primaria
de salud, gestión en
salud, participación
social.

¹ Fonoaudióloga por la Universidad del Desarrollo. Magíster en Estudios cognitivos por la Universidad de Chile. Universidad Autónoma de Chile. Santiago, Chile.

✉ consuelo.sepulveda@uautonoma.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-0524-8465>





MANAGEMENT EXPERIENCE IN PRIMARY HEALTH CARE FROM A SPEECH AND AUDIOLOGICAL PERSPECTIVE

Keywords:

health management,
primary health care,
social participation.

Abstract

The insertion of speech therapy in primary health care is still a challenge for the discipline. We analyze how participating in roles associated with health management may be an effective way to face this challenge. To this end, we present the experience of a speech therapist who is in charge of the social participation program in a Family Health Center located in Región Metropolitana, Chile. The results highlight the discipline's contribution to fulfilling primary health care goals. This contribution can be achieved if the professionals are familiar with the territory, its population's needs, and the challenges health facilities are committed to satisfying. From primary health centers, it is possible to take advantage of all the instances of social participation that exist in each commune to increase the visibility of the speech therapist's work and its benefits to the community's overall health.



PRESENTACIÓN Y CONTEXTO

El *Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria* (en adelante MAIS) es el que guía el servicio en la atención primaria de salud (APS), específicamente en los centros de salud familiar (CESFAM) de Chile. Está conformado por tres principios: focalizarse en las personas, entregar integralidad en la atención y otorgar continuidad del cuidado. Estos elementos se articulan en nueve ejes que, en la práctica, permiten dar cumplimiento a los principios a través de la operacionalización de objetivos en actividades ejecutadas por diferentes actores, en función de un trabajo en red (Ministerio de Salud [MINSAL], 2012).

Cada CESFAM cumple con una estructura organizacional donde un profesional del equipo de cabecera asume la guía de un eje, a partir del cual se organiza el MAIS. Una de estas directrices es el Programa de participación social, que busca la incorporación de los usuarios y de la comunidad local en temas de gestión de salud (MINSAL, 2016). Para lograrlo, existen instancias formales y definidas de participación social (Secretaría de Redes Asistenciales, 2016), donde la persona encargada del programa es quien debe velar por el cumplimiento de los objetivos propuestos anualmente para el eje (Secretaría de Redes Asistenciales, 2015).

Para la fonoaudiología sigue siendo un desafío su incorporación en la APS. Así mismo, a nivel nacional su participación en el área de gestión no ha sido documentada, lo cual devela una problemática para el desarrollo de la profesión.

En este contexto, el capítulo describe las actividades desarrolladas por una fonoaudióloga como encargada del Programa de participación social en un CESFAM de la Región Metropolitana de Chile.

MARCO TEÓRICO

A partir de la reforma de salud impulsada en 2005, surgió un tipo de atención que busca fortalecer el nivel primario, haciendo énfasis en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y resolución ambulatoria de las problemáticas de salud de las personas: así es como nace el MAIS (MINSAL, 2005).

El MAIS se sustenta en tres pilares o principios: la integralidad de la atención, la continuidad del cuidado y una atención centrada en las personas, los cuales pueden cumplirse gracias a la acción de nueve ejes (MINSAL, 2012):



- Promoción de salud.
- Prevención de enfermedades.
- Enfoque de salud familiar.
- Intersectorialidad y territorialidad.
- Calidad de la atención.
- Centrado en atención abierta.
- Tecnología y desarrollo de las personas que trabajan en APS.
- Participación social.

Cada uno de estos ejes se encuentra liderado por una o un profesional del equipo, quien debe organizar el trabajo para intentar dar cumplimiento a las exigencias que provienen desde el Servicio de salud correspondiente (Secretaría de Redes Asistenciales, 2015). Las tareas que cada equipo debe realizar tienen la finalidad de entregar una atención oportuna y de calidad, reconociendo la importancia de la comunidad local en la toma de decisiones.

El eje de Participación social es fundamental para el desarrollo del MAIS y se entiende como el proceso donde las personas y familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y de la comunidad (Organización Mundial de la Salud [OMS]-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 1978), mediante la participación activa de los usuarios, profesionales del centro de salud y representantes de organizaciones civiles de la comuna en diferentes instancias: consejos de desarrollo local, consejos consultivos, diagnósticos de participación social, encuestas de satisfacción usuaria, entre otras (MINSAL, 2012). Todas las impresiones y reflexiones que se extraen de esos encuentros representan un recurso que luego es retomado en la elaboración del plan de salud comunal. Desde esta perspectiva, entonces, se vuelven instancias relevantes para el progreso del territorio.

Si bien la Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audición (American Speech-Language-Hearing Association, ASHA) propone una definición del actuar del fonoaudiólogo (ASHA, 2007), al parecer en la APS su rol no está del todo definido, ya que si bien las guías que aseguran garantías explícitas en salud establecen una actuación de este profesional, esta solo se aplica para la patología concreta que resuelve dicha guía, donde el actuar profesional se vincula con la rehabilitación ambulatoria en el nivel terciario de atención. Por tanto, la inserción



de la fonoaudiología en este nivel del sistema de salud aún es incipiente, estando mayormente delimitado por el trabajo en el área infantil, con bajo desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Silva Ríos et al., 2018). Lo anterior, además de no corresponderse con lo que el MAIS promueve, va en desmedro del posicionamiento de este profesional en el contexto clínico y, por consiguiente, en el desempeño de otras labores, como la guía de programas de salud vinculados al MAIS.

En virtud de lo expuesto, parece necesario avanzar en mejoras que permitan incluir el quehacer fonoaudiológico en la APS, en atención de las diversas funciones que este puede realizar (Vega et al., 2017), así como también crecer en la formación de profesionales en temáticas vinculadas con la gestión en salud desde el pregrado hacia la educación continua de postítulo.

METODOLOGÍA

Aplicando la metodología de sistematización de experiencias, el capítulo describe de forma ordenada la participación de una fonoaudióloga como encargada del Programa de participación social en un CESFAM.

Esta experiencia permite conocer las instancias de participación social existentes en la APS y tiene por objetivo mostrar las acciones que, desde la disciplina fonoaudiológica, se pueden realizar estando a cargo de un eje del MAIS, así como también de qué manera se puede contribuir al programa de salud comunal de un CESFAM desde el enfoque fonoaudiológico.

Esta experiencia se desarrolló entre los años 2017 y 2018 en el CESFAM Calera de Tango, en la comuna del mismo nombre, de la Región Metropolitana de Santiago, Chile. En las siguientes páginas se describirán las actividades realizadas y cómo se vincularon las acciones genéricas del cargo con la fonoaudiología en función del rol que cumplió la encargada del programa.

RESULTADOS

A partir de la participación como encargada del Programa de participación social, parece relevante describir la experiencia considerando las diferentes estrategias de participación descritas en la APS.



Consejos de desarrollo local (CDL)

Estos son entendidos como instancias asesoras de la Dirección del CESFAM, conformados por representantes del personal de salud y de la comunidad organizada (juntas de vecinos, ONGs, iglesias, entre otras), entre cuyas funciones se encuentra el fortalecer la acción comunitaria, de manera tal que las y los usuarios participen en el diseño, ejecución y evaluación de los planes de salud.

El rol que cumple el encargado de Programa es ser un mediador entre la comunidad organizada, los funcionarios y la dirección del CESFAM, a partir de la gestión de instancias de interacción y del levantamiento de la información que se desprende de las reuniones del CDL, con el fin de que estas puedan ser consideradas y atendidas por la Dirección del establecimiento.

En el periodo de ejecución de la experiencia, se puede destacar la utilización de las reuniones periódicas de los CDL para educar a los asistentes acerca de temáticas vinculadas con la fonoaudiología, bajo acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Al finalizar las ponencias, tenía lugar la participación de los asistentes, la resolución de dudas y comentarios de experiencias personales, transformándose también en una instancia para la generación de nuevas inquietudes en relación con temas de salud que, a su vez, eran insumos para la planificación de nuevas sesiones educativas.

Estas actividades de educación trascendieron las reuniones del CDL y se convirtieron en una práctica habitual desde la fonoaudiología. Así, se programaba una temática mensual sobre la base de efemérides médicas que se relacionaban con la disciplina (concientización sobre el ruido, conmemoración del día del Alzheimer y otras demencias, etc.), en torno a las cuales se generaban diferentes instancias de educación: folletos informativos, posters y presentaciones orales en las salas de espera del CESFAM. Estas exposiciones eran planificadas y supervisadas por la fonoaudióloga y ejecutadas por estudiantes en práctica de la carrera de Fonoaudiología provenientes de establecimientos de educación superior con los que la Corporación de salud mantenía convenio asistencial docente. De igual forma, se realizaron actividades de difusión en creole para llegar a la gran población de usuarios haitianos del CESFAM. Esto es particularmente relevante ya que, dadas las características de la APS, la educación es una tarea importante dentro del plan de salud, a la cual la fonoaudiología logró hacer una significativa contribución para el cumplimiento de esa meta local.



Diagnósticos participativos

Estos se refieren al proceso en el cual la comunidad e integrantes del equipo de salud identifican y explican los problemas que afectan a la población, y su fin es tener un punto de partida para el diseño de un plan de mejora.

La persona encargada de Participación social, en conjunto con la o el profesional a cargo de Promoción de la salud, cumplen aquí el rol de organizar, convocar y guiar esta instancia, llevando a los asistentes a un tiempo de reflexión, debate e interacción entre los asistentes.

En la ejecución de esta estrategia no hubo un vínculo de temáticas ligadas con la fonoaudiología, lo que pudo haberse realizado de mejor forma. La falta de fonoaudiólogas y fonoaudiólogos en la comuna era una necesidad que en esta instancia se pudo haber discutido para traspasar esa necesidad a las autoridades comunales y es un aspecto por considerar en futuras intervenciones.

Por otro lado, es interesante destacar que el manejo de habilidades conversacionales y oratoria que se suelen trabajar en intervenciones fonoaudiológicas grupales —y que son parte de la formación del profesional fonoaudiólogo—, parecen ser recursos necesarios para liderar estas instancias de conversación.

Satisfacción usuaria

Existen diferentes instancias para poder medir la satisfacción de los usuarios respecto del servicio que presta el centro de APS, las cuales buscan contribuir a mejorar la atención del destinatario final.

En este contexto, el encargado de Participación social organiza las encuestas de satisfacción usuaria que se realizan de forma periódica en el CESFAM, así como también forma parte del equipo que revisa, analiza y da respuesta a las solicitudes, felicitaciones, reclamos y sugerencias que se reciben en la Oficina de información, reclamos y sugerencias (OIRS) del CESFAM. En este caso, dado el sentido administrativo de las actividades vinculadas, no se desarrollaron estrategias que se unieran con la disciplina fonoaudiológica.

Por su parte, el conocimiento respecto del programa de salud comunal y las metas y compromisos de gestión declarados por el CESFAM, permitió notar que existía una actividad relacionada con la “evaluación cognitiva de personas



mayores”, que se encontraba asignada a otro profesional del centro de salud. Tras exponer a la Dirección las competencias que posee la disciplina para tal prestación, se pudo adicionar el quehacer fonoaudiológico para el cumplimiento de esta meta. La acción fue importante para visibilizar el rol de la fonoaudiología en la evaluación cognitiva-comunicativa de personas mayores para, junto con el médico de cabecera, realizar una pesquisa temprana de deterioro cognitivo según la presencia de quejas subjetivas de memoria, evaluación fonoaudiológica y resultado en el Examen funcional del adulto mayor (EFAM), realizado por enfermeras y nutricionistas de cada sector. Con ello, se logró generar un flujo de derivación desde el profesional que realiza el EFAM, hacia el médico de cabecera y luego hacia la fonoaudiología.

Por último, la cercanía con un establecimiento de educación superior producto del convenio asistencial docente, permitió contar con estudiantes de pregrado de Fonoaudiología que participaron activamente en el desarrollo de las iniciativas propuestas y posibilitaron ejecutarlas. Así mismo, se pudieron desarrollar otras instancias, relacionadas con la prestación de servicios audiológicos a la comunidad, las que no se encuentran dentro de la canasta de servicios de APS, pero que permitía atender temas de salud local.

CONCLUSIONES

Frente a los desafíos que encaran las y los fonoaudiólogos para insertarse en la salud pública y, en particular en la atención primaria, resulta relevante conocer que su participación también puede desarrollarse en un rol fuera del contexto clínico de atención. Para lograrlo, es importante recalcar que no solo basta el entusiasmo, sino que este debe ir acompañado de un genuino interés por formarse en temáticas vinculadas con la salud pública y comunitaria, destinar tiempo para conocer el territorio en el que se aspira a trabajar y participar activamente en la comunidad, esto es, en las distintas instancias formales de participación social existentes en el contexto.

Como se muestra en el capítulo, la fonoaudiología no solo permite resolver temáticas ligadas a condiciones de salud, sino que también entrega herramientas comunicacionales o, al menos la conciencia de ellas, lo que posibilita enfrentar espacios donde el uso del lenguaje es indispensable. De igual manera, formar parte de una profesión que presta servicios a personas durante todo el ciclo vital entrega



perspectiva en cuanto a las necesidades que pueden existir en un sector. Ese conocimiento teórico debe usarse para plantear el aporte que la profesión ofrece a un nivel primario que busca, precisamente, atender a personas de todas las edades.

Los resultados de esta experiencia muestran que la contribución al cumplimiento de metas desde la disciplina es lo que permite que se valore a una profesión, ya que se le asigna al profesional una función en la que se vuelve indispensable. Dado que esas metas están asociadas con incentivos económicos que permiten financiar las mejoras del establecimiento, entonces la profesión ya no solo adquiere una relevancia social y sanitaria. Esto, indudablemente, nos vuelve a llevar a la importancia del conocimiento de la gestión en salud, del territorio y demanda de fonoaudiólogas y fonoaudiólogos por una mayor presencia en actividades comunitarias.

Si bien la experiencia presentada muestra limitadas iniciativas ligadas a la disciplina, queda en evidencia que la participación social entrega la libertad de desarrollar un sinfín de actividades que permiten visibilizar la profesión y levantar necesidades comunales en torno a las diferentes áreas de la fonoaudiología. Esto demuestra que el profesional a cargo de un eje del MAIS debe tener la curiosidad necesaria para ver más allá de la labor clínica a la que, probablemente, se tiene tan arraigada desde la formación del pregrado: debe estar dispuesto a ser comunidad. En ese sentido, la sistematización de experiencias de intervención que fonoaudiólogas y fonoaudiólogos puedan realizar con datos locales, es indispensable para justificar los aportes de su quehacer. Por tanto, el desarrollo de investigación con datos locales es una necesidad.

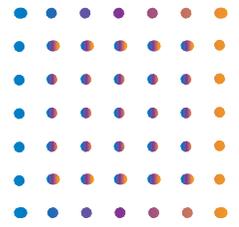
Pese a lo anterior, lo expuesto permite abrir paso a la reflexión acerca de cómo se mejora el desempeño cuando se habitan esos espacios de gestión. De alguna manera, la respuesta se relaciona con el conocimiento que se tiene respecto del territorio en el que se está inserto: conocer las características de su población, reconocer sus necesidades y estar solícitos a resolverlas desde las diferentes instancias que se disponen para ello. La respuesta es salir del box.

REFERENCIAS

American Speech-Language-Hearing Association [ASHA] (2007). *Scope of practice in speech-language pathology*. ASHA. <https://www.asha.org/policy/sp2016-00343/>



- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2005). *Modelo de atención integral en salud*. MINSAL. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2012). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. MINSAL. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2016). *Orientación para la planificación y programación en red*. MINSAL. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/BASES-CONCEPTUALES-PARA-LA-PLANIFICACION-Y-PROGRAMACION-EN-RED-2016CUADERNILLO1.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (1978). *Atención primaria en salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS*. OMS-UNICEF. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39244>
- Secretaría de Redes Asistenciales. (2015). *Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria. Modelo de atención primaria*. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/017.Instrumento-para-la-evaluaci%C3%B3n-y-certificaci%C3%B3n.pdf>
- Secretaría de Redes Asistenciales. (2016). Participación ciudadana en atención primaria. Un aporte al desarrollo del Modelo de atención integral de salud familiar y comunitario y la satisfacción usuaria. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/2_PARTICIPACI%C3%93N-CIUDADANA-APS.pdf
- Silva Ríos, A., Escudero, P., Hidalgo, R., y del Campo, M. (2018). Estudio cualitativo de la práctica fonoaudiológica en el contexto de la atención primaria de la salud, en la Quinta región de Valparaíso. *Ciencia & trabajo*, 20(62), 103-106. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492018000200103>
- Vega, Y., Torres, A., y del Campo, M. (2017). Análisis del rol del fonoaudiólogo(a) en el sector salud en Chile. *Ciencia & trabajo*, 19(59), 76-80. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000200076>

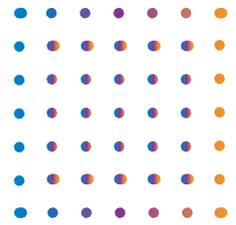


PARTE 2: POBLACIONES ESPECÍFICAS

50
AÑOS



PARTE 2: POBLACIONES ESPECÍFICAS



CLAUDIA ARAYA CASTILLO¹ Y LILIAN TOLEDO RODRÍGUEZ²

Los avances en salud producidos en las últimas décadas, además de la incorporación de nuevos enfoques en la atención en salud, hacen necesario que los profesionales se formen en diferentes ámbitos. Por ello, esta sección nos presenta seis experiencias de trabajo con poblaciones específicas narradas desde la propia práctica cotidiana y la contingencia que requirió, en algunos casos, el manejo oportuno y especializado de ciertos grupos de personas.

Así, **Alondra Castillo** presenta una experiencia de intervención fonoaudiológica realizada con personas mayores desde una perspectiva ético-feminista. De acuerdo con esta mirada, el orden social ha marginado de manera histórica a las mujeres y, en el caso particular de esta experiencia con mujeres de la ciudad de Valparaíso, Chile, ha gestado historias de desigualdad e injusticia a lo largo de toda su vida. Sobre la base de las experiencias recogidas en esta intervención, la autora propone crear una práctica fonoaudiológica con enfoque feminista a partir de cuatro ideas: “La subjetividad sí importa”, “Nunca seremos neutrales”, “Lo personal es político” y “Debemos observar el poder y deconstruirlo”. De esta manera, el trabajo directo con mujeres de comunidades desplazadas cobra un alto valor de impacto cuando el apoyo fonoaudiológico se fundamenta en el cuestionamiento de prácticas establecidas en una sociedad patriarcal.

¹ Profesora de Inglés y Alemán por la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Doctora en Lingüística, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Departamento de Fonoaudiología, Universidad de Chile, Santiago, Chile

✉ carayac@uchile.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-8639-6584>

² Fonoaudióloga por la Universidad de Chile. Magíster en Ciencias Biológicas mención Neurociencias, Universidad de Chile. Departamento de Fonoaudiología, Universidad de Chile, Santiago, Chile

✉ lilitoledo@uchile.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-1076-9553>



Por su parte, una propuesta desde el enfoque de la humildad cultural para tratar a la comunidad de personas con experiencia trans y/o no binaria es lo que propone **Marcelo Saldías** en su texto. Según afirma el autor, esta comunidad ha sido históricamente vulnerada en sus derechos, debido a una constante patologización de sus experiencias sexo-genéricas, a propósito de las cuales se les ha estigmatizado como un grupo de personas mentalmente enfermas. La nueva mirada de modelo de acompañamiento en salud que propone Saldías viene a cuestionar la formación en fonoaudiología de características cis-heteronormada y fuertemente enmarcada dentro de un enfoque medicalizante tradicional. En el caso de la comunidad de personas con experiencia trans y/o no binaria, el concepto de “humildad cultural” en el tratamiento y apoyo disciplinar de las y los profesionales de la voz favorece un acompañamiento respetuoso en actividades de intervención vocal, con un foco afirmativo y despatologizante.

Así mismo, en Chile el trabajo de terapeutas del lenguaje y la audición con personas sordas o con discapacidad auditiva ha debido adaptarse en los últimos tiempos a las propias necesidades lingüísticas y culturales planteadas por las comunidades. Según **Mario Bustos**, esto ha representado un desafío en la manera de enfrentar los acompañamientos e intervenciones de las y los profesionales, quienes han debido integrar distintas perspectivas en el trabajo con personas sordas, especialmente con niños, niñas y adolescentes que pertenecen a dichas poblaciones y utilizan la lengua de señas. Desde la perspectiva que plantea el autor, la intervención ya no puede ser meramente clínica, sino que debe considerar, además, los aspectos socioculturales demandados por las y los usuarios. Todo lo anterior plantea desafíos que deberían ser considerados por la comunidad terapéutica que acompaña estas necesidades de salud.

Un ámbito poco conocido de la práctica fonoaudiológica es el trabajo profesional que se realiza con población con cáncer en la zona de cabeza y cuello. Al respecto, **María Yolanda Aybar, Javiera Fernández-Rosati y Pablo Vásquez** ofrecen en este capítulo un recorrido histórico acerca de la incorporación de la disciplina fonoaudiológica en el trabajo con este tipo de pacientes desde fines de los 70 en Chile. El enfoque que entrega la fonoaudiología en el abordaje de pacientes oncológicos en nuestro país comprende trastornos de voz, habla, deglución y, en algunos casos, el nivel cognitivo y audición en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, antes y después de ser sometidos a diversos tratamientos (quirúrgico, radioterapia y/o quimioterapia). Además de este aspecto central del rol de la y el fonoaudiólogo, destaca también la labor que es posible desarrollar



en la capacitación de acompañantes y familiares cercanos de los pacientes en tratamiento o que transitan hacia el final de la vida. De este modo, se destaca la función de la fonoaudiología oncológica y su actual desarrollo en el sistema de salud chileno.

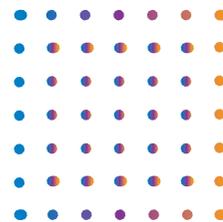
Otro de los aspectos relevantes que aborda la sección es la incorporación de la disciplina fonoaudiológica en el trabajo con pacientes grandes quemados. Aquí también se presenta un nuevo ámbito de inserción de fonoaudiólogas y fonoaudiólogos en nuestro país. **Axel Pavez**, a través de un relato vivencial, nos muestra cómo se han ido incorporando estos profesionales en la atención de pacientes grandes quemados en Chile, labor que se realiza desde hace solo 10 años y que ha contribuido desde entonces a su prevención, diagnóstico y rehabilitación de la comunicación, deglución y motricidad orofacial. Por último, los desafíos que se plantean en esta área tienen que ver con necesarias mejoras y actualizaciones de los programas de políticas públicas en salud relacionados con los grandes quemados, que permitan incorporar el quehacer fonoaudiológico.

Finalmente, el rol de la profesión fonoaudiológica en la reciente pandemia causada por el SARS-CoV-2 tuvo su mayor impacto en los equipos de rehabilitación de la unidad de pacientes críticos de distintos centros de salud. En el capítulo dedicado a este tema, **Belén Briceño, Soledad Márquez y Pedro Ormazábal** relatan su experiencia en el Hospital San Juan de Dios de Curicó, centrada en minimizar las consecuencias o secuelas de las intervenciones complejas realizadas dentro de la unidad. Según informan, la intubación, sedación y reposo prolongado se asocian con disfagia, la cual contribuye a la morbilidad y mortalidad de los pacientes con COVID-19. De esta manera, se describen en este capítulo las interacciones y colaboraciones profesionales más representativas para el abordaje y tratamiento de los pacientes de esta unidad en este contexto emergente y desafiante para la práctica fonoaudiológica.





ÉTICA FEMINISTA Y PRÁCTICA PROFESIONAL: UNA EXPERIENCIA CON PERSONAS MAYORES DE VALPARAÍSO¹



ALONDRA CASTILLO-DELGADO²

Resumen

Presentaré la sistematización de las decisiones metodológicas y prácticas que guiaron el *sentido ético feminista* de una intervención fonoaudiológica, que llevé a cabo con personas mayores de la ciudad de Valparaíso, Chile. Tras la discusión teórica propongo, mediante ejemplos concretos de las experiencias vividas en los talleres, que una práctica fonoaudiológica en clave feminista se puede construir a partir de cuatro ideas fundamentales: “La subjetividad sí importa”, “Nunca seremos neutrales”, “Lo personal es político” y “Debemos observar el poder y deconstruirlo”. Propongo reconocer esta propuesta como parte de mi experiencia personal, e invito a la comunidad profesional a cuestionar las múltiples inequidades que viven las personas y ser agentes de cambio para construir una sociedad más justa para todas y todos.

Palabras clave:
ética, feminismo,
fonoaudiología,
terapia, vejez.

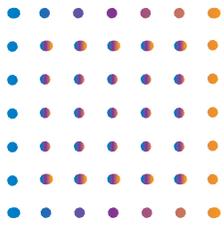
¹ Experiencia desarrollada en el marco de las prácticas profesionales de la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso (Casa Central), con el Centro Interdisciplinario para el Desarrollo del Adulto Mayor GERÓPOLIS, de la Universidad de Valparaíso.

² Doctora en Salud Pública por la Universidad de Chile, Magíster en Musicoterapia por la Universidad de Vic (España) y Fonoaudióloga por la Universidad de Chile. Académica adjunta en la Escuela de Fonoaudiología, Universidad de Valparaíso, Casa Central. Santiago, Chile.

✉ alondra.castillo@uv.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-1961-6895>





FEMINIST ETHICS AND PROFESSIONAL PRACTICE: AN EXPERIENCE WITH OLDER PEOPLE FROM VALPARAISO

Keywords:

ethics, feminism, old age, speech therapy, therapy.

Abstract

I will present a methodological review of a speech-language intervention with older people from Valparaíso, based on workshops using a feminist ethical approach. After the theoretical discussion, and showing concrete examples from the workshops, I will argue that four fundamental ideas can set a feminist speech therapy practice: “Subjectivity does matter”, “We will never be neutral”, “The personal it is political” and “We must observe power and deconstruct it”. Hence, the therapeutic role is crucial to developing this feminist approach. Therefore, I invite the professional community to be agents of change to build a fairer society for everyone, which implies being aware of the multiple inequities that people experience in everyday lives.



PRESENTACIÓN Y CONTEXTO

Pensar la práctica profesional desde una ética feminista tuvo un punto de partida. Vivimos en un contexto profundamente marcado por injusticias, herencia de sistemas de discriminación que sitúan a unas personas por sobre otras, donde se releva la clara existencia de roles de poder que legitiman un orden social y marcan experiencias diversas —y desiguales— entre las personas (Crenshaw, 2012). Este orden social desplazaría a los márgenes del sistema a aquellas que habitan las periferias, sentando así las bases de *cómo se produce y reproduce la vida* (Quiroga Díaz, 2019).

Diversos posicionamientos teóricos han abordado esta problemática de la exclusión, sin embargo, en estas líneas propongo un análisis desde una perspectiva feminista, es decir, observando cómo la experiencia de habitarse mujer ha podido gestar historias desiguales e injustas. En este caso particular, desde una vertiente crítica y contrahegemónica, dialogante con la realidad latinoamericana, planteo que la óptica de este análisis feminista recoja los fundamentos de la perspectiva interseccional, la cual permite explicar cómo los miembros heterogéneos de un grupo vivencian experiencias diferentes a partir de ese lugar social que ocupan (Atewologun, 2018). Dicho de otra manera, explicar cómo las mujeres mayores, desde sus historias de inequidades acumuladas —dadas por el género, la posición socioeconómica, el origen étnico y la condición de funcionalidad, entre otras categorías sociales— han podido vivenciar vejeces diversas e injustas, a partir de esos lugares que ocupan y cómo aquello debiese ser parte de nuestra reflexión profesional.

Compartiré en estas páginas la sistematización de mi experiencia laboral con personas mayores saludables de la ciudad de Valparaíso, Chile. Este ejercicio, encaminado *por fuera* de la práctica fonoaudiológica —talleres para potenciar la comunicación mediante el uso de recursos musicales— se instala desde un proceso autorreflexivo respecto del *sentido feminista* que permeó esa praxis. Sara Ahmed, en su libro *Vivir una vida feminista* señala que el feminismo “se trata de cómo vivir, sobre una manera de pensar cómo vivir” (Ahmed, 2021, p. 20), lo que me llevó a *pensar* en mi práctica y en mis relaciones humanas dentro de mi espacio laboral, en mi ética como terapeuta feminista, que es la vivencia que paso a presentar.



MARCO TEÓRICO

Desde la teoría de las prácticas sociales toda *práctica* implica una dimensión simbólica —dada por el sentido— que tiene relación con la representación o significado social que se le da a las acciones (Ariztía, 2017). El sentido daría cuenta de una dimensión ética que, para ser aprobada socialmente, debiera sostener una coherencia con el contexto donde se lleva a cabo (Ariztía, 2017; Reckwitz, 2002). La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene la idea de alcanzar equidad subsanando las desigualdades entre las personas y actuando directamente sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), reconociendo al género como uno de los determinantes estructurales dentro de este modelo (WHO, 2010). Desde esta óptica, el género construiría contextos sociales con una estratificación diferenciada para hombres y mujeres, que darían como resultado consecuencias diferenciadas para la salud entre ambos géneros (Cardona Arias, 2016). Atender al sentido, es decir, atender a la dimensión ética de la práctica profesional, no podría sostenerse al margen de esta perspectiva crítica, pues se perdería la coherencia de nuestro trabajo con el contexto social, político, económico y cultural que habitamos.

Antes de iniciar este camino de pensar una ética feminista, resulta importante esclarecer que no existe una única forma de comprender el pensamiento feminista y que este se ha construido a lo largo de la historia (Carosio, 2017), por lo tanto, no existirá una única forma de comprender la “forma de hacer las cosas” desde esta vertiente. Sin embargo, en este caso particular, recurriré a algunos fundamentos de la perspectiva feminista interseccional, por las resonancias que tiene con las múltiples experiencias de discriminación que viven —vivimos— las mujeres en Latinoamérica y a ciertos principios que, transversalmente, se pueden situar dentro de una ética feminista, los que serán abordados en el apartado de metodología, al comprenderse como los principios orientadores de esta sistematización.

El feminismo interseccional propone una forma de pensar y de nombrar las interconexiones e interdependencias que existen entre las categorías sociales y los sistemas que estructuran la vida, precarizando a unas personas por sobre otras (Atewologun, 2018). La interseccionalidad operaría, entonces, como un sistema complejo de estructuras de opresión, múltiples y simultáneas, y que interactúan dando origen a formas de discriminaciones diversas (Cubillos, 2015). Desde este lugar, la organización del poder —entre las categorías sociales— generaría



manifestaciones locales de discriminación, particulares a cada caso, que dependerán de las configuraciones históricas y sociales del contexto (Viveros, 2016), perspectiva que resulta interesante de pensar cuando se hace el ejercicio reflexivo de comprender, desde el feminismo, nuestra práctica profesional con personas que viven sus vejeces.

La vejez como construcción social (Kehl y Fernández, 2001; Parales y Dulcey Ruiz, 2002) se gesta como el producto final del proceso de envejecimiento, congregando y atribuyendo un conjunto de características comunes a un grupo de sujetos, quienes son identificados y descritos a partir de dicha categoría (González, 2010). El envejecimiento se asocia con cambios físicos, psicológicos y sociales que pueden generar diversos y complejos estados de salud, lo cual explicaría la gran diversidad de condiciones de vida que se pueden encontrar en la vejez (Alvarado y Salazar, 2014; OMS, 2015).

A partir de lo anterior, se releva la importancia de sostener esta sistematización desde una óptica interseccional, pues las vejeces son heterogéneas (OMS, 2015) y desde este enfoque planteo una forma de trazar un camino que instala en el centro del mapa, la complejidad de la vida misma en la vejez, sin perder de vista que existen —y han existido— marcos de opresión que históricamente han precarizado la vida de las mujeres y, en el caso particular de este taller, la vida de las mujeres mayores.

Pensar en “vivir una vida feminista” no implica solo adoptar una serie de ideales o normas de conducta para el buen vivir de todas las personas, sino que también considera hacernos preguntas éticas acerca de cómo vivir mejor en un mundo injusto y desigual, cómo podemos crear vínculos igualitarios con las demás personas, cómo encontrar las maneras de apoyar a quienes los sistemas sociales no contienen (Ahmed, 2021). En definitiva, implicará —e implicó— un cuestionamiento permanente de cómo podemos cambiar —para mejor— el mundo que habitamos.

METODOLOGÍA

La presente sistematización da cuenta de decisiones metodológicas y prácticas que guiaron el *sentido* de la intervención fonoaudiológica que llevé a cabo junto con estudiantes de la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso



(UV) con personas mayores. Los talleres, bajo modalidad online, estaban coordinados de manera conjunta con el equipo del Centro GERÓPOLIS. Se trabajó con grupos de 10 a 12 personas, integrados en su mayoría por mujeres. Los encuentros eran semanales, duraban 1 hora y 30 minutos y fueron grabados en formato audiovisual, con el consentimiento de las personas participantes y GERÓPOLIS, y con el acuerdo de no difusión de datos personales. El registro tenía por objetivo ser usado en contextos académicos para el desarrollo de la disciplina, material que fue utilizado para esta sistematización.

En este escrito no abordaré la práctica fonoaudiológica desde una perspectiva disciplinar, sino que más bien, considerando que la “forma de hacer las cosas” estuvo teñida de una ética feminista, pondré en discusión la forma en que se buscó *situar* esta teoría en la práctica, recogiendo las reflexiones de algunas teóricas que han marcado mi *vida feminista*, como principios fundantes de la relación terapéutica que allí se construyó.

Desde la bioética, se reconocen ciertos principios básicos de toda práctica sanitaria: la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia (Siurana, 2010). Sin embargo, la perspectiva crítico-feminista propone otras —nuevas y complementarias— formas, que resulta de interés analizar. Desde esta otra ética se abre la posibilidad de generar posicionamientos antiesencialistas y no universalistas, que reconocen diversidad en las experiencias de vida (Beiras et al., 2017) pero además instala el valor de la libertad y la necesidad de establecer los principios de honestidad y respeto mutuo, que aporten a la construcción de relaciones negociables e igualitarias que movilicen a quienes participan, a ser personas activas (Bell, 2014).

Desde esta perspectiva, se abren puentes de discusión ética, que presento desde cuatro ideas fundamentales: la subjetividad, la neutralidad, lo personal y lo político, y el ejercicio del poder.

RESULTADOS

Los resultados son un diálogo entre la teoría y la práctica, donde tejí puentes entre las reflexiones y el hacer. Desde este lugar, presento una propuesta de cómo situamos el feminismo en la terapia, sin pretender instalar un posicionamiento hegemónico, sino más bien, una “otra” forma de hacer las cosas: una práctica fonoaudiológica en clave feminista.



La subjetividad sí importa

La objetividad ha sido instalada como un principio central de positivismo (Bell, 2014), como si lo subjetivo no reuniera los atributos para construir saberes válidos. Donna Haraway, propuso abordar una objetividad feminista desde los conocimientos situados, experiencia mediante la cual se comprende que la verdad siempre será parcial e inseparable de la experiencia vivida por quién investiga (Bell, 2014; Haraway, 1988). A partir de lo anterior, me surgió la pregunta: ¿Cómo se instaló el valor de la subjetividad en el contexto de terapia? A continuación, presento algunos ejemplos:

- Como primera decisión adhiero a escribir este capítulo en primera persona, al referirme a mi propia experiencia y plural, al referirme a la experiencia colectiva de las personas participantes del taller y del equipo. Lo anterior me permite reconocer el valor de mi propia subjetividad como fuente de conocimiento, porque lo que somos, lo que pensamos y lo que hacemos está determinado por esa historia que nos constituye (Castillo-Delgado, 2021). Por lo tanto, no fue posible situarme desde una “objetividad” para dar cuenta de una experiencia que fue y es profundamente personal.
- Entender la subjetividad movilizó el recoger siempre, antes de cada sesión, cómo *llegaban* las personas al taller. Claramente no somos psicólogas ni pretendíamos resolver sus problemas, sino más bien queríamos comprender sus emociones para ver cómo ellas podrían marcar el curso de las actividades. En un momento crítico, donde las participantes señalaron sentirse abrumadas por un evento violento que ocurrió en Chile, atender a la subjetividad y a sus emociones permitió que se gestara un diálogo entre todas, que ciertamente nada tenía que ver con fonoaudiología. Sin embargo, comprendimos que sus —y nuestras— historias siempre tenían relación con nuestro trabajo y generamos un espacio para ello.

A partir de lo anterior, dejo la invitación abierta a permitir siempre un espacio para las *propias subjetividades*, pues ello aportará al saber común y a humanizar nuestra praxis.

Nunca seremos neutrales

Sandra Harding cuestionó la noción de neutralidad, señalando que todas las personas construimos una visión parcial de la realidad que es urgente que



reconozcamos, pues esos lugares —desde donde miramos el mundo— siempre influenciarán el conocimiento (en este caso la práctica) que producimos (Harding 1987, citado en Martínez et al., 2014). A partir de lo anterior, me surgió la pregunta: ¿Cómo abordamos la neutralidad en el contexto de terapia? A continuación, se presentan algunos ejemplos:

- Comprendiendo la subjetividad constatamos que era imposible ser neutral. Por lo tanto, la práctica se instaló desde esa premisa, sobre todo dentro del equipo, observando las diferencias, sin pretender negarlas. Señala Audre Lorde que “no son nuestras diferencias las que nos dividen. Es nuestra incapacidad para reconocer, aceptar y celebrar esas diferencias” (Lorde, 1986 citado en Porter, 2016). Por lo tanto, en la construcción colectiva del proceso terapéutico, junto con las estudiantes, se buscó *estar expresadas* respecto de nuestras diferencias (metodológicas, prácticas e incluso personales), pues desde el ejercicio del diálogo veíamos un potencial de crecimiento mutuo.
- La neutralidad tampoco estuvo presente entre las personas participantes. Recogimos sus subjetividades, expresaron sus emociones, presentaron sus puntos de vista y, como era de esperar, emergieron sus diferencias. En ese sentido, se procuró reconocer el valor del propio lugar y de la propia historia, sin negar las distancias que se generaban en las formas de ser-hacer-saber, rescatando que, desde esas diversidades, solo se aportaban infinitas posibilidades.

En definitiva, buscamos siempre generar los espacios de diálogo respetuoso, incluso si nos sentíamos interpeladas e interpelados, pues abrazamos la idea que “la no-neutralidad es ética”.

Lo personal es político

Desde la década de 1970 las feministas señalaron que “lo personal es político”, es decir, que la esfera de lo personal —lo íntimo, lo cotidiano— está condicionada políticamente y sujeta a las relaciones de poder que estructuran la vida misma, por lo tanto, lo individual es inseparable de lo social y no es posible sentar una división entre lo público y lo privado-personal (Amorós y de Miguel, 2008; Carosio, 2017). Los sistemas de creencias dados por el orden social patriarcal han atribuido a mujeres y hombres un lugar en el mundo y un modo de producir la vida que es diferente, instalando sobre ellas la responsabilidad histórica de



las labores domésticas y de cuidados; y en ellos la posibilidad de ejercer una autoridad en casi todos los ámbitos de la vida social (Carosio, 2017; Federici, 2018). A partir de lo anterior, me surgió la pregunta: ¿Cómo se expresó en la terapia lo personal en lo público? y ¿qué hicimos al respecto?

La gran mayoría de las participantes eran mujeres; muchas de ellas vivían de forma autónoma en sus propias viviendas, sin embargo, otras compartían sus casas con hijas/os y/o nietas/os, siendo demandadas —desde este lugar— a cumplir con roles de cuidado a permanencia, incluso a veces en el transcurso de las sesiones. Como equipo terapéutico estábamos atentas a estas prácticas, por lo tanto, procuramos apoyarlas en la agencia de sus propios tiempos para la conexión online a las actividades y para la realización de sus actividades terapéuticas en su casa, así como también tener la flexibilidad de permitirles ausentarse o conectarse desde diversos lugares (consultorios, hospitales, municipios, etc.) mientras ejercían esos roles de cuidado. Incluso fue necesario intervenir —en algunos casos— de forma personal, cuando desde los espacios familiares no respetaron el tiempo que ellas destinaban a los talleres.

Una ética feminista en lo laboral debe hacerse cargo de esta temática, que claramente no es una tarea fácil, pues los cambios requieren transformaciones profundas en la sociedad. Sin embargo, como profesionales de la salud, tenemos una oportunidad para abrir nuevas formas de comprender el cuidado y entender que desde ese lugar se ha gestado la vida de casi todas las mujeres que acompañamos, incluidas las consultantes, hermanas, madres, hijas, abuelas, vecinas, entre otras.

Debemos observar el poder y deconstruirlo

Vivimos en una sociedad que instala privilegios y opresiones entre las personas de forma estructural y el feminismo interseccional fue un punto de partida para comprender esta complejidad, pues habitamos diversos espacios de exclusión que generan discriminaciones imbricadas o intersectadas que son urgentes de atender (Ahmed, 2021; Viveros, 2016). A partir de lo anterior, resulta de vital importancia no solo observar, desenmascarar y hacer visibles esas relaciones de poder que son desiguales, sino que —desde una ética feminista— debemos accionar para desmantelarlas (Ahmed, 2021; Carosio, 2017). A partir de lo anterior, me surgió la pregunta: ¿Qué hicimos para deconstruir los roles de poder dentro del espacio terapéutico? A continuación, algunos ejemplos:



- En los talleres trabajamos en espacios mixtos donde era evidente una supremacía de los hombres por sobre las mujeres, la cual se expresaba en que los ellos solían tomar más turnos de habla, interrumpir a sus compañeras, realizar comentarios sexistas y/o hablar con la convicción de estar siempre en lo correcto. Por su parte, las mujeres cedían sus espacios de habla sin cuestionarlos, no contradecían los comentarios de sus compañeros y reforzaban posicionamientos sexistas. Durante las sesiones fue necesario atender este ejercicio de poder, sosteniendo una permanente vigilancia y accionando para generar contextos de trabajo igualitarios.
- El poder también se expresó entre las mujeres. La interseccionalidad nos permitió comprender cómo ciertas categorías identitarias —clase social, nivel del estudios, entre otras— puede generar nuevas opresiones incluso entre sujetos que comparten categorías (Cubillos, 2015). En los talleres participaron mujeres diversas y algunas con historias de privilegios muy marcadas, lo que generó ejercicios de poder similares a los descritos en espacios mixtos, pero expresados de forma más sutil. En estos casos, continuamos en la permanente vigilancia y acción, pero además sostuvimos conversaciones dentro del equipo para problematizar este aspecto no pesquisado por las estudiantes.
- El poder también se podría haber expresado dentro del equipo pues, considerando los mismos fundamentos de la teoría feminista interseccional, era esperable que yo —en mi rol de profesora— pudiese sostener una supremacía sobre las estudiantes en práctica. Este poder se podría haber expresado en la toma de decisiones unidireccionales, en el rol dentro de las sesiones y en la valoración de mis comentarios, a partir de mi experiencia, entre otros. Sin embargo, *vivir una vida feminista*, como señala Sara Ahmed, propone crear vínculos más igualitarios con las personas (Ahmed, 2021) y, desde este lugar, me propuse trabajar. Procuré instalar una ética feminista desde el trabajo horizontal, nombrándonos desde nuestros nombres de pila y no desde nuestras posiciones, escuchando, respetando sus posicionamientos, aceptando sus subjetividades, validando sus roles directivos dentro de las sesiones e incluso, cuando debía retroalimentar y facilitar un proceso de aprendizaje a partir de sus errores u omisiones, dialogar desde el respeto y reconociendo sus propias historias y experiencias construidas.



Para observar el poder y deconstruirlo debemos partir por cuestionar los propios privilegios sociales, lo que no es un ejercicio fácil, pues muchos de ellos están profundamente naturalizados en los espacios académicos y terapéuticos, por lo tanto, lo considero fundamental, pues solo desde ese punto veo posible gestar un cambio.

CONCLUSIONES

Haber sido convocada a participar en la escritura de este capítulo movilizó mis reflexiones más profundas, históricamente construidas desde mi experiencia habitándome mujer, pero también desde mi *actuancia*³ política recorrida desde hace más de 15 años, lugar desde donde me he sentido movilizada a pensar un “otro” mundo posible y más justo. Lo presentado acá no es más que una propuesta —mi propuesta— de cómo hacer una *práctica fonoaudiológica en clave feminista*, que no se instala con la intención de ser “la” forma de hacer las cosas, sino que más bien recoge mi propio camino y mi propia subjetividad como terapeuta. Este recorrido me permite reforzar algunas *ideas fuerza*, que me parecen interesantes de retomar, para no olvidar.

En primer lugar, las sociedades modernas están en permanente cambio, contexto que nos debiera movilizar —como profesionales de la salud y de la educación— a cambiar las propias estructuras cuando ellas no adhieren a estos nuevos contextos sociales. Atender a las diferencias y a cómo estas generan escenarios de exclusión también forma parte del problema y no debiese quedar excluido del *espacio terapéutico*, como si la terapia se llevara a cabo *por fuera* de la vida de las personas. Señala Alba Carosio que solo una transformación radicalmente emancipatoria podría gestar espacios de igualdad para las mujeres (Carosio, 2017), por lo tanto, está en nuestras manos aportar a esas transformaciones.

Por otra parte, en estos tiempos también resulta importante comprender que solo la dimensión del género, como base de las injusticias, es insuficiente para comprender la complejidad de los sistemas de opresión. Las condiciones de pobreza, las inequidades de la vida urbana versus la vida rural, los procesos migratorios masivos de estos últimos años, las diversas capacidades de quienes acompañamos, la existencia de un sistema de salud público que no garantiza los cuidados de todas las personas, la ausencia de un sistema de protección social

³ El término lo incorporo a mi lenguaje leyendo a Margarita Pisano, teórica lesbiana y feminista chilena.



que asegure un envejecimiento digno y, tantos otros fenómenos que precarizan la vida de unas personas por sobre otras, permiten abrazar una idea firme y clara de que la vida es compleja y que esa complejidad debe ser atendida en los procesos terapéuticos.

En este mismo sentido, hacer nuestra praxis en clave feminista debiera instalarse desde ciertos principios fundamentales donde reconocemos que la subjetividad sí importa, que jamás seremos neutrales, que lo personal es político y que el poder se debe *leer* y deconstruir.

Finalmente, el cuestionamiento de vivir una vida feminista se traduce en una pregunta viva y en una cuestión vital, pues es hacer de todo lo que existe y conocemos algo cuestionable, pero además implica llevar la teoría a la casa, es decir, a todos los espacios donde se gesta la vida social (Ahmed, 2021). Con esta reflexión quisiera quedarme y dejarles, pues no veo posible pensar en una praxis fonaudiológica exenta de estas reflexiones y posicionamientos críticos, pues sin lugar a duda, el contexto y la historia siempre marcará —para bien o para mal— la vida que se habita.

REFERENCIAS

- Ahmed, S. (2021). *Vivir una vida feminista*. Caja Negra.
- Alvarado, M. y Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *GEROKOMOS*, 25(6), 57-62. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Amorós, C. y De Miguel, A. (2008). *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización*. Minerva.
- Ariztía, T. (2017). La teoría de las prácticas sociales: particularidades, posibilidades y límites. *Cinta de Moebio*, 59, 221-234. <http://doi.org/10.4067/S0717-554X2017000200221>
- Atewologun, D. (2018). Intersectionality as theory and practice. *Oxford Research Encyclopedia of Business and Management*, 1(20), 127-132. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190224851.013.48>



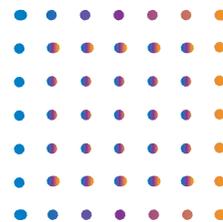
- Beiras, A., Cantera, L., y Casasanta, A. (2017). La construcción de una metodología feminista cualitativa de enfoque narrativo-crítico. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 16(2), 54-65. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol16-issue2-fulltext-1012>
- Bell, L. (2014). Ethics and feminist research. En S. Hesse-Biber (Ed.), *Feminist research practice*. Sage.
- Cardona Arias, J. A. (2016). Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la Salud Pública, la Epidemiología y la Clínica. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 16(1), 183-192. <https://doi.org/10.30554/archmed.16.1.1090.2016>
- Carosio, A. (2017). Perspectivas feministas para ampliar horizontes del pensamiento crítico latinoamericano. En M. Sagot (Ed.), *Feminismos, pensamiento crítico y propuestas alternativas en América Latina* (pp. 17-42). Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CLACSO.
- Castillo-Delgado, A. (2021). *Mujeres saludables que viven sus vejez en zonas urbanas de la ciudad de Santiago de Chile y sus prácticas para el propio cuidado en salud: cursos de vida e interseccionalidades* [Tesis de doctorado no publicada]. Universidad de Chile.
- Crenshaw, K. (2012). Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color. En R. L. Platero (Ed.), *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada* (pp. 87-122). Bellaterra.
- Cubillos, J. (2015). La importancia de la interseccionalidad para la investigación feminista. *OXÍMORA. Revista Internacional de Ética y Política*, 7, 119-137. <https://revistes.ub.edu/index.php/oximora/article/view/14502>
- Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario: críticas feministas al marxismo*. Traficantes de Sueños.
- González, J. (2010). Teorías de envejecimiento. *Tribuna Del Investigador*, 1-2(11), 25. <https://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/art-13/>
- Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599. <https://doi.org/10.2307/3178066>



- Kehl, S. y Fernández, J. (2001). La construcción social de la vejez. *Cuadernos de Trabajo Social*, (14), 125-161. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0101110125A>
- Martínez, L. M., Biglia, B., Luxán, M., Bessa, C. F., Carballo, J. A., y Martí, J. B. (2014). Experiencias de investigación feminista: propuestas y reflexiones metodológicas. *Athenea Digital*, 14(4), 3-16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53732940001>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). Informe mundial sobre: el envejecimiento y la salud. OMS.
- Parales, C. J. y Dulcey Ruiz, E. (2002). La construcción social del envejecimiento y de la vejez: un análisis discursivo en prensa escrita. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 107-121. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534209.pdf>
- Porter, L. (2016). Essay: Dear Sister Outsider. Poetry Foundation. <https://www.poetryfoundation.org/articles/89445/dear-sister-outsider>
- Quiroga Díaz, N. (2019). Repensando las economías sociales, solidarias y populares en clave de un feminismo emancipatorio. En N. Quiroga Díaz y P. Dobrée (Eds.), *Luchas y alternativas para una economía feminista emancipatoria* (pp. 152-168). Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CLACSO.
- Reckwitz, A. (2002). Toward a theory of social practices, a development in culturalist theorizing. *European Journal of Social Theory*, 5(2), 243-263. <https://doi.org/10.1177/13684310222225432>
- Siurana, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, (22), 121-157. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006>
- Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Acta de Investigación Psicológica*, (52), 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- World Health Organization [WHO]. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health*. WHO. https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf



ACOMPañAMIENTO VOCAL AFIRMATIVO Y NO PATOLOGIZANTE PARA PERSONAS TRANS Y/O NO BINARIAS



MARCELO SALDÍAS O'HRENS¹

Resumen

La comunidad de personas trans y/o no binarias (T/NB) ha sido históricamente vulnerada en sus derechos, en diversos ámbitos y a lo largo de su curso de vida, por ser concebida como un grupo de personas mentalmente enfermas. Por otro lado, quienes trabajamos en el área de la salud, hemos recibido una formación tradicionalmente cis-heteronormada y bajo un enfoque fuertemente medicalizante y culturalmente competente, lo que ha favorecido la mantención de la patologización de las experiencias sexo-genéricas y, especialmente, de la comunidad de T/NB. Ante esto, se hace necesario y urgente contar con una formación profesional que permita trabajar desde modelos de acompañamiento en salud afirmativos y despatologizantes. Una de las miradas que ha intentado aportar en este camino es la de la humildad cultural. El presente capítulo presenta reflexiones en torno a la temática a partir de experiencias vividas en dos encuentros académicos, en formato webinar. Al finalizar, se proponen algunas ideas de cómo favorecer ambientes de acompañamiento vocal afirmativos y despatologizantes.

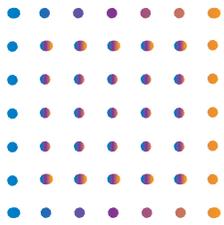
Palabras clave:
acompañamiento
vocal, competencia
cultural, humildad
cultural, LGBTQIA+,
personas trans,
personas no binarias.

¹ Doctor© en Vocología, Tampere University, Finlandia. Fonoaudiólogo por la Universidad de Chile. Académico del Departamento de Fonoaudiología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

✉ msaldiaso@uchile.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-8883-3052>





AFFIRMATIVE AND NON-PATHOLOGIZING VOICE CARE FOR TRANS AND/OR NONBINARY PEOPLE

Keywords:

cultural competence,
cultural humility,
LGBTQIA+, non
binary people, trans
people, voice care.

Abstract

Since trans and nonbinary people are conceived as mentally ill, their fundamental rights have historically been violated in different areas and across their life course. On the other hand, those who work in the health care field, have received traditionally a cis-hetero-normed education, under a strong medicalizing and culturally competent approach, which has led to maintaining the pathologization on sex and gender experiences, especially in the trans and nonbinary community. In this context, it is urgent to count on professional education that allows working from affirmative and non-pathologizing health care models. One perspective that has contributed to this road is cultural humility. This chapter presents reflections on this topic based on the experiences lived in two academic meetings that used a webinar format. In the end, some ideas will be proposed on how to promote affirmative and non-pathologizing voice care environments.



PRESENTACIÓN Y CONTEXTO

Durante la última década en Chile se han materializado diversas acciones legislativas que han buscado detener las vulneraciones hacia personas de la comunidad LGBTQIA+ (compuesta por personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, queer, intersexuales, asexuales y otras orientaciones sexuales e identidades de género) y, por lo tanto, reafirmar sus derechos fundamentales en diversos ámbitos y etapas de su curso de vida (ver Anexo). Parte de los avances en esta materia se han concretado en el ámbito del cuidado en salud para personas trans y/o no binarias (en adelante _pT/NB), donde el énfasis ha estado en disminuir las barreras en el acceso a una atención en salud digna y de calidad. Particularmente, existen diversas circulares y recomendaciones emanadas desde el Ministerio de Salud (MINSAL) y del Colegio Médico de Chile (COLMED) que se centran en el cumplimiento del buen trato, la incorporación de prácticas inclusivas, capacitación de los equipos de salud e inclusión de temáticas de salud relevantes para dicha población (ver Anexo). Estos esfuerzos concuerdan con las recomendaciones de organismos internacionales que, además, relevan la necesidad de acabar con prácticas patologizantes en el ámbito de la salud (Pan American Health Organization [PAOH], John Snow Inc. y World Professional Association for Transgender Health [WPATH], 2014; WPATH, 2012).

Lamentablemente, en nuestro país la formación de profesionales de la salud carece de cursos específicos en torno a las temáticas vinculadas a _pT/NB, lo que constituye una barrera para que las normativas y recomendaciones en salud se respeten y, por lo tanto, se ha visto limitada la calidad y la dignidad de las atenciones (COLMED, 2021).

En el caso de la fonoaudiología, esta ha sido vinculada al acompañamiento vocal de _pT/NB desde hace ya casi 50 años (Bralley et al., 1978). No obstante, en Chile siguen siendo escasos los espacios de atención en salud que cuentan con profesionales especializados en este tipo de acompañamiento (Organizando Trans-Diversidades [OTD], 2022). Además, considerando que tanto el MINSAL (2010) como el COLMED (2018) han recomendado la participación de nuestra disciplina dentro del cuidado en salud de _pT/NB, se releva aún más la necesidad de contar con una formación profesional que permita proveer un acompañamiento vocal desde un enfoque afirmativo despatologizante y que esté en concordancia con los esfuerzos nacionales e internacionales previamente descritos. En relación con lo anterior, en el último año en Chile se llevaron a cabo diferentes actividades



con la intención de aportar al desarrollo disciplinar en el campo de la expresión vocal en p T/NB, en las que participó la Universidad de Chile. En el presente capítulo se discute en torno a dos de esas experiencias y se reflexiona acerca de aquellos aspectos esenciales a considerar al momento de avanzar hacia un modelo de acompañamiento vocal afirmativo y despatologizante para p T/NB.

MARCO TEÓRICO

Personas trans y/o no binarias

El término *trans* —o su predecesor, *transgénero*— corresponde a un adjetivo genérico o término “paraguas” utilizado para describir a un grupo diverso de personas, cuya identidad, experiencia y/o expresión de género es diferente de la de su sexo asignado al nacer (COLMED, 2021; McCann et al., 2021; PAOH et al., 2014; WPATH, 2012). Sin embargo, con el tiempo se ha ido reconociendo también a aquellas personas cuya experiencia no se sitúa dentro de los constructos binarios del género —mujer u hombre; femenina o masculino—, trascendiendo dichos estereotipos socioculturalmente establecidos y validando experiencias que varían dentro de un espectro (American Psychological Association [APA], 2015; Singh y Dickey, 2017). Así, nace otro término “paraguas” conocido como *no binarie* —que otras personas denominan *género no conforme* o *personas género diversas*— para describir a personas cuya identidad, experiencia o expresión considera ciertos aspectos de alguno o ambos extremos de la dicotomía binaria, fluye a lo largo del espectro del género, o bien, no considera ningún género en particular (COLMED, 2021; Singh y Dickey, 2017). Cabe destacar que las categorías descritas no son estáticas ni rígidas, por lo que una persona trans puede, por ejemplo, vivir una experiencia de género no binaria y aún así autodefinirse como una mujer trans.

Respecto de estas terminologías, es importante mencionar que dentro de la comunidad de p T/NB estas van evolucionando y cambiando con el tiempo, en función de las experiencias personales y del contexto sociocultural de cada país (COLMED, 2021; PAOH et al., 2014; Singh y Dickey, 2017). El capítulo considerará el uso de la terminología *personas trans y/o no binarias*, ya que permite hacer referencia a las experiencias de las personas en torno al género. En este sentido, las personas no son la terminología, como tampoco la terminología determina



a una persona (COLMED, 2021; PAOH et al., 2014; Singh y Dickey, 2017). Lo anterior se puede ver representado en el uso de las palabras *personas trans* versus los *transgéneros* o *personas no binarias* versus los *no binarios*.

La medicalización y patologización de la comunidad trans y/o no binaria

El concepto de medicalización se entiende como aquel proceso en el que diversos fenómenos se traducen a términos biomédicos y, por lo tanto, se definen, caracterizan y comprenden desde dicha perspectiva. Dentro de estos fenómenos se pueden incluir las experiencias y construcciones sociales que no están relacionadas directamente con la salud, como es el caso de la experiencia sexo-genérica (COLMED, 2021; Eckhert, 2016). La medicalización, al utilizar el lenguaje de la biología para describir las experiencias de las personas, ha permitido que “lo natural” interactúe con “lo moral” y, por lo tanto, ha influido fuertemente en cómo la sociedad percibe qué conductas son normales y cuáles no, eliminando el contexto histórico y biográfico de dichas experiencias, y generando un desapego afectivo de las personas —y especialmente de profesionales de la salud— respecto del fenómeno en cuestión (Eckhert, 2016). En este sentido, la medicalización hacia la diversidad sexo-genérica, caracterizada por una visión históricamente hegemónica y cis-heteronormada, ha creado realidades en torno a la experiencia de género trans y/o no binaria que han promovido su patologización por ser concebida como una enfermedad mental y como una conducta antinatural o moralmente reprochable (COLMED, 2021; Eckhert, 2016; PAOH et al., 2014; Winter et al., 2009).

Desde esta perspectiva, las clasificaciones diagnósticas internacionales, como el CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), en sus diferentes versiones, han incorporado las personas trans y/o no binarias bajo el concepto de desviaciones o aberraciones sexuales asociadas a trastornos mentales, e históricamente bajo el rótulo de transexualismo. Lo anterior se ha mantenido hasta las versiones DSM-IV —vigente desde el año 1994 hasta el 2013— y CIE-10 —vigente desde el año 1992 hasta el 2018—, perpetuando en el tiempo las barreras legales, sanitarias y sociales que continúan limitado la libertad y dignidad de p T/NB (Castro-Peraza et al., 2019; Fernández-Rodríguez y García-Vega, 2012; Kara, 2017; PAOH et al., 2014). Gracias a los diferentes movimientos sociales a nivel internacional, se ha hecho cada vez más presente la necesidad de



² En este sentido, se hace necesario transparentar los sesgos personales: Soy un hombre cis, gay, en situación de privilegio, pues mi piel es clara, vivo en una comuna acomodada, tengo estudios universitarios de pregrado y de doctorado, soy investigador y estoy formado en vocología, con énfasis en entrenamiento vocal funcional y acompañamiento vocal para personas trans. Actualmente trabajo como académico del Departamento de Fonoaudiología de la Universidad de Chile y como fonoaudiólogo y profesor de canto. En este sentido, todas las reflexiones vertidas en el presente capítulo serán realizadas desde mi experiencia teórica en relación con la temática, pues nunca he vivido la experiencia trans y siempre me he desempeñado desde una posición de poder.

llevar a cabo un proceso de despatologización democrático, en el que la revisión de los manuales y clasificaciones diagnósticas sea realizada de la mano de las comunidades que viven la patologización. Un primer intento ha sido llevado a cabo con el DSM-V, publicado en 2013, que separa la *disforia de género* del grupo de *trastornos de identidad sexual*, lo cual ha seguido siendo cuestionado, pues mantiene la tradición patologizante. Posteriormente, el CIE-11, publicado en 2018, saca a las personas trans y/o no binarias del capítulo de salud mental y cambia el término *transexualismo y desorden de identidad de género en la niñez* por el de *incongruencia de género*, ya sea en la niñez, la adolescencia, o bien, en la adultez. Lamentablemente, lo anterior no ha sido suficiente y ha tenido poco impacto en las prácticas de atención en salud para _pT/NB, lo que hace necesario contar con una formación profesional especializada para la atención en salud dirigida a esta población (Castro-Peraza et al., 2019; COLMED, 2021).

METODOLOGÍA

El presente capítulo tiene como propósito contribuir a la reflexión en torno a nuestras prácticas disciplinares y cómo estas dialogan con las propuestas actuales de atención en salud para _pT/NB desde un enfoque afirmativo y no patologizante. Para esto, se analizan las experiencias vividas en torno a dos actividades en las que participó el Departamento de Fonoaudiología de la Universidad de Chile durante el año 2021 (Tabla 1). Dichas instancias corresponden a actividades online, en modalidad webinar, en las que se abordaron temáticas relacionadas con el acompañamiento vocal para _pT/NB. Es importante mencionar que las experiencias serán analizadas desde el punto de vista del autor como expositor invitado y/o como moderador invitado a las actividades².

Retomando lo que revisa el trabajo, este intentará dar respuesta a las siguientes interrogantes:

- ➔ ¿Cuáles fueron las expectativas en relación con las actividades de parte de las y los organizadores?
- ➔ ¿Qué términos utilizó el grupo de conferencistas y el grupo de asistentes a las actividades al referirse a las temáticas relacionadas con el acompañamiento vocal para _pT/NB?



Para dar respuesta a estas interrogantes, se revisó el material disponible relacionado con cada actividad (Tabla 1). Dichos datos correspondieron a diversas fuentes de información como correos electrónicos, grabaciones y notas personales.

El análisis de la información se realizó en función de cada temática o interrogante planteada anteriormente y considerando que cada actividad tuvo un propósito diferente.

Cabe destacar que se hace referencia a cada comentario o experiencia de forma general, sin revelar las identidades de las y los conferencistas, ni de quienes asistieron como público a las actividades.

Tabla 1

Características de las actividades en torno a la voz y ^pT/NB realizadas durante 2021, con participación del Departamento de Fonoaudiología de la Universidad de Chile

Actividad	Fecha	Equipo organizador	Propósito de la actividad	Rol del autor	Material disponible
“TRANSformo mi voz: abordaje vocal en las personas transgénero. De la evidencia a la práctica”.	17/5/2021	Sociedad Chilena de Fonoaudiología (SOCHIFO). Patrocinio del Departamento de Fonoaudiología de la Universidad de Chile.	En el marco del Día mundial contra la homofobia, transfobia y bifobia, el propósito de la actividad fue difundir y reflexionar en torno a la evidencia del abordaje vocal médico, vocal fonoaudiológico y la voz como elemento de identidad en las personas transgénero.	Moderador invitado.	Correos electrónicos con el equipo organizador. Notas personales tomadas durante la actividad. Grabación del evento.
“Por la visibilización. Voz en la comunidad LGBT+”.	30/6/2021	Centro de Estudiantes de Fonoaudiología de la Universidad de Chile (CEFONO). Departamento de Fonoaudiología de la Universidad de Chile.	En el marco del Mes del orgullo, el propósito de la actividad fue difundir información acerca de la labor fonoaudiológica en la voz de las personas trans.	Moderador y expositor invitado.	Correos electrónicos con el equipo organizador. Notas personales tomadas durante la actividad.

Fuente: Elaboración propia.



RESULTADOS

A continuación, se describirán brevemente ambas actividades en términos de cómo se desarrollaron, presentando los resultados de lo observado en cada instancia en relación con las interrogantes previamente planteadas.

TRANSformo mi voz: Abordaje vocal en las personas transgénero. De la evidencia a la práctica

En esta actividad, organizada por la SOCHIFO, participaron alrededor de 150 personas. El evento, de carácter gratuito, fue llevado a cabo a través de la plataforma Zoom y también transmitido por el canal de Facebook de la SOCHIFO. En esta instancia se presentaron, en formato webinar, tres temas:

- La voz como elemento de identidad en las personas transgénero.
- La voz en pacientes trans: visión del laringólogo.
- Abordaje vocal en las personas transgénero.

Luego, se finalizó la actividad con una mesa redonda, donde se plantearon diversos temas afines. Cabe destacar que el grupo de conferencistas estaba compuesto exclusivamente por personas cisgénero, con alto nivel de competencia en sus áreas de desarrollo, quienes abordaron las temáticas desde la perspectiva médica y fonoaudiológica, principalmente. Durante su intervención solo una de las expositoras explicitó sus sesgos personales en torno al género y a su posición de privilegio ante la temática. Además, esta misma conferencista fue la única que profundizó en el contexto sociocultural y legal de la comunidad de _pT/NB.

Por la visibilización. Voz en la comunidad LGBT+

En esta actividad, organizada por el CEFONO —con la colaboración del Departamento de Fonoaudiología de la Universidad de Chile— participaron alrededor de 100 personas. El evento, de carácter gratuito, fue llevado a cabo a través de la plataforma Zoom. Esta actividad se compuso de dos momentos: en el primero, se realizó un breve conversatorio sobre la base de testimonios de personas de la comunidad LGBTQIA+ en torno a sus experiencias vocales. En esta instancia participaron estudiantes representantes del CEFONO, público en general y el autor en el rol de moderador. En un segundo momento, se realizó la



charla disciplinar: “Acompañamiento vocal fonoaudiológico para personas con necesidades vocales diversas”, que estuvo a cargo del autor en calidad de expositor invitado. En esta instancia, algunas personas que participaron de la organización del evento eran parte de la comunidad LGBTQIA+, sin embargo, no hubo representantes de la comunidad trans y/o no binaria. Durante el desarrollo de la actividad, el equipo a cargo explicitó parte de sus sesgos personales en torno al género y a su posición de privilegio ante la temática.

¿Cuáles fueron las expectativas en relación con las actividades de parte de las y los organizadores?

En ambos casos, se invitó al autor a participar como expositor y/o moderador. En las dos instancias la propuesta estuvo fundamentada en lo disciplinar, ya sea desde la perspectiva de la investigación como también desde el ejercicio profesional propiamente tal. Así, las expectativas de quienes organizaron las actividades tenían directa relación con generar un espacio donde se pudiera difundir el conocimiento o el “saber hacer” como, por ejemplo: ¿qué se sabe hoy de las voces de _pT/NB?, ¿qué ejercicios se deben realizar?, ¿cómo evaluar?, ¿cómo modificar las voces?, ¿qué resultados hay con las diferentes intervenciones?, etc. A partir de esto, en ambos casos, se les propuso a los equipos organizadores intencionar espacios de reflexión relacionados con cómo llevar a cabo procesos afirmativos y menos patologizantes. En este sentido, se propuso reflexionar respecto de los conceptos de terapia versus acompañamiento vocal, el uso de etiquetas diagnósticas, la mantención de estereotipos de género en el discurso y en la práctica, el uso adecuado de pronombres, etc. En ambas instancias, la propuesta fue bien recibida.

¿Qué términos utilizaron las y los conferencistas y el grupo de asistentes a las actividades al referirse a las temáticas relacionadas con el acompañamiento vocal para _pT/NB?

En la primera actividad, la propuesta inicial de título incorporaba el término *personas transexuales*. Antes de su difusión en redes sociales, se hizo la sugerencia de no utilizar este término y cambiarlo por el de *personas trans* o *personas transgénero*, lo cual fue bien recibido. Una vez difundida la actividad por redes sociales se sugirió, además, eliminar el uso de la frase “TRANSformo mi voz”, debido al contenido y mirada patologizante de la misma, sin embargo, dicho



cambio no pudo concretarse debido a que el evento ya había sido publicado. En esta misma actividad, el grupo de conferencistas tendió a utilizar términos como: transformación, transexuales, de hombre a mujer, de mujer a hombre, sexo biológico, feminización de la voz, masculinización de la voz, pacientes, cambio de voz, modificación de la voz, y terapia vocal, entre otros. En la segunda actividad, participando como expositor, el autor notó la utilización de conceptos medicalizantes como “sistema de producción normal” y “sistema de producción vocal alterado”. Cabe destacar que en ambas instancias estos términos fueron utilizados sin malas intenciones y de manera inconsciente. Algo similar sucedió con parte del público en ambas actividades, donde lo más frecuente fue referirse a p T/NB como *pacientes trans*, a procesos de *terapia vocal e intervenciones para la feminización de la voz*, para *modificar la voz*, o para *cambiar la voz*. Ocasionalmente se utilizaron los términos *entrenamiento vocal*, *entrenadas*, *entrenados* y *entrenades*. En muy pocos momentos se utilizó el término de *acompañamiento vocal*. En todos los casos, durante las diferentes interacciones, el grupo de conferencistas y el público estuvo de acuerdo en que es necesario trabajar por la despatologización de la comunidad de p T/NB desde nuestra disciplina. No obstante, a pesar de que al inicio de cada actividad se sugirió compartir los pronombres de cada participante en la etiqueta de Zoom, pocas personas lo hicieron.

Por otro lado, fue frecuente que tanto conferencistas como participantes utilizaran un lenguaje poco inclusivo, con sesgo de género como, por ejemplo: “el fonoaudiólogo”, “los fonoaudiólogos”, “los profesionales”, etc., sobre todo al inicio de las actividades. A lo largo de cada una de ellas, las personas que intervenían se hicieron más conscientes de utilizar un lenguaje más inclusivo y menos sexista.

¿Cómo se puede interpretar lo sucedido?

Si analizamos en detalle, podemos observar que nuestra disciplina tiende a un interés basado en lo culturalmente competente, es decir, en el anhelo de ser un grupo de profesionales con experiencia en determinados fenómenos, los que estudiamos o con los que trabajamos, logrando una supuesta comprensión de los atributos culturales de un grupo de personas en particular (Lucas-Breda et al., 2020). Desde esta perspectiva, las personas se convierten en un objeto de estudio y el grupo de profesionales se transforma en un colectivo de poder y privilegio, que monopoliza el saber respecto de experiencias que ni siquiera han vivido (Greene-Moton y Minkler, 2020). Lo anterior se refleja claramente en las expectativas de



quienes organizaron ambas actividades, así como también en el contenido de las charlas otorgadas y en los términos utilizados tanto por conferencistas como por participantes para referirse a p T/NB. En ambas sesiones el foco inicial estuvo puesto en “el saber sobre los avances en la intervención vocal en personas trans”, donde dicho “saber” implicaba tener más conocimientos de ejercicios vocales a realizar, procedimientos de evaluación, uso de etiquetas diagnósticas, y decretos o leyes a considerar, entre otros.

Es importante mencionar que la competencia cultural no es algo negativo, sin embargo, cuando no se acompaña de una perspectiva basada en la humildad cultural, nos convertimos en profesionales con mayor poder, pero con poca empatía hacia las realidades y experiencias vividas por las personas (Greene-Moton y Minkler, 2020). Un claro ejemplo de lo anterior queda de manifiesto cuando utilizamos palabras que sabemos que existen en torno a un fenómeno en particular, pero al no ser humildes culturalmente no nos cuestionamos cómo dichas palabras —o acciones— pueden violentar a una persona que ha vivido una historia de vulneraciones y estigmas. ¿Da lo mismo decir que una mujer transexual, con sexo biológico de hombre —es decir, que pasó de hombre a mujer—, necesita cambiar su voz para que sea más femenina y logre un óptimo proceso de transformación? Si somos competentes y, a la vez humildes culturalmente, entenderemos que en esta frase la mayoría de los términos no debería utilizarse, a pesar de que aún se usen en artículos científicos, pues son violentos y denigran la existencia y realidad de una persona trans y/o no binaria.

Entonces, la humildad cultural, aplicada a la atención en salud, se entiende como el compromiso de vivir un proceso a lo largo de la vida —no a corto plazo— en el cual, quienes somos profesionales de la salud, nos encontramos en una constante reflexión, autoevaluación y autocritica en torno a las desigualdades de poder presentes en las relaciones que establecemos con quienes requieren de cuidados en salud. Dicho proceso implica, en parte, tomar conciencia de aquellas miradas propias, suposiciones, prejuicios y sesgos que pueden contribuir a dicha desigualdad (Chang et al., 2012; Tervalon y Murray-Garcia, 1998).

Desde hace varios años se han puesto en discusión los conceptos de competencia y humildad cultural e, incluso, se ha propuesto la necesidad de aplicarlos en la formación profesional para lograr una atención en salud más afirmativa y despatologizante para diversos grupos de personas, especialmente, para p T/NB (Chang et al., 2012; Greene-Moton y Minkler, 2020; Kuzma et al., 2019; Ruud, 2018).



No debemos olvidar que mantenernos en la perspectiva de la competencia cultural fortalece la medicalización de las experiencias y, por lo tanto, favorece la patologización hacia las personas. Por ello, en el caso de las experiencias sexo-genéricas, es tan frecuente encontrar relaciones de poder del tipo “profesional-paciente”, en donde los énfasis están en la corrección de lo incongruente en términos del cuerpo y del sexo (Eckhert, 2016). Incluso, es posible encontrarse con espacios de salud mercantilizados, donde la imagen que propone el mercado es la de la máxima corrección de la incongruencia en términos binarios, por tanto, las discusiones se centran frecuentemente en cómo hacer una voz más femenina o masculina. Entonces, ¿qué pensamos cuando publicamos nuestros servicios de “terapia vocal” en redes sociales mostrando el antes y el después del proceso de “cambio de voz” vivido por una _pT/NB?, ¿cómo esta acción puede ser violenta para dicha comunidad?, ¿cómo esta acción puede contribuir a perpetuar estereotipos de género binarios, hegemónicos y cis-heteronormados?, ¿cómo esta ingenua acción puede fomentar aún más la transfobia en la sociedad cuando una voz no suena como “debe” sonar desde la perspectiva binaria del género? Estos y otros cuestionamientos —como la relevancia del uso de pronombres neutros— son posibles de incluir en nuestras propias reflexiones cuando estamos próximos a una perspectiva centrada en la humildad cultural.

CONCLUSIONES

La comunidad de _pT/NB ha sido históricamente vulnerada en sus derechos, en diversos ámbitos y a lo largo de su curso de vida, por ser concebida como un grupo de personas mentalmente enfermas. Quienes trabajamos en el área de la salud hemos recibido una formación tradicionalmente cis-heteronormada y bajo un enfoque fuertemente medicalizante y culturalmente competente. Esto ha favorecido la mantención de relaciones desiguales de poder entre quienes brindan atención en salud y quienes la reciben, promoviendo una mirada patologizante acerca de las experiencias sexo-genéricas. Por ello que el “qué decimos” o el “cómo lo hacemos” no debiera ser indiferente ante nuestros ojos. Así, se hace necesario y urgente contar con una formación profesional, de pre y posgrado, que permita trabajar desde modelos de acompañamiento en salud afirmativos y despatologizantes.

Ante este contexto, formarse y trabajar desde la perspectiva de la humildad cultural nos desafía a no ser exclusivamente competentes, sino también a comprometernos



a mantener un proceso de reflexión constante en torno a cómo nuestros propios sesgos y prejuicios contribuyen a la desigualdad en nuestras relaciones. Dicha posición de humildad frente a las realidades y experiencias de otras personas permitirá llevar a cabo procesos centrados realmente en sus necesidades.

Al concluir el capítulo, se presentan algunas sugerencias para un proceso de acompañamiento vocal afirmativo y no patologizante dirigido a _pT/NB:

- Las palabras o terminologías que se usan sí son importantes y sí marcan la diferencia. Conocer la terminología y usarla correctamente refleja nuestro compromiso con la dignidad y el respeto hacia las _pT/NB.
- No debe asumirse que todas las _pT/NB son iguales ni que han vivido las mismas experiencias.
- No debe asumirse la identidad de género de las personas (nunca y en ningún contexto).
- Se sugiere que el grupo de profesionales de la salud se identifique mencionando su nombre y sus pronombres.
- Se debe permitir que las personas se identifiquen, preguntándoles o dándoles el espacio para que mencionen qué pronombres usan.
- Se deben respetar los pronombres de las personas y utilizar aquellos pronombres que les hagan más sentido o les hagan sentir mayor comodidad. La persona en frente nuestro es quien debe estar cómoda.
- Es necesario centrarse en la persona y en su globalidad como ser, no en su experiencia trans y/o no binaria.
- No se debe preguntar ni comentar sobre la genitalidad ni la sexualidad de las personas.
- Es necesario practicar el uso de pronombres neutros con otras personas, así se disminuye la probabilidad de error al usarlos frente a personas _pT/NB.
- Es necesario practicar el uso de lenguaje inclusivo y no sexista en todos los contextos (sociales, familiares, artísticos, docentes, académicos, clínicos, científicos, etc.).
- Es necesario identificar los propios sesgos, prejuicios, experiencias de género, y dificultades respecto del tema. Es necesario observar y acoger esta



información como parte de la propia experiencia. Luego, no debe asumirse que todas las personas han vivido lo mismo que uno/una/une o la cis-heteronorma.

- Es necesario vincularse con la comunidad LGBTQIA+ y trabajar la empatía. No se deben tener actitudes caritativas ni de lástima frente a sus realidades y experiencias.
- Es necesario conocer y respetar la normativa y contexto legal que protege y dignifica a las _pT/NB.
- Si todo esto resulta muy complejo, es mejor no trabajar con _pT/NB. Ser competente en vocología no certifica automáticamente a las personas para el trabajo con _pT/NB.

REFERENCIAS

- American Psychological Association [APA]. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychological Association*, 70(9), 832-864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- Bralley, R. C., Bull, G. L., Gore, C. H., y Edgerton, M. T. (1978). Evaluation of vocal pitch in male transsexuals. *Journal of Communication Disorders*, 11(5), 443-449. [http://doi.org/10.1016/0021-9924\(78\)90037-0](http://doi.org/10.1016/0021-9924(78)90037-0)
- Castro-Peraza, M. E, García-Acosta, J. M, Delgado, N., Perdomo-Hernández, A. M., Sosa-Alvarez, M. I., Llabrés-Solé, R., y Lorenzo-Rocha, N.D. (2019). Gender identity: The human right of depathologization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6), 978. <https://doi.org/10.3390/ijerph16060978>
- Chang, E., Simon, M., y Dong, X. (2012). Integrating cultural humility into care professional education and training. *Advances in Health Sciences Education*, 17(2), 269-278. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9264-1>
- Colegio Médico de Chile A. G. [COLMED]. (2018). *Manual de formación género y salud*. Comisión Género y Salud. https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/03/Manual_Genero_Final.pdf



- Colegio Médico de Chile A. G. [COLMED]. (2021). *Manual de curso - Conceptos LGBTQIA+ en salud: Desde un enfoque afirmativo & garante de derechos*. Departamento de Género. <https://drive.google.com/file/d/1G6N4WXU2hr3ZtoSadavhOY43-mMkRnMC/view>
- Eckhert, E. (2016). A case for the demedicalization of queer bodies. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 89(2), 239-246. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27354849/>
- Fernández-Rodríguez, M. y García-Vega, E. (2012). Surgimiento, evolución y dificultades del diagnóstico de transexualismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(113), 103-119. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000100008>
- Greene-Moton, E. y Minkler, M. (2020). Cultural competence or cultural humility? Moving beyond the debate. *Health Promotion Practice*, 21(1), 142-145. <https://doi.org/10.1177/1524839919884912>
- Kara, S. (2017). *Gender is not illness. How pathologizing trans people violates international human rights law*. GATE. <https://gate.ngo/wp-content/uploads/2020/03/Gender-is-not-an-illness-GATE-.pdf>
- Kuzma, E. K., Pardee, M., y Darling-Fisher, C. S. (2019). Lesbian, gay, bisexual, and transgender health: Creating safe spaces and caring for patients with cultural humility. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 31(3), 167-174. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000131>
- Lucas-Breda, K., Groot, K., y Towle, A. (2013). El desarrollo de humildad cultural mediante el aprendizaje servicio crítico. *Ciencia y Enfermería*, 19(2), 35-46. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200004>
- McCann, E., Donohue, G., y Brown, M. (2021). Experiences and perceptions of trans and gender non-binary people regarding their psychosocial support needs: A systematic review of the qualitative research evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3403. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073403>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2010) *Vía clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género*. División de Prevención y Control de Enfermedades,



Subsecretaría de Salud Pública. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/d126e58ba4cb53f5e040010165017912.pdf>

Organizando Trans-Diversidades [OTD]. (diciembre 2022). *Mapa centros de salud y organizaciones*. OTD. <https://otdchile.org/mapa-trans-otdchile/>

Pan American Health Organization [PAOH], John Snow Inc. y World Professional Association for Transgender Health [WPATH]. (2014). *Blueprint for the provision of comprehensive care for trans persons and their communities in the Caribbean and other Anglophone countries*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31360>

Ruud, M. (2018). Cultural humility in the care of individuals who are lesbian, gay, bisexual, transgender, or queer. *Nursing for Women's Health*, 22(3), 255-263. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2018.03.009>

Singh, A. y Dickey, L. M. (Eds.). (2017). *Affirmative counseling and psychological practice with transgender and gender nonconforming clients*. American Psychological Association.

The World Professional Association for Transgender Health [WPATH]. (2012). *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people* (Versión 7). https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_English2012.pdf?t=1613669341

Tervalon, M. y Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117-125. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>

Winter, S., Chalungsooth, P., Teh, Y. K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y. W., Beaumont, A., Wah Ho, L. M., Gomez, F. C. y Macapagal, R. A. (2009). Transpeople, transprejudice and pathologization: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health*, 21(2), 96-118. <https://doi.org/10.1080/19317610902922537>



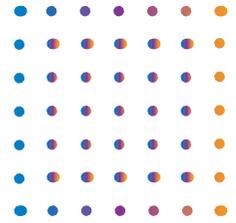
ANEXO

Listado de documentos legales, recomendaciones, orientaciones, manuales y guías a considerar para el acompañamiento en salud de personas trans y/o no binarias en Chile.

Ámbito	Año	Documento	Organismo
Salud	2010	Vía clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género.	MINSAL
	2011	Circular 34. Instruye sobre la atención de personas trans y fortalecimiento de la estrategia de hospital amigo a personas de la diversidad sexual.	MINSAL
	2012	Circular 21. Reitera instrucción sobre la atención de personas trans en la red asistencial.	MINSAL
	2012	Orientaciones técnicas para actualizar o elaborar protocolo de trato y registro para personas trans, en el marco de la circular n° 21.	MINSAL
	2012	Circular 1297. Instruye cumplimiento de guía técnica pericial de sexología forense para casos de personas trans e intersex.	Servicio Médico Legal
	2015	Circular 18. Instruye sobre ciertos aspectos de la atención de salud a niños y niñas intersex.	MINSAL
	2018	Manual de formación género y salud.	COLMED
	2019	Circular 336. Imparte instrucciones respecto a la no discriminación por identidad de género en la afiliación.	Superintendencia de Salud
	2020	Resolución exenta 3128. Aprueba protocolo de atención pericial a usuarios(as) trans.	Servicio Médico Legal
	2021	Recomendaciones para la implementación del programa de acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme.	MINSAL
2021	Manual de curso “Conceptos LGBTQIA+ en salud: desde un enfoque afirmativo & garante de derechos”.	COLMED	
Legal	2012-2019	Ley 20609. Establece medidas contra la discriminación.	Ministerio Secretaría General de Gobierno
	2015	Ley 20830. Crea el acuerdo de unión civil.	Ministerio Secretaría General de Gobierno
	2018-2019	Ley 21120. Reconoce y da protección al derecho a la identidad de género.	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
	2020-2021	Ley 21400. Modifica diversos cuerpos legales para regular, en igualdad de condiciones, el matrimonio entre personas del mismo sexo.	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
Educación	2017	Orientaciones para la inclusión de las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en el sistema educativo chileno.	MINEDUC
	2017	Orientaciones para un uso de lenguaje no sexista e inclusivo.	MINEDUC
	2017	Ordenanza 0768. Derechos de niñas, niños y estudiantes trans en el ámbito de la educación.	Superintendencia de Educación
	2021	Resolución exenta 0812. Sustituye ordinario 0768 y establece nueva circular que garantiza el derecho a la identidad de género de niñas, niños y adolescentes en el ámbito educacional.	Superintendencia de Educación
Cultura y Artes	2016	Guía de lenguaje inclusivo de género.	Consejo Nacional de la Cultura y las Artes

Fuente: Elaboración propia.

TRABAJO CON PERSONAS SORDAS: DESDE LO CLÍNICO A LO SOCIOCULTURAL¹



MARIO BUSTOS-RUBILAR²

Resumen

El trabajo que terapeutas de lenguaje y audición realizan en Chile con personas sordas o discapacidad auditiva ha evolucionado desde una intervención meramente clínica a una variedad de opciones dadas por la propia diversidad lingüística y cultural de este grupo. El capítulo describe la experiencia en torno a la inclusión de diferentes perspectivas en el trabajo con personas sordas, especialmente niños, niñas y adolescentes que pertenecen a la comunidad sorda y utilizan la lengua de señas. La metodología corresponde a una sistematización de experiencias divididas en tres grupos: 1) Evidencia actual respecto del acceso temprano al lenguaje; 2) Integración de la perspectiva sociocultural y clínica en el contexto de terapia de lenguaje y cognición en Chile; 3) Consideraciones para el trabajo técnico con personas sordas. Como conclusión, se describe la existencia de evidencia común en cuanto al trabajo terapéutico y a las experiencias en torno a la integración de perspectivas en el trabajo técnico con niños, niñas y adolescentes sordos, lo cual no solo representa un atractivo desafío para el presente, sino que también un necesario cometido en el futuro.

Palabras clave:
audiología, personas
sordas, terapia de
lenguaje.

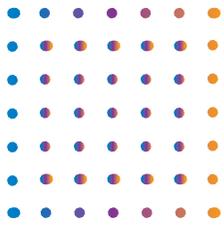
¹ Experiencia de investigación en la Universidad de Chile y en sus centros de práctica clínica. Departamento de Fonoaudiología de la Universidad de Chile-Division of Psychology and Language Science, University College London.

² PhD © Language and Cognition, Division of Psychology and Language Sciences, University College London. Londres, Reino Unido.

✉ mbustosr@uchile.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-0796-0202>





LANGUAGE INTERVENTION TO DEAF PEOPLE: FROM THE CLINIC TO THE SOCIOCULTURAL PERSPECTIVE

Keywords:

audiology, deaf persons, rehabilitation of speech and language disorders.

Abstract

Speech and language therapists work with deaf and hard of hearing children in Chile has evolved from a mere clinic perspective to a variety of options given by the linguistic and cultural diversity of this group. The aim of this chapter is to describe the experiences among deaf children and their perspectives from different therapeutic approaches. The methodology is based on the experience systematization, which was divided into three sections: 1) Current evidence in the early access to language, 2) Sociocultural and clinical perspectives regarding interventions for language and cognition in Chile 3) Considerations regarding the technical work with deaf people. In conclusion, it is demonstrating common evidence in the field of the intervention and experiences around the integration of the perspectives in the technical work with deaf children and adolescents. The above might represent an attractive challenge at the present, but it will be a requirement in the future.



PRESENTACIÓN Y CONTEXTO

El trabajo para la inclusión social de personas pertenecientes a grupos comúnmente excluidos ha tomado un giro trascendental en la actualidad. Lineamientos sociales, de salud y educativos decretados en el pasado han evolucionado hacia la diversidad de grupos e individuos. Es así como en personas sordas —es decir, quienes presentan pérdida auditiva y pertenecen a la comunidad sorda—, una trayectoria única de inclusión social y comunicación sería compleja en el presente. Décadas atrás la evidencia era imperativa en torno a los beneficios de lograr una comunicación de desarrollo típico en personas sordas. Una mejor audición y competencia en lengua oral eran la base en el contexto clínico y en la terapia de audición y lenguaje.

Adicionalmente, el gran avance de tecnologías auditivas y su éxito en algunos grupos con pérdida auditiva hicieron plantear esta perspectiva clínica como primordial. Sin embargo, como en toda narrativa compleja que comprende el lenguaje y la cultura, las personas sordas no podían ser entendidas meramente como pacientes de su pérdida auditiva. Eso ya lo explican bien las diferentes corrientes socioculturales, antropológicas y del derecho, las cuales describen a este grupo con un patrimonio lingüístico y cultural particular que debe ser respetado. Así, su inclusión social estaría relacionada con el uso de su lengua —la lengua de señas—, y el acceso a derechos humanos, sociales y de participación que se presentan como básicos en nuestra sociedad.

Aunque lo anterior resulte incuestionable, la integración de las diferentes perspectivas existentes desde el nacimiento de una persona sorda aún no están del todo acordadas. Mientras el énfasis clínico estaría en el diagnóstico y adaptación temprana de ayudas auditivas para el desarrollo de lengua oral, en la dimensión sociocultural este énfasis radicaría en el acceso temprano a la lengua de señas y a la comunidad sorda. Lo anterior resulta riesgoso en escenarios donde lo esperado no puede cumplirse, limitando las potencialidades de desarrollo especialmente en niñas y niños que aún no tienen un lenguaje.

En ese contexto, el trabajo de intervención auditiva y lenguaje se estaría diversificando. El deseo de responder a las diferentes perspectivas existentes posibilitaría nuevas experiencias, donde nuestro trabajo aborde otros desafíos que la clínica no podrá responder por sí sola.



MARCO TEÓRICO

En Chile, las personas que nacen sordas o con pérdida auditiva representan cerca de 3 por cada mil nacidos vivos (Nazar et al., 2009). La diversidad de este grupo, así como las diferentes dimensiones por abordar, hacen necesaria una profunda comprensión de los conceptos y perspectivas utilizadas en su contexto.

En el país, desde un punto de vista del derecho, según la Ley 20.303 (2021), que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social para este grupo, existirían dos conceptos necesarios de clarificar en este marco:

- *Persona con discapacidad auditiva*, referido a aquellas personas con funcionalidad auditiva baja o inexistente que ven reducido su acceso a la información y comunicación, la cual es auditiva oral.
- *Persona sorda*, por su baja o nula funcionalidad auditiva, se ha desarrollado como una persona eminentemente visual, que tiene derecho a acceder y usar la lengua de señas, poseer una cultura sorda e identificarse como miembro de una comunidad lingüística y cultural minoritaria.

Sin embargo, ¿cómo definimos lo anterior en una niña o niño que aún no accede al lenguaje?, ¿quién decidirá por él o ella respecto de si su condición debe ser vista como algo particularmente sensorial o un derecho a la identidad en un grupo cultural minoritario?, ¿cuándo podemos hacer esta diferencia de conceptos, considerando lo crucial de un acceso temprano al lenguaje?, ¿dónde aprenden los padres, madres o cuidadores acerca de estas dos formas de entender a una persona sorda o con discapacidad auditiva?, ¿existe realmente una decisión? Y de ser así, ¿qué debemos hacer los profesionales frente a ella? Sin duda, son preguntas difíciles que han rondado el trabajo diario de terapeutas de habla y audición, audiólogos, educadores y, sobre todo, en cada familia de un niño o niña con sordera o discapacidad auditiva (en adelante NNS). Así, en este contexto, resulta importante contar con un entendimiento actualizado en cuanto a cada perspectiva en torno a NNS y a los elementos transversales necesarios de abordar tempranamente en este grupo, entre los que podemos describir los siguientes:

- Diagnóstico auditivo temprano (Yoshinaga-Itano et al., 2018).
- Acceso a lenguaje y competencia funcional antes de los cinco años (Knoors y Marschark, 2018).



→ Un sistema educativo oportuno y atinente (Blamey y Sarant, 2012).

Sin embargo, dependiendo de cada perspectiva, esto podría ser llevado a cabo de diferentes maneras, planteando importantes desafíos para quienes trabajan y viven con NNS.

Bajo la perspectiva sociocultural de la sordera, es decir, la que da énfasis a los derechos comunicativos, lingüísticos y culturales de las personas sordas (Ladd y Lane, 2013), parte de los objetivos por lograr a temprana edad es el acceso precoz a la lengua de señas, la integración a la comunidad sorda, y la inclusión social y educativa efectiva (Constantinescu-Sharpe et al., 2017), lo cual tendría variados beneficios en diferentes dimensiones como el desarrollo psicológico, de lenguaje, cognitivo y social (Hall, 2020). Por otro lado, bajo una perspectiva clínica de la sordera, esta condición debiera ser abordada tempranamente, enfatizado el desarrollo de la lengua oral a través del uso de dispositivos como audífonos e implantes cocleares (IC) (Ha'am, 2017), lo que mejoraría las posibilidades de inclusión social, acceso a lenguaje a través de la lengua oral y mayores posibilidades educativas y laborales futuras (Kim et al., 2018).

Por su parte, la historia de terapeutas de lenguaje y audición (en adelante TLA), fonoaudiólogas y fonoaudiólogos y profesionales de audiología en Chile y gran parte de Latinoamérica ha posicionado estos roles bajo esta última perspectiva. La influencia del modelo médico de la salud —entendido solo como la ausencia de enfermedades, y no como un concepto de bienestar integral impartido actualmente bajo un modelo biopsicosocial— podría haber limitado las posibilidades de desarrollo académico y laboral de las diferentes disciplinas señaladas. Por lo mismo, hasta hace algún tiempo era poco común encontrar mallas curriculares de carreras de pregrado con contenido específico de abordaje de la comunicación desde una perspectiva sociocultural.

De esta forma, a pesar de la ineludible experticia alcanzada por los profesionales que trabajan en terapia de audición y audiología en el país, existiría un grupo que no tiene cabida en los objetivos meramente clínicos de nuestra formación. Por lo anterior, el objetivo del capítulo es describir la experiencia en torno a la inclusión de diferentes perspectivas en el trabajo con personas sordas, especialmente con niños, niñas y adolescentes que pertenecen a la comunidad sorda y utilizan la lengua de señas.



METODOLOGÍA

El capítulo muestra una sistematización de experiencias como la descrita por Jara (2018). En este marco, la experiencia sistematizada consiste en diferentes directrices y consideraciones que se han desarrollado en Chile para el trabajo terapéutico comunicativo con NNS que pertenecen a la comunidad sorda, o bien, que utilizan la lengua de señas como primera o segunda lengua. Lo anterior específicamente en centros educativos, de salud e investigación que trabajan con NNS sordas y universidades que han integrado este trabajo en su proceso formativo en la carrera de Fonoaudiología, como es el caso de la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad de Chile.

Como eje se describen los aspectos centrales de las experiencias de adecuación del trabajo en el contexto descrito:

- Evidencia actual respecto del acceso temprano al lenguaje. Esta sección da fundamento a la importancia de la adecuación de nuestro trabajo, presentando información actualizada acerca de la relevancia de un acceso temprano al lenguaje por sobre el trabajo sensorial específico. Asimismo, el apartado pretende desmitificar las creencias establecidas en la academia y la clínica en torno a NNS sordas. Finalmente, se busca establecer un lenguaje y evidencia común para el trabajo temprano con NSS que respalde las acciones técnicas realizadas con cada niño y niña y su familia.
- Integración de la perspectiva sociocultural y clínica en el contexto de terapia de lenguaje y cognición en Chile. El apartado describe una propuesta de integración sobre la base de la experiencia en el trabajo técnico y terapéutico con NNS sordos. Al ser información basada en una experiencia, contiene limitaciones propias del sesgo del autor, lo cual estaría sujeto a mayor discusión e interpretación.
- Consideraciones para el trabajo técnico con personas sordas. A partir de la evidencia y de ambas perspectivas, este apartado entrega consideraciones específicas para el trabajo con NNS y adultos sordos que pertenecen a la comunidad sorda, o bien, que utilizan la lengua de señas.

Respecto de las fuentes de información, estas se obtuvieron desde la evidencia internacional tradicional, consistente en libros editados y artículos científicos publicados en revistas indexadas; historia de la intervención terapéutica a NNS en



Chile; y la experiencia académica y terapéutica del autor, la cual será considerada en un nivel de “opinión de experto”.

RESULTADOS

Evidencia actual acerca del acceso temprano al lenguaje

Uno de los objetivos más importantes que plantean los TLA en NNS es el acceso temprano al lenguaje (Hall et al., 2019). Históricamente, este objetivo ha sido abarcado de manera simple en el área, haciendo referencia al diagnóstico precoz, la implementación oportuna y el desarrollo de la lengua oral.

Aunque lo anterior sigue siendo un objetivo de la atención en salud, esto no sería un escenario posible ni hegemónico en todas las NNS: en la actualidad muchas familias optan por la inclusión de sus NNS en la comunidad sorda y, en algunos casos, una opción esperable en casos donde NNS implementados no logran adquirir la lengua oral durante el periodo crítico. Este último escenario ha sido un tema de discusión en la terapia auditiva en NNS. Por ejemplo, en niños con IC existen terapias utilizadas en la actualidad que son prohibitivas sensorialmente, otorgando énfasis a la estimulación auditiva por sobre la estimulación visual (Bustos Rubilar et al., 2018). Ello iría en contra, por ejemplo, de la lengua de señas, la cual conlleva la misma complejidad que la lengua oral, pero es eminentemente visual, siendo ello irrenunciable en la comunidad sorda.

Esta práctica ha distanciado ambas lenguas con evidencia que respaldaría a cada una de estas posiciones. Sin embargo, si el objetivo principal es el acceso temprano a la lengua, la evidencia es consistente en señalar que la integración de ambas perspectivas sería posible. Desde un punto de vista sociocognitivo, diferentes autores han demostrado que la adquisición del lenguaje es un fenómeno complejo que necesita siempre de la interacción constante con otros (Tomasello, 2015). Un intercambio no simple, sino presencial, interesante, fluido y funcional, es decir, una experiencia con pares y adultos que permita desarrollar el lenguaje. En este contexto, en NNS que utilizan dispositivos de ayuda auditiva, los estudios sugieren la importancia de la comunicación temprana, incluso antes del dispositivo. Esto solo se puede llevar a cabo con lengua de señas y



estimulación visual y no simplemente con signos o símbolos de interacción, es decir, complejamente para cimentar la futura lengua en NNS.

En este sentido, la evidencia es contundente en torno a las graves consecuencias de la privación sensorial en el caso de NNS que no logren adquirir una lengua en el tiempo establecido (Hall, 2017). Por otro lado, NNS que se insertan en la comunidad sorda tempranamente y desarrollan la lengua de señas, siempre estarán en contacto con el mundo oyente. Por lo anterior, no sería contraproducente aprender de manera complementaria la lengua oral, intentando así aprovechar al máximo las potencialidades sensoriales de cada NNS. En estos casos, la lengua primaria sería la lengua de señas, y la secundaria la oral, en conjunto con su forma escrita. Si bien esto es poco practicado en Chile, experiencias internacionales serían consistentes en señalar que los usuarios pueden adquirir sin problemas ambas lenguas (Power y Leigh, 2004). Con ello, se estarían respetando las consideraciones que establece cada perspectiva, pero a la vez habría flexibilidad al propender en NNS el máximo logro de potencialidad en el lenguaje. El presente y el futuro exige este cambio de paradigma donde lo clínico abrace el bienestar general de cada persona a partir de sus particularidades.

Integración de la perspectiva sociocultural y clínica en el contexto de terapia de lenguaje y cognición en Chile

Si bien no existirían lineamientos específicos de cómo llevar a la práctica la integración de perspectivas, la experiencia del trabajo que están realizando en la actualidad profesionales terapeutas de lenguaje y audición puede ser sintetizado parcialmente en los siguientes puntos:

- El uso de evidencia común y confiable, por parte de los equipos de atención temprana, y el acceso a la información con entrega de expectativas reales a la familia en torno al desarrollo de lenguaje en NNS, sería un pilar necesario en el trabajo con cada usuario y su familia. Cada familia tendría derecho de decidir conociendo las perspectivas existentes en torno a la persona sorda, junto con los tiempos críticos necesarios para cada objetivo de lenguaje y atención temprana. Así, la orientación y acompañamiento familiar serían parte de las sesiones de terapia, y no se trataría tan solo de objetivos prácticos que buscan el logro de habilidades específicas para NNS.



- Si bien la terapia de audición y lenguaje puede demostrar enormes beneficios en NNS usuarios de dispositivos a edad temprana, esta por sí sola no sería la respuesta para la adquisición de lenguaje. Los factores sociales que afectan el desarrollo de lenguaje y el gran impacto que tiene el contexto en cada niño y niña nos debería impulsar hacia objetivos no solo clínicos o auditivos. En efecto, abordar el contexto social y particular de cada usuario fomentaría la integración de diferentes perspectivas y el cambio de estrategia en pro de los objetivos acordados con la familia.
- Lo necesario para integrar una perspectiva nueva en relación con el actual paradigma terapéutico es, en primera instancia, conocerla. Ello, porque la perspectiva sociocultural de la sordera no es una ideología o constructo simple. Tal como entender a otras minorías culturales, su abordaje debe ser amplio y detallado, manejando incluso su lengua. Si bien la tarea de transmitir el patrimonio lingüístico y cultural pertenecería a las personas sordas, entender su cosmovisión y manejar parte de su patrimonio aportaría herramientas y contenido a lo ya conocido en torno a la terapia de audición y lengua oral. Este proceso sería el más complejo por parte de cada terapeuta y centro de formación.
- Una vez que conocemos ambas perspectivas y manejamos sus premisas, sería necesario ampliar nuestros objetivos terapéuticos desde lo netamente sensorial—como la percepción acústica del habla—a objetivos comunicativos de la vida diaria. En este sentido, integrar ambas perspectivas invitaría al trabajo más amplio, colaborando incluso en objetivos de atención temprana o educativos que necesitan del lenguaje y la cognición para concretarse.
- Por último, esta integración no es algo ineludible en los terapeutas de lenguaje y audición. Si bien es ideal que tengamos evidencia común al respecto, muchos escenarios hacen que nuestro trabajo deba ser netamente hacia objetivos auditivos y lengua oral. Sin embargo, aún en este caso, el contexto histórico de hoy nos invita a la actualización constante respecto de la diversidad existente en las personas con las que interactuamos.

Consideraciones para el trabajo técnico con personas sordas

A nivel terapéutico comunicativo, el trabajo técnico con personas sordas podría considerar las siguientes particularidades:



- La comunicación de las personas sordas es eminentemente visual, por ende, el trabajo técnico debe ser adaptado a esa vía sensorial cuando el objetivo no sea la rehabilitación auditiva.
- La diversidad comunicativa de personas sordas a diferentes edades es muy variada. No debemos asumir que todos manejan la lengua de señas, lengua oral o escrita.
- En personas que pertenecen a la comunidad sorda, no es imperativo el uso de ayudas auditivas, salvo que el usuario lo decida o su familia.
- En Chile, el bilingüismo que imparten los centros de educación para estudiantes sordos implica una primera lengua, la Lengua de Señas Chilena (LSCh) y una segunda lengua, el español escrito.
- Es necesaria una formación específica para trabajar con población que pertenece a la comunidad sorda y si bien diferentes universidades entregan este tipo de contenidos, sería necesaria una profundización en temáticas de cultura y lengua.
- El trabajo técnico —a diferencia del auditivo verbal (unisensorial auditivo)—, en este contexto debiera ser auditivo oral, o bien, visual oral: es decir, incluir el canal visual durante el trabajo técnico.
- Los objetivos técnicos deben incluir la funcionalidad y habilidades diarias de cada persona: no podemos seguir una pauta única de tratamiento.
- La idea de que el uso de dispositivos de ayuda auditiva podría hacer desaparecer a la comunidad sorda o ir en su contra sería infundada. Debemos acordar con nuestros equipos de trabajo y con la comunidad sorda que el uso de dispositivos es provechoso para muchas personas y que los programas de atención auditiva temprana son necesarios. Sin embargo, también deberíamos dejar de asumir que estos equipos transforman a las personas sordas en personas típicamente oyentes, porque eso sería falaz.

CONCLUSIONES

El trabajo con comunidades específicas, como es el caso de las personas sordas, ha producido cambios en los lineamientos que comúnmente seguían los terapeutas de lenguaje y audición en el pasado.



El objetivo de este capítulo fue describir la experiencia en torno a la inclusión de diferentes perspectivas en el trabajo con personas sordas, específicamente NNS. En este apartado quedó de manifiesto la necesidad de comprender los conceptos de persona sorda y persona con discapacidad auditiva. También se relevó la necesidad de entender el paradigma clínico histórico de los terapeutas de lenguaje y audición, junto con la integración del paradigma sociocultural como una respuesta a la diversidad de intervenciones posibles. En este contexto, el trabajo con NNS estaría marcado por el acceso al lenguaje temprano por sobre otros objetivos que comúnmente se abordan en este grupo. Al mismo tiempo la integración de esta perspectiva ligada a la cultura sorda necesita de elementos que faciliten la aplicación de ambas en el ámbito terapéutico comunicativo. El capítulo también abordó consideraciones experienciales en torno a esta integración, entregando algunas premisas para lograrlo.

Finalmente, es importante declarar que la experiencia puede ser un insumo relevante para la práctica técnica, pero esta siempre debe ser acompañada de evidencia, la cual es variada en cada perspectiva que aborda la comunidad de personas sordas o con discapacidad auditiva. Por lo anterior, el trabajo debe contemplar resultados y lenguaje común, aceptando que a veces la clínica no podrá dar respuesta a todos los desafíos se nos presentan como terapeutas de lenguaje y audición o investigadores en el área.

REFERENCIAS

- Bustos Rubilar, M., Fuentes-López, E., y Castro Abarca, P. (2018). Therapeutic approaches for deaf children at intervention centers in Chile's Metropolitan Region: Access to health and education. *Revista CEFAC*, 20(3). <https://doi.org/10.1590/1982-0216201820317417>
- Blamey, P. J. y Sarant, J. Z. (2012). Development of spoken language by deaf children. *The Oxford Handbook of Deaf Studies, Language, and Education: Second Edition*, 1(October), 1-30. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199750986.013.0018>
- Constantinescu-Sharpe, G., Phillips, R. L., Davis, A., Dornan, D., y Hogan, A. (2017). Social inclusion for children with hearing loss in listening and spoken language early intervention: An exploratory study. *BMC Pediatrics*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0823-y>



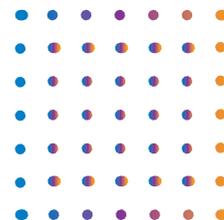
- Ha'am, B. A. (2017). Deafness as disability: Countering aspects of the medical view. *Public Reason*, 9(1-2), 79-97.
- Hall, M. L. (2020). The input matters: Assessing cumulative language access in deaf and hard of hearing individuals and populations. *Frontiers in Psychology*, (11). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01407>
- Hall, M. L., Hall, W. C., y Caselli, N. K. (2019). Deaf children need language, not (just) speech. *First Language*, 39(4), 367-395. <https://doi.org/10.1177/0142723719834102>
- Hall, W. C. (2017). What you don't know can hurt you: The risk of language deprivation by impairing sign language development in deaf children. *Maternal and Child Health Journal*, 21(5), 961-965. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2287-y>
- Jara, O. (2018). La sistematización de experiencias, práctica y teoría para otros mundos posibles. *In+E: Revista de Extensión Universitaria*, 9(11), 245-246. <https://doi.org/10.14409/extension.v9i11.Jul-Dic.8749>
- Kim, E. J., Byrne, B., y Parish, S. L. (2018). Deaf people and economic well-being: Findings from the Life Opportunities Survey. *Disability and Society*, 33(3), 374-391. <https://doi.org/10.1080/09687599.2017.1420631>
- Knors, H. E. y Marschark, M. E. (2018). *Evidence-based practices in deaf education*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190880545.001.0001>
- Ladd, P. y Lane, H. (2013). Deaf ethnicity, deafhood, and their relationship. *Sign Language Studies*, 13(4), 565-579. <https://doi.org/10.1353/sls.2013.0012>
- Ley 20.303 (2021). Modifica La Ley N° 20.422, Que Establece Normas Sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, para Promover el Uso de la Lengua de Señas. *Diario Oficial de la República de Chile*, 22 de enero de 2021. <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2021/01/22/42861/01/1884754.pdf>
- Nazar, M., G., Goycoolea, V., M., Godoy, S., J. M., Ried G, E., y Sierra, G. M. (2009). Evaluación auditiva neonatal universal: Revisión de 10.000 pacientes estudiados. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 69(2), 93-102. <https://doi.org/10.4067/s0718-48162009000200003>

- Power, D. y Leigh, G. (2004). *Educating deaf students: Global perspectives*. Gallaudet University Press. <https://muse.jhu.edu/book/10381>
- Tomasello, M. (2015). The usage-based theory of language acquisition. *The Cambridge Handbook of Child Language* (pp. 89-106). <https://doi.org/10.1017/cbo9781316095829.005>
- Yoshinaga-Itano, C., Sedey, A. L., Wiggin, M., y Mason, C. A. (2018). Language outcomes improved through early hearing detection and earlier cochlear implantation. *Otology and Neurotology*, 39(10), 1256-1263. <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000001976>





FONOAUDIOLÓGICA ONCOLÓGICA EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN CHILE



MARÍA YOLANDA AYBAR ORELLANA¹
JAVIERA ALEJANDRA FERNÁNDEZ-ROSATI²
PABLO CELSO VÁSQUEZ LARA³

Resumen

La rehabilitación en cáncer se ha definido como el cuidado médico integrado al proceso de atención oncológica y prestado por profesionales de la rehabilitación capacitados, quienes tienen dentro de su ámbito de trabajo el diagnóstico y tratamiento de las deficiencias físicas, psicológicas y cognitivas de los pacientes para mantener o restaurar la función, reducir la carga de los síntomas, maximizar la independencia y mejorar la calidad de vida en esta población. Las secuelas en el ámbito fonoaudiológico son variadas y dependerán del tipo de cáncer, etapa de la enfermedad y tratamientos a los que sea sometido el paciente. El capítulo describe cómo nace la fonooncología en Chile, el ámbito de trabajo con la población con cáncer en la zona de cabeza y cuello, algunos aspectos relevantes para el trabajo fonoaudiológico con esta población y la etapa actual a nivel nacional, enfatizando la relevancia de incorporar la disciplina al trabajo con estos pacientes, desde el diagnóstico hasta la etapa sobreviviente o de cuidados paliativos, según sea el caso.

Palabras clave:
cabeza y cuello,
cáncer, fonooncología,
fonoaudiología
oncológica.

¹ Fonoaudióloga por la Universidad de Chile. Asociación Chilena de Fonoaudiología Oncológica, ASOCHIFON. Santiago, Chile.

✉ aybar.fonoclinic@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-8602-5334>

² Fonoaudióloga por la Universidad Mayor. Asociación Chilena de Fonoaudiología Oncológica, ASOCHIFON. Santiago, Chile.

✉ javiera.fernandez@gmail.com

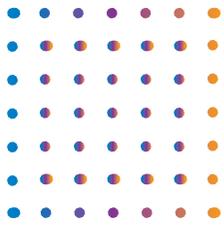
🆔 <https://orcid.org/0000-0002-1898-2992>

³ Fonoaudiólogo por la Universidad de Chile. Asociación Chilena de Fonoaudiología Oncológica, ASOCHIFON. Santiago, Chile.

✉ p.vasquez.la@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-3794-1261>





ONCOLOGICAL SPEECH THERAPY IN HEAD AND NECK CANCER IN CHILE

Keywords:

cancer, head and neck, oncologic speech therapist, phono-oncology.

Abstract

Rehabilitation in cancer has been defined as medical care that should be integrated throughout the cancer care process and should be provided by trained rehabilitation professionals who have within their scope of work the diagnosis and treatment of patients' physical, psychological, and cognitive impairments to maintain or restore function, reduce symptom burden, maximize independence, and improve quality of life in this medically complex population. The sequelae in the speech therapy setting are varied and will depend on the type of cancer, stage of disease, and treatments to which the patient is subjected. This chapter will describe how phono-oncology was born in Chile, the scope of work with the population that presents cancer in the head and neck area, some relevant aspects that the speech therapist must have in mind when working with this population and where we are in at a national level, emphasizing the relevance of incorporating this specialized professional in the continuum of work with these patients, from the diagnostic stage to the survivor or palliative care, as the case may be.



PRESENTACIÓN Y CONTEXTO

La incorporación de un profesional fonoaudiólogo a los equipos de oncología nace alrededor de 1977, cuando durante su práctica profesional en la cátedra de Traumatología y Prótesis Máxilo Facial de la Universidad de Chile, una estudiante —la autora principal de este capítulo— descubre que el abordaje de pacientes con cáncer de cabeza y cuello se limitaba a enseñar erigmofonación como técnica de voz alaríngea a los pacientes laringectomizados.

Entendiendo que era posible entregar apoyo en otros ámbitos del quehacer y motivada por mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, María Yolanda Aybar ingresa en 1993 como ayudante meritante a la cátedra de Traumatología y Prótesis Máxilo Facial, con la finalidad de atender a los pacientes que recibían allí atención para somatoprótesis, quienes se caracterizan por presentar grandes pérdidas de tejido, funciones neurovegetativas alteradas y que además no recibían rehabilitación fonoaudiológica.

Los docentes de la cátedra incluyeron así a la primera fonoaudióloga en los comités realizados por el equipo de cabeza y cuello en el Instituto Nacional del Cáncer [INCANCER], recinto hospitalario público de alta complejidad y centro de referencia nacional para tratamientos oncológicos, sumándose a otros profesionales que ya existían como parte del equipo de apoyo no médico, con el fin de aportar una visión de rehabilitación funcional y de motricidad orofacial en beneficio de los pacientes. El INCANCER forma parte de la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte, ubicado en la comuna de Independencia, Santiago, Chile.

Luego de trabajar por dos años como fonoaudióloga ad honorem, se incorporó formalmente a la profesional fonoaudióloga al equipo de cabeza y cuello en el INCANCER, con lo cual nace en nuestro país el primer puesto de fonoaudiología oncológica.

La fonooncología es un término utilizado en Brasil que describe un abordaje todavía no reconocido como especialidad, pero que es una realidad en la práctica clínica de varios hospitales oncológicos y en la investigación científica desde hace más de 20 años (Rossi et al., 2021).

La incorporación al INCANCER abrió una nueva alternativa de formación en la Escuela de Fonoaudiología de la Universidad de Chile, estableciéndose como centro de práctica profesional para que los alumnos de pregrado abordaran



trastornos de voz, habla y deglución en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a tratamientos antineoplásicos.

Por su parte, dada la condición de estos pacientes fue necesario que la profesional fonoaudióloga se incorporara en unidades de alta complejidad, esto es, en la unidad de paciente crítico y médico quirúrgico para atender a los pacientes recientemente intervenidos quirúrgicamente, como también en la atención ambulatoria, para hacer el seguimiento y continuar la rehabilitación de pacientes sometidos a tratamientos contra el cáncer (cirugía, radioterapia y quimioterapia).

También fue de gran relevancia destinar esfuerzos por capacitar a los acompañantes y familiares cercanos de los pacientes en tratamiento. Para ello, la fonoaudióloga invitó a otros profesionales a la creación de grupos interdisciplinarios de apoyo, motivando la incorporación de disciplinas como la psicooncología para generar, en conjunto con el INCANCER, talleres para pacientes y familias. Estas actividades involucraron eventos sociales, paseos y otras actividades para completar la rehabilitación por medio de la incorporación del factor social, lo cual constituye una de las dimensiones más desafiantes de recuperar en el paciente oncológico, particularmente en aquellos con cáncer de cabeza y cuello.

De igual modo, la apertura de este espacio en el INCANCER permitió que la fonoaudiología se vinculara a nivel internacional con otros países de Sudamérica que también contaban con esta área de desarrollo. En ese contexto, se solicitó compartir la experiencia y el enfoque que entregaba la fonoaudiología en el abordaje del paciente oncológico en Chile, al formar parte del libro *Tratamento da deglutição a atuação do fonoaudiólogo em diferentes países*⁴, con el capítulo “A deglutição no paciente oncológico de cabeça e pescoço”⁵ (Aybar, 2005) y se incluyó la cátedra de este tema en diversas universidades de nuestro país y en Latinoamérica.

⁴ Tratamiento de deglución: el papel del fonoaudiólogo en diferentes países.

⁵ La deglución en paciente oncológico de cabeza y cuello.

Gracias a los resultados exhibidos en el INCANCER, en 2002 la Fundación Arturo López Pérez (FALP) decidió incluir al profesional fonoaudiólogo como integrante del equipo de cabeza y cuello, fomentando el trabajo interdisciplinario y manteniendo una interacción de los especialistas para que hubiera una colaboración integrada al momento de abordar a este tipo de pacientes.

Si bien el avance descrito fue gradual, en la actualidad nuestro país cuenta con profesionales fonoaudiólogos contratados en ambas instituciones, ha aumentado la atención de este tipo de pacientes y se está favoreciendo la incorporación de estos profesionales en otros centros públicos y privados para la atención específica de población oncológica.



MARCO TEÓRICO

El cáncer es una enfermedad por la que algunas células se multiplican sin control y se diseminan a otras partes del cuerpo. Los cánceres que se conocen en conjunto como cánceres de cabeza y cuello, generalmente comienzan en las células escamosas que revisten las superficies húmedas y mucosas del interior de la cabeza y del cuello (por ejemplo, dentro de la boca, nariz y garganta). Los cánceres de células escamosas se llaman, con frecuencia, carcinomas de células escamosas de cabeza y cuello y excluyen los cánceres de cerebro, ojo, esófago y glándula tiroides, así como los cánceres de piel, músculos y huesos de la cabeza y del cuello (INCANCER, 2013). Sin embargo, los comités de cabeza y cuello incluyen los casos de cáncer de tiroides y de piel, que involucran zonas de la cara y boca, entre otros. El presente capítulo describe el trabajo que habitualmente realiza el fonoaudiólogo que se integra a estos comités.

Así, cabe precisar que los tumores de cabeza y cuello afectan las regiones de la nariz, labios, lengua, mandíbula, maxilar, paladar duro y blando, nasofaringe, orofaringe, hipofaringe, laringe, tiroides, glándulas salivales y cavidad oral. Por la localización de estos tumores, los tratamientos propuestos suelen ser la cirugía, quimioterapia, radioterapia o la combinación de estos. Desafortunadamente, todas las opciones de tratamiento causan secuelas con un impacto significativo en las funciones esenciales del sistema estomatognático (succión, respiración, deglución, habla y masticación). Las complicaciones derivadas del cáncer y su tratamiento pueden conducir a cambios fisiológicos temporales o permanentes, como es el caso de la disfagia, dificultades de masticación, cambios en el habla, y mutilaciones que llevan a cambios estéticos que comprometen los aspectos físicos y psicosociales de los pacientes (Rossi et al., 2021).

Por su parte, la rehabilitación de cáncer se ha definido como el cuidado médico integrado a todo el proceso de atención oncológica y que debe ser prestada por profesionales capacitados, quienes dentro de su ámbito de trabajo tienen el diagnóstico y tratamiento de las deficiencias físicas, psicológicas y cognitivas de los pacientes para mantener o restaurar la función, reducir la carga de los síntomas, maximizar la independencia y mejorar la calidad de vida en esta población médicamente compleja (Wisotsky et al., 2017).

En este contexto, el fonoaudiólogo oncológico es responsable de coordinar la atención integral junto con el equipo multidisciplinar, tanto en la atención primaria (prevención, promoción, apoyo y cuidados paliativos), como en la



atención especializada, siguiendo al paciente desde la fase de diagnóstico, antes, durante y después del tratamiento clínico o quirúrgico. Este abordaje previo al tratamiento médico se ha demostrado que es el escenario ideal, y se está trabajando para que la evolución de la rehabilitación de usuarios con cáncer apunte hacia modelos de cuidado continuo, que son los que han permitido la incorporación del quehacer fonoaudiológico en todas las fases de tratamiento, favoreciendo con ello el desarrollo de la prehabilitación fonoaudiológica (Loewen et al., 2021).

Sin embargo, este abordaje todavía se encuentra limitado a ciertos centros integrales que reconocen la relevancia del seguimiento especializado, por lo que se hace necesario incorporar la labor fonoaudiológica como prestación de salud más amplia, de modo que permita el acceso a todo paciente que vea afectadas sus funciones del ámbito fonoaudiológico como consecuencia de una patología oncológica desde su inicio.

A continuación, se describe el abordaje que generalmente realiza el fonoaudiólogo oncológico en cáncer de cabeza y cuello en algunas de las intervenciones específicas con esta población de pacientes.

Como primer aspecto por destacar es que, tal como describen las guías clínicas internacionales, todos los pacientes con cáncer de cabeza y cuello deben someterse a una evaluación de habla y deglución previamente al tratamiento médico. En este caso, el profesional fonoaudiólogo debe llevar a cabo evaluaciones como línea de base y realizar intervenciones con el fin de mantener las funciones antes del tratamiento. Las evaluaciones de voz, habla y deglución deben llevarse a cabo en todas las fases del proceso (Clarke et al., 2016). Debido a que las funciones involucran la zona de cabeza y cuello, la evaluación clínica incluye: examen motor-oral (cierre de labios, rango de movimiento), articulación, control y fuerza de la lengua; evaluación de la deglución orofaríngea (tiempo, eficiencia, aspiración, movimiento de la lengua y la laringe) y evaluación perceptiva de la calidad de la voz. Se puede requerir también una evaluación con apoyo instrumental como nasoendoscopia de la deglución (fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing, FEES) o videofluoroscopia (Clarke et al., 2016).

Sumado a lo anterior, es de gran relevancia que el profesional fonoaudiólogo especializado en el trabajo con esta población esté atento a los efectos secundarios que pudiera tener la quimioterapia a nivel cognitivo, dado que esta impacta directamente en la comunicación del paciente —el llamado *cerebro de quimioterapia* (en inglés *chemofog* o *chemobrain*) (Horowitz et al., 2018)—, de



modo que se incluye la evaluación cognitivo-comunicativa en casos específicos. También es relevante controlar los casos que reciben cierto tipo de drogas que afectan los umbrales auditivos y que son de uso frecuente en el tratamiento antineoplásico de cabeza y cuello —como es el cisplatino— siendo fundamental el control con audiometría antes, durante y después de la quimioterapia, con el fin de advertir al respecto y manejar el cuadro ante una pérdida auditiva (Rybak et al., 2019).

Por otra parte, los trastornos de la voz pueden ocurrir como secuelas propias del tumor, ya sea por la alteración que produce a nivel orgánico, o bien, por cambios conductuales que pudiera evidenciar el paciente. Al respecto, tanto la cirugía como la radioterapia afectan directamente la voz, pudiendo presentarse disfonía o incluso afonía. De allí que el abordaje fonoaudiológico incluye el trabajo de la proyección vocal, el manejo y la recuperación del tono —cuando es posible—, la reducción de la fatiga vocal, y el aumento de la aducción de los pliegues vocales, entre otros (Clarke et al., 2016). De igual modo, existen casos que deben permanecer con traqueostomía y, de ser así, se debe otorgar entrenamiento en el uso de la válvula de fonación; en el caso de laringectomía total se realiza el análisis del mejor método alaríngeo de comunicación al que puede acceder el paciente, junto con el seguimiento de quienes se someten a radioterapia, porque la alteración producida a nivel de pliegues vocales requiere de un entrenamiento permanente con seguimiento constante (Ward y van As-Brooks, 2007).

Ahora bien, en el caso de la rehabilitación oral, los pacientes acceden a prótesis intraorales que proporcionan elevación, obturación y aumento del paladar, con lo cual pueden mejorar la función del habla y la deglución después de las resecciones orales. Para que el resultado sea satisfactorio, el fonoaudiólogo trabaja junto con el cirujano dental restaurador y/o protésico para planificar el apoyo técnico que se le dará al paciente, de modo de facilitar la ejecución de las funciones que se han alterado luego de los tratamientos. Otra alteración que puede presentarse a nivel orofacial por la fibrosis luego de la radioterapia es el trismus (restricción de la apertura oral). Esto puede causar dolor, dificultad con la ingesta oral, mala higiene oral y falta de cuidado dental. En estos casos, se recurre a ejercicios con depresores linguales o dispositivos específicos con el fin de aumentar la apertura bucal (Clarke et al., 2016).

En cuanto a quienes se someten a resecciones orales, suelen describirse trastornos del habla asociados principalmente a la pérdida de tejido. De ser así, se realiza un trabajo que busca compensar los puntos articulatorios, además de programas



de entrenamiento de la articulación e inteligibilidad. El trabajo del profesional fonoaudiólogo aquí es manipular manualmente y recuperar la flexibilidad de los tejidos, previniendo la restricción de movimiento que puede generar tanto el linfedema como una cicatriz por fibrosis (Deng et al., 2019). Así mismo, el drenaje linfático en la zona de cabeza y cuello es un manejo que realiza el fonoaudiólogo para evitar que el estancamiento del líquido linfático impida el libre movimiento de la laringe y de los órganos fonoarticulatorios; en tanto que el abordaje de las cicatrices en la zona de cabeza y cuello es una línea de trabajo que se realiza junto con terapia ocupacional, pero en la que ha sido necesario que el fonoaudiólogo se especialice y trabaje, dado que esto facilita la recuperación del tejido y así se previenen las limitaciones que puede ocasionar una cicatriz cuando se adhiere a los tejidos profundos y restringe el rango de movimiento si no es trabajada a tiempo.

Respecto de las intervenciones en quienes presentan trastornos de deglución, estas deben dirigirse a los déficits fisiológicos específicos y al control volitivo para compensar los cambios en la anatomía y la fisiología, lo cual puede reducir el riesgo de aspiración, desnutrición y tiende a mejorar la calidad de vida. Estas intervenciones pueden incluir cambios posturales para reducir la aspiración, maniobras deglutorias, ejercicios terapéuticos, modificaciones en la consistencia y textura de los alimentos y recomendaciones acerca de la ingesta oral o no oral (Clarke et al., 2016).

Por otra parte, en cuanto a los efectos secundarios en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (Chen, 2019), se puede mencionar la xerostomía, la mucositis oral y las alteraciones en el olfato. Todas ellas impactan tanto en la deglución como en la voz y habla de la persona, por lo cual es necesario educar a los pacientes respecto del manejo para compensar el impacto en la vida diaria o hacer ejercicios que recuperen, en lo posible, el funcionamiento afectado por la intervención. Como se aprecia, siempre se persigue disminuir las molestias que pueden ocasionar estos efectos secundarios tan frecuentes en quienes han sido sometidos a radioterapia y quimioterapia.

La especialización de esta área de trabajo ha motivado la incorporación de otras opciones de intervención que mejoran el resultado funcional y disminuyen el tiempo de intervención. Parte de este proceso ha implicado la formación de profesionales fonoaudiólogos en el uso de equipos que incluyen la electroestimulación, el ultrasonido, y el láser de baja intensidad, entre otras técnicas.

Dada su inserción en el continuo de cuidado del paciente oncológico, la fonoaudiología oncológica también contempla el abordaje de cuidados paliativos,



para lo cual estos profesionales deben perfeccionarse en el acompañamiento del fin de la vida. En ese sentido, muchas veces ello no se limita a una patología oncológica, sino a las comorbilidades propias de la persona que ingresa a esta etapa del cuidado y al nivel de sistema de salud en nuestro país, que incluye los cuidados paliativos en la administración de fondos de pacientes oncológicos.

Como se aprecia, reconocer la relevancia de incorporar un abordaje especializado en el manejo formal de usuarios oncológicos ha planteado desafíos en la estandarización del rol fonoaudiológico, favoreciendo la investigación en la validación de herramientas para objetivar el impacto en la calidad de vida, con publicaciones en importantes revistas a nivel nacional (Cárcamo et al., 2018) e internacional (Rogers et al., 2020).

Por último, se ha demostrado con el paso de los años la importancia de que los fonoaudiólogos se incorporen a las mesas de trabajo y que cuenten con una mayor especialización en el manejo de pacientes oncológicos y de cuidados paliativos. La creación de la Asociación Chilena de Fonoaudiología Oncológica (ASOCHIFON) en 2018 es, precisamente, el resultado de esta incorporación, ya que la institución surge con el objetivo de aportar a nivel nacional acerca de estos temas. Entre los principales hitos de este proceso se destaca una jornada de actualización de abordaje en cáncer de cabeza y cuello en 2019 y la creación de una base de datos con profesionales fonoaudiólogos nacionales dedicados al área oncológica en primera etapa y de profesionales internacionales en una etapa posterior.

CONCLUSIONES

Se ha demostrado con el paso de los años la importancia de que los fonoaudiólogos se incorporen a las mesas de trabajo y aporten con mayor especialización en el manejo de pacientes oncológicos y paliativos. Es por esto por lo que se crea en 2018 la ASOCHIFON, con el objetivo de aportar a nivel nacional en estos temas, uno de cuyos importantes logros fue una jornada de actualización de abordaje en cáncer de cabeza y cuello en 2019, así como también la generación de una base de datos con profesionales nacionales dedicados al área oncológica, para en segunda etapa realizar una base con profesionales internacionales.

En cuanto a los desafíos de la fonooncología en el futuro próximo, estos se enmarcan directamente en la evolución del manejo del cáncer a nivel nacional, específicamente en la creación de políticas públicas para afrontar esta enfermedad



de creciente importancia epidemiológica y de morbimortalidad, plasmadas en el Plan Nacional de Cáncer y en la promulgación posterior de la Ley Nacional de Cáncer (Ministerio de Salud, 2021).

Al respecto, parte de los pilares fundamentales de esta política corresponde al aumento de centros oncológicos y de recursos humanos dedicados a la especialidad, junto con la conformación de guías y orientaciones técnicas para homogeneizar el manejo de esta población (Diario Oficial de la República de Chile, 2020). Con ello, cobrará vital importancia la estandarización del manejo fonaudiológico no solo en los usuarios con cáncer de cabeza y cuello, sino también en unidades de paciente crítico y quirúrgicas, tumores cerebrales, cuidados paliativos, cirugías digestivas y de mediastino, tratamientos de radio y quimioterapia, entre otros, como ya se ha incluido en algunos centros.

REFERENCIAS

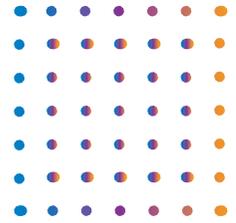
- Aybar, Y. (2005). A deglutição no paciente oncológico de cabeça e pescoço. En I. Machersan (Ed), *Tratamento da deglutição: a atuação do fonoaudiólogo em diferentes países* (pp. 221-237). Pulso.
- Cárcamo, M., Campo, V., Behrmann, D., Celedón, C., Alvear, Á., Vásquez, P., y Araya Salas, C. (2018). Cáncer de cabeza y cuello: validación de cuestionario QLQ-H&N35. *Revista Médica de Chile*, (146), 578-584. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000500578>
- Chen, S.-C. (2019). Oral dysfunction in patients with head and neck cancer: A systematic review. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 27(6), e58. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000363>
- Clarke, P., Radford, K., Coffey, M., y Stewart, M. (2016). Speech and swallow rehabilitation in head and neck cancer: United Kingdom national multidisciplinary guidelines. *The Journal of Laryngology & Otology*, 130(S2), S176-S180. <https://doi.org/10.1017/S0022215116000608>
- Deng, J., Wulff-Burchfield, E.M., y Murphy, B.A. (2019). Late soft tissue complications of head and neck cancer therapy: Lymphedema and fibrosis. *JNCI Monographs*, (53), lgz005. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgz005>



- Horowitz, T. S., Suls, J., y Treviño, M. (2018). A call for a neuroscience approach to cancer-related cognitive impairment. *Trends in Neurosciences*, 41(8), 493-496. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2018.05.001>
- Instituto Nacional del Cáncer [INCANCER]. (2013). *Cánceres de cabeza y cuello*. INCANCER. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza-cuello/hoja-informativa-cabeza-cuello>.
- Ley N° 21.258. (2020). Crea la Ley Nacional del Cáncer, que rinde homenaje póstumo al doctor Claudio Mora. *Diario Oficial de la República de Chile*, Santiago, Chile, 26 de agosto de 2020. <http://bcn.cl/2k6sn>
- Loewen, I., Jeffery, C. C., Rieger, J., y Constantinescu, G. (2021). Pre-habilitation in head and neck cancer patients: A literature review. *Journal of Otolaryngology, Head & Neck Surgery*, 50(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40463-020-00486-7>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2021). *Ley de cáncer*. MINSAL. <https://leydelcancer.minsal.cl/>
- Rogers, S. N., Alvear, A., Anesi, A., Babin, E., Balik, A., Batstone, M., Brockmeyer, P., Carrasco, C. C., Chien, C.-Y., Chirila, M., Dholam, K. P., Doss, J. G., Finizia, C., Ghani, W. M. N., Gurav, S. V., Kadir, K., Kolator, M., Lima, R., Lin, Y.-T., ... Lowe, D. (2020). Variations in concerns reported on the patient concerns inventory in patients with head and neck cancer from different health settings across the world. *Head & Neck*, 42(3), 498-512. <https://doi.org/10.1002/hed.26027>
- Rossi, V. C., Moraes, J. L. de, y Molento, C. F. (2021). Speech therapy in head and neck cancer. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology (English Edition)*, 87(5), 495-496. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2021.02.002>
- Rybak, L. P., Mukherjea, D., y Ramkumar, V. (2019). Mechanisms of cisplatin-induced ototoxicity and prevention. *Seminars in Hearing*, 40(02), 197-204. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1684048>
- Ward, E. y van As-Brooks, J. (2007). *Head and neck cancer treatment, rehabilitation, and outcomes*. Plural.
- Wisotzky, E., Khanna, A., Hanrahan, N., y Maltser, S. (2017). Scope of practice in cancer rehabilitation. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports* 5(1), 55-63. <https://doi.org/10.1007/s40141-017-0144-y>



EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES EN TORNO AL ABORDAJE FONOAUDIOLÓGICO DE PERSONAS GRANDES QUEMADAS



AXEL PAVEZ REYES¹

Resumen

El trabajo con pacientes grandes quemados es complejo y requiere de un abordaje integral e interdisciplinario. Los avances en la medicina permiten que en la actualidad las personas sobrevivan más, pero con mayores secuelas. En el contexto del paciente quemado, desde el ámbito fonoaudiológico es posible contribuir en la prevención, diagnóstico y rehabilitación de la comunicación, deglución y motricidad orofacial. En el mundo, la incorporación de los fonoaudiólogos a los equipos de quemados tiene alrededor de 30 años; mientras que en nuestro país es una práctica que no supera los 10 años. Queda mucho camino por recorrer, sobre todo en mejoras de los programas de políticas públicas en salud relacionados con los grandes quemados. A través de un relato vivencial, el capítulo repasa las experiencias y reflexiones respecto del trabajo fonoaudiológico con este grupo de personas.

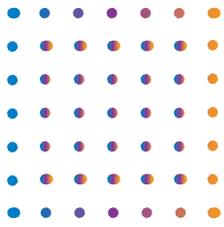
Palabras clave:
comunicación,
deglución,
fonoaudiología,
motricidad orofacial,
quemados.

¹ Fonoaudiólogo por la Universidad de Chile, Magíster en Epidemiología por la Universidad de La Frontera. Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Santiago, Chile.

✉ axel.pavezr@redsalud.gob.cl; flgo.apavez@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-8319-2228>





EXPERIENCES AND REFLECTIONS ON THE SPEECH-LANGUAGE THERAPY APPROACH IN SEVERELY BURNED PEOPLE

Keywords:

burns,
communication,
deglutition,
myofunctional
therapy, speech
therapy.

Abstract

The work with major burn patients is complex and requires a comprehensive and interdisciplinary approach. Advances in medicine nowadays allow people to survive longer, but with greater sequelae. In the context of burn patients, it is possible to contribute to the prevention, diagnosis, and rehabilitation of communication, swallowing and orofacial motor skills in the field of speech therapy. In the world, the practice of speech therapists in burns teams is about 30 years old, while in our country it is a practice that does not exceed 10 years. There is still a long way to go, particularly in the improvement of public health policy programs related to major burns. Through an experiential report, this chapter reviews the experiences and reflections on the speech therapy work with this population.



PRESENTACIÓN Y CONTEXTO

El punto de partida

¿Cómo comenzó mi interés por trabajar con personas quemadas? Recuerdo cuando estaba en la universidad en mi proceso de formación para ser fonoaudiólogo: a medida que avanzaba iba descubriendo diferentes ámbitos de la profesión que me interesaban y que, a mi juicio, en su conjunto daban cabida a un sinnúmero de opciones para contribuir en la vida de las personas, pues a mi modo de ver la fonoaudiología era un todo y no áreas divididas como se enseñaba para “fines prácticos”.

Una tarde mirando televisión, vi un reportaje de una persona que había sufrido quemaduras en su rostro: escuchar su relato fue algo que me impactó en lo más profundo. Pensé “si se quemó la cara, ¿habrá necesitado apoyo fonoaudiológico?”. Yo me imaginaba que sí, lo daba por hecho. Un par de semanas después vi en redes sociales el reportaje de una modelo australiana (Turia Pitt) quien en una carrera benéfica producto de un incendio en un bosque sufrió quemaduras en el 65% de su cuerpo. Para mí el mensaje fue claro, pues no creo en las coincidencias, y se despertó aún más mi interés por esta temática.

Comencé a realizar búsquedas bibliográficas acerca del abordaje fonoaudiológico en pacientes quemados. En ese entonces la literatura era escasa y el acceso a revistas científicas relacionadas era limitado; sin embargo, gracias a la ayuda brindada por profesores y personal de la biblioteca logré acceder a ellos. También me acerqué a mi profesor de ese entonces —y actual amigo—, Rodrigo Tobar, a quien le consulté por experiencias respecto de este ámbito; él me comentó que había tenido la oportunidad de atender algunos casos, pero que no era un tema de pregrado.

Seguí con mi proceso de autoformación y, sobre la base de los artículos que había leído pude llegar a otros, e identificar lo que debía conocer en profundidad. En 2014 tuve la oportunidad de realizar un intercambio en la Universidad de São Paulo, Brasil —cuna latinoamericana de la motricidad orofacial y la intervención fonoaudiológica en quemados—, donde cursé uno de mis internados clínicos, y así aproveché de autogestionar una pasantía con quemados del Hospital das Clínicas, de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. En este lugar tuve mi primera aproximación con las personas quemadas; fue bastante difícil en



lo personal, pues las historias que hay detrás son complejas y no dejan a nadie intacto en el plano emocional. La autoformación me sirvió mucho, ya que llegué con un nivel de conocimientos suficiente que me permitió sacar más provecho a la pasantía en temas prácticos y aprender de grandes personas en lo humano y lo profesional. Con esta experiencia ya tenía claro mi camino y hacia dónde quería dirigir mi desempeño profesional.

Los inicios

En el transcurso del proceso de obtención del título profesional —y para llevar a cabo mi proyecto— ya había averiguado, por ejemplo, que la Posta Central (Centro de Referencia Nacional de grandes quemados en nuestro país) no contaba con profesionales fonoaudiólogos. Esto se presentaba como una gran oportunidad para abrir un nuevo campo, que debido a su relevancia se volvía primordial.

Afortunadamente el universo confabuló a mi favor. Al mes de recibir mi título profesional, mientras trabajaba en el proyecto para presentar en el Servicio de Quemados del Hospital de Urgencia y Asistencia Pública (HUAP o ex Posta Central), recibí un mensaje de Rodrigo Tobar que me comentó que una doctora de HUAP necesitaba un favor, porque estaban un poco complicados con el abordaje de un paciente quemado y que necesitaban que lo viera un fonoaudiólogo; el problema era que la atención debía ser gratuita. No vi la situación financiera como un problema, le comenté mi idea y esa fue la excusa perfecta para comenzar a concretar el proyecto.

Luego de reuniones con las respectivas jefaturas y con el apoyo del Departamento de Fonoaudiología de la Universidad de Chile, se agilizaron los procesos burocráticos que establece el sistema público, permitiendo así mi ingreso en modalidad *ad honorem* en 2015. Así inició el trabajo de la fonoaudiología en el HUAP, compartiendo y educando a todo el equipo interdisciplinario respecto de nuestro rol y aportes en la rehabilitación de esta población.

En las siguientes páginas repasaré lo que ha sido este proceso de aprendizaje y experiencias que han marcado un periodo de amplio crecimiento personal y profesional.



MARCO TEÓRICO

El manejo de los pacientes grandes quemados² requiere de un abordaje integral y multidisciplinario. Si bien durante la última década los avances de la medicina han contribuido en forma significativa a la disminución de la mortalidad en este grupo (Departamento de Estadísticas e Información en Salud [DEIS], Ministerio de Salud [MINSAL], 2018), el nuevo escenario releva la importancia de asumir la discapacidad y hacernos cargo de una rehabilitación precoz, integral y multiprofesional que comience desde la etapa aguda.

Las quemaduras pueden ocasionar alteraciones locales y sistémicas, siendo estas últimas las más complejas pues pueden producir falla orgánica múltiple, ocasionando así la muerte del individuo. Una de las mayores complicaciones asociadas con una quemadura es la injuria inhalatoria, que corresponde a la inhalación de partículas calientes y/o gases tóxicos que causan daño en las vías respiratorias (Usenko, 2014). Son principalmente el resultado de quemaduras termales (incendios, explosiones u otros desastres relacionados), su diagnóstico es fundamentalmente clínico y, por lo general, requieren de un manejo avanzado de la vía aérea (Usenko, 2014). Considerando la gran capacidad de la vía aérea superior (VAS) para disipar el calor, habitualmente la región supraglótica es la que se ve más comprometida. Esta zona es la primera en entrar en contacto directo con los gases calientes que producirán la injuria. En cuanto al compromiso de la VAS, este se caracteriza por un edema importante de la lengua, epiglotis y pliegues aritenopiglóticos; se desarrolla en el curso de unas horas, ocasionando obstrucción del flujo aéreo (Pedreros et al., 2007). Normalmente estos pacientes requieren soporte ventilatorio lo cual, sumado a las secuelas producto de la injuria inhalatoria, se transforma en un factor importante de considerar al momento de la intervención fonoaudiológica.

La estadía hospitalaria de los pacientes grandes quemados habitualmente es prolongada e involucra procedimientos invasivos y no invasivos, además de múltiples tratamientos quirúrgicos. Adicionalmente, por la pérdida de la barrera cutánea los pacientes se encuentran muy susceptibles a infecciones oportunistas (es decir, infecciones asociadas a la atención en salud o IAAS), por lo cual es fundamental extremar medidas de precaución al momento de trabajar con ellos. Otro punto muy importante para tener en consideración es que estas personas se encuentran en un estado de hipercatabolismo³ por lo cual la nutrición e hidratación cobra vital relevancia para lograr una adecuada integridad fisiológica que promueva una óptima cicatrización.

² En términos generales, corresponden a aquellas personas que han sufrido quemaduras por sobre un 20% de la superficie corporal. Sin embargo, existen otros factores vinculados con el índice de gravedad, localización (zonas comprometidas) y/o condiciones especiales, tal como lo detalla la guía clínica GES del Gran Quemado. Para mayor comprensión se sugiere revisar este documento (MINSAL, 2016).

³ Estado metabólico que implica un elevado gasto energético y proteico, frecuentemente observable en pacientes críticos.

El abordaje del equipo de rehabilitación debe ser precoz, donde el rol como fonoaudiólogos se vincula con el manejo y prevención de contracturas y cicatrices hipertróficas a nivel orofacial, así como con la evaluación y manejo de la función glótica y la intervención de la función deglutoria (Snyder y Ubben, 2003). Lo anterior se debe sumar a los aspectos comunicativos (verbales y no verbales), los cuales son cruciales para facilitar la interacción con otros individuos, incluidos los integrantes del equipo de salud. Este abordaje comienza desde la Unidad de Paciente Crítico (UPC) hasta el abordaje de seguimiento en contexto ambulatorio.

Al momento de enfrentarse a un paciente gran quemado es crucial que la o el profesional fonoaudiólogo maneje conceptos básicos de anatomía, fisiología e histología; además de familiarizarse con conceptos vinculados como la clasificación de las quemaduras (en cuanto al agente, extensión, profundidad, zonas especiales, entre otros), injuria inhalatoria, cicatrices e injertos; así como los documentos ministeriales oficiales que establecen directrices en su manejo (MINSAL, 2016; 2020).

Las alteraciones fonoaudiológicas (Tabla 1) posibles de encontrar en pacientes grandes quemados se pueden sintetizar en tres áreas principales: comunicación, deglución y motricidad orofacial.

Por su parte, los principales factores de riesgo (Magnani et al., 2015; Rumbach et al., 2011; 2014) para presentar alteraciones fonoaudiológicas secundarias a quemaduras apuntan a: quemadura orofacial (grado AB-A, AB-B o B), injuria inhalatoria, superficie corporal quemada (SCQ) >18%, manejo avanzado de vía aérea (ya sea por intubación orotraqueal —IOT— y/o traqueostomía —TQT—), edad >55 años, presencia de cicatrices e injertos en región facial y/o cervical, entre otros.



Tabla 1*Alteraciones fonoaudiológicas posibles de encontrar en pacientes grandes quemados*

Comunicación: habla y voz	<p>Dificultades comunicativas con alta tasa de frustración al no poder comunicarse en forma efectiva.</p> <p>Dificultades articulatorias producto de quemaduras profundas, cicatrices hipertróficas o en casos menos frecuentes, quemaduras con trauma facial que impliquen pérdida de alguna estructura anatómica (por ejemplo, labios, lengua, etc.).</p> <p>Daño laríngeo secundario a procedimientos invasivos de vía aérea y/o injuria inhalatoria, siendo característico encontrar: emisión disfónica/afónica, aspereza, ronquera, extensión tonal reducida, tono medio hablado descendido a grave, reducción en los tiempos de máxima fonación y espiración, intensidad disminuida, incompetencia glótica, entre otros.</p> <p>Dificultad en el manejo del flujo aéreo.</p> <p>En algunos casos podrían existir disfonías funcionales (psicógenas).</p>
Deglución	<p>Alta prevalencia de disfagia, con gran riesgo aspirativo.</p> <p>Odinofagia.</p> <p>Aumento en el tiempo de tránsito oral.</p> <p>Presencia de paradegluciones, asociadas principalmente a la dificultad en la propulsión del bolo.</p> <p>Retraso en la activación de la respuesta motora orofaríngea (RMO).</p> <p>Disminución y/o descoordinación en movimientos de excursión hiolaríngea.</p> <p>Disminución en la sensibilidad faringolaríngea, lo cual se asocia con una mayor probabilidad de aspiración silente.</p> <p><i>Clearance</i> faríngeo deficiente, aumentando el riesgo de penetración-aspiración posdeglución.</p> <p>En caso de lesiones por ingesta de químicos, es posible encontrar estenosis faríngeas o laríngeas.</p>
Motricidad orofacial	<p>Rango de movimientos labio-linguales disminuidos.</p> <p>Limitación en la apertura bucal.</p> <p>Limitación en movimientos mandibulares (lateralización/protrusión), que impactarán en la función masticatoria.</p> <p>Limitación en movimientos cervicales (rotación, extensión, lateralización).</p> <p>Mímica y estética facial: dificultad en realización de algunos movimientos que favorecen la expresión facial, producto de cicatrices y/o retracciones.</p>

Nota: Es importante enfatizar que la información descrita en la tabla no necesariamente va a ser pesquisada en la totalidad de los pacientes quemados. Los hallazgos están supeditados a la historia clínica, así como al agente, grado y profundidad de la quemadura.

Fuente: Creación propia, adaptado de Rumbach et al. (2009); Tobar y Pavez (2019); Toledo (2003).



METODOLOGÍA

El comienzo: diagnóstico situacional

Llegar directo a la Unidad de Paciente Crítico Quemados, del Centro de Referencia Nacional —el cual recibe cerca del 90% de los pacientes quemados graves del país— no fue tarea fácil. El desafío implicaba en primera instancia conocer el lugar, los pacientes, el equipo, las dinámicas y los recursos disponibles, además de educar al equipo acerca de nuestro rol y el potencial beneficio, así como diseñar un programa de trabajo que permitiera generar un impacto en lo acotado de las jornadas.

El primer mes implicó realizar un diagnóstico situacional, donde junto con levantar información y conocer el lugar, se realizó orientación y educación al equipo de salud para mejorar las prácticas que podrían beneficiar a los pacientes. Esta información complementada con la experiencia adquirida en la pasantía de Brasil, permitió elaborar pautas de evaluación y material educativo que serviría para levantar datos y poder mostrar resultados tanto a nivel nacional como internacional.

Rompiendo barreras

Si se considera que no existía la disciplina fonoaudiológica en la cultura organizacional del HUAP, además de encontrarse altamente “enfermerizada”, posicionar el trabajo y rol del fonoaudiólogo en este contexto fue una tarea compleja. Por ende, gran parte de nuestras labores eran asumidas por otras profesionales, quienes sin contar con los sustentos anatómo-fisiológicos trataban de suplir una necesidad de los pacientes.

El “periodo de evangelización” consistió en la lucha contra preguntas y afirmaciones tales como: “pero si nuestros pacientes hablan bien”, “nuestros pacientes dicen bien la erre”, “nuestros pacientes comen bien”, entre otras. No recuerdo cuántas veces expliqué en qué consistía nuestro trabajo, además de explicitar que el simple hecho de que una persona trague no significa que esté realizando el proceso en forma correcta.

Con el paso de los meses y con el trabajo en marcha, los miembros del equipo iban comprendiendo el significado de la incorporación de la fonoaudiología y



valorando su presencia. Actualmente no se imaginan carecer de esta disciplina, tanto así que hoy en día el equipo de fonoaudiología se encuentra trabajando los siete días de la semana para dar cobertura a las necesidades de nuestros pacientes.

Situaciones complejas

Una de las situaciones más complejas ocurrió en diciembre de 2015 cuando se acabó el convenio *ad honorem* y finalizó el proyecto. El trabajo realizado, los resultados y el vínculo logrado con el equipo llegaba a su fin con la incertidumbre de su continuidad. Pese a la excelente valoración que recibió el proyecto, “no existían los recursos disponibles en el hospital para invertir en esta disciplina, pese al beneficio que eso significaba”. Afortunadamente, se presentó la oportunidad de dar continuidad por medio de un convenio docente-asistencial con la Universidad de Chile, dando así paso a un nuevo desafío: la docencia clínica.

Otras situaciones se vinculan principalmente con la carga emocional que implica el trabajo con personas grandes quemadas, quienes están mucho tiempo hospitalizadas y en una condición crítica, lo cual posibilita el surgimiento de lazos significativos. Las vidas perdidas son parte del camino recorrido y, pese a que duelen, sabemos que siempre damos lo mejor de nosotros y hacemos todo lo que esté a nuestro alcance, aunque a veces no sea suficiente.

RESULTADOS

El término del periodo *ad honorem* y los resultados de la intervención

En diciembre de 2015 concluía el proyecto *ad honorem*, por lo que se puso fin a la intervención y se iniciaban las incertidumbres futuras respecto de la continuidad del trabajo.

Como todo proyecto que finaliza, correspondía mostrar el resultado. Para estos fines se realizó una presentación al equipo mostrando los efectos de la intervención, los cuales fueron interesantes y positivos. En el periodo de la intervención se evidenció que, por ejemplo, aproximadamente un 65% de los pacientes presentó disfagia orofaríngea en diferentes grados de severidad, seguidos también de disfonías



que alcanzaban un 60% y aproximadamente un 20% de desorden miofuncional orofacial. No se registraron neumonías posextubación, por lo que la tasa de incidencia fue de 0%. Los pacientes lograban alimentación completa por boca, sin necesidad de egresar con una vía alternativa de alimentación, aunque sí en algunos casos con modificaciones de consistencia y/o viscosidad, además, mejoraban su calidad vocal y recuperar su voz, entre otros. La percepción por parte del equipo en cuanto al trabajo realizado fue muy positiva, valorando la intervención como exitosa y útil en el contexto clínico. Estos resultados permitieron respaldar el trabajo realizado para dar continuidad al proyecto.

La docencia clínica y nuevos desafíos

Pese a la escasez de recursos económicos que presentaba la HUAP para la contratación de un fonoaudiólogo, el respaldo de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Chile permitió dar continuidad por medio de un convenio docente-asistencial.

El desafío era gigante, pues a mi corta edad no contaba con las herramientas docentes suficientes para enseñar a otro (o al menos eso pensaba); sumado a que, además, en una jornada de 22 horas semanales debía dar atención a todas las unidades del hospital. Fueron meses de estudio, aprendizaje y preparación para ser capaz de extrapolar ese modelo de atención hacia el resto del hospital y, además, tener a mi cargo la formación profesional de un futuro colega.

La experiencia fue muy gratificante tanto para mí como para los estudiantes que tuvieron la oportunidad de formarse en ese periodo, recibiendo una valoración positiva por parte de los alumnos. La autoformación previa y la experiencia generada luego de ese año de proyecto me permitieron transmitir con mayor facilidad los conocimientos y motivar a los estudiantes a involucrarse activamente con sus ideas y concretar sus proyectos.

Compartiendo la experiencia

No sirve realizar un trabajo tan importante si no somos capaces de compartir los resultados y motivar a otros. Mi interés genuino por la investigación me motivaba a compartir estas experiencias, más aún al saber que los grandes quemados constituyen una población compleja y de la cual, hasta ese momento en nuestro país, existía poca información vinculada con el ámbito fonoaudiológico.



Además de la presentación al equipo, comencé a trabajar en plasmar los resultados de la intervención para compartirlos con la comunidad. Así, participé en varios congresos nacionales e internacionales e incluso mi presentación en el IX Congreso Chileno e Internacional de Quemaduras (2016) generó gran interés al ser la primera vez en que se presentaba e incluía un fonoaudiólogo. El trabajo presentado me permitió ganar el premio “Dr. René Artigas” que se entregaba al mejor trabajo de investigación. Tal fue el éxito de este trabajo, que años más tarde y en conjunto con mi colega fonoaudióloga Macarena Martínez lo publicamos en la revista *Burns* (Pavez y Martínez, 2019) (para los que trabajamos el área de quemados, una de las más importantes y prestigiosas). Así, he participado en clases (de pregrado y postítulo), charlas, conferencias en congresos y publicaciones (nacionales e internacionales) (MINSAL, 2020; Pavez y Tobar, 2016; Pavez, 2018; Pavez y Martínez, 2019; Tobar y Pavez, 2019), todo para compartir experiencias y evidencia respecto del abordaje de las personas quemadas.

De igual forma, me incorporé como socio activo de la Sociedad Chilena de Quemaduras (SOCHIQUEM) y años más tarde ingresé a su directorio. Durante este periodo en conjunto con un gran equipo de profesionales, hemos trabajado por mejorar los programas de políticas públicas relacionadas con los pacientes quemados. Gracias al trabajo realizado, se proyecta incorporar las prestaciones de fonoaudiología en la canasta del “GES 55: Gran Quemado” y se nos incluyó en las orientaciones técnicas de rehabilitación (MINSAL, 2020), esperando también participar en la nueva revisión de la guía GES Gran Quemado.

La actualidad

Actualmente en el Servicio de Quemados de HUAP contamos con un equipo multidisciplinario de profesionales, lo que permite brindar una atención segura y de calidad. Se realizan diferentes actividades para dar cumplimiento a las diferentes necesidades de nuestros usuarios. De igual modo, se ha trabajado en un modelo de atención precoz en relación con las diferentes fases de rehabilitación (MINSAL, 2020), lo que permite un ingreso temprano del equipo de fonoaudiología. Adicionalmente, para favorecer la continuidad de la rehabilitación al momento del alta hospitalaria se elabora una epicrisis de rehabilitación, que incluye una síntesis de la historia y antecedentes clínicos, los hitos logrados de rehabilitación y los planes futuros para cumplir con los objetivos de rehabilitación.



Por su parte, los avances en términos de gestión clínica (Pavez et al., 2020) han permitido que hoy en HUAP contemos con un equipo de 10 fonoaudiólogos trabajando en modalidad diurna y cuarto turno modificado. Esta gestión posibilita realizar atención clínica 12 horas, los siete días de la semana, permitiendo así satisfacer las diferentes necesidades de los usuarios y los equipos clínicos.

Desafíos futuros

Se hace imperativo revisar y actualizar la guía clínica GES n° 55 Gran Quemado (MINSAL, 2016), cuya última actualización fue el 2016, profundizando el apartado de rehabilitación e incorporando información referente a nuestra disciplina.

De igual forma, se hace necesario continuar la capacitación de los profesionales de la red nacional de atención en salud respecto del abordaje de los grandes quemados, con el objetivo de dar continuidad a la rehabilitación. Asimismo, es preciso fomentar la investigación clínica, levantando experiencias y datos locales que permitan respaldar el trabajo realizado e incluirlo, así como evidencia disponible, en los programas de políticas públicas relacionados con grandes quemados.

CONCLUSIONES

El trabajo a lo largo de estos años no ha sido sencillo, pero ha significado un proceso bonito marcado por el aprendizaje, conocimiento, crecimiento profesional y personal, así como el trabajo duro, los que actualmente permiten mirar en retrospectiva y recoger los frutos de la siembra.

Al trabajar con personas grandes quemadas son múltiples los factores que se conjugan para realizar un abordaje efectivo, sumado a los factores internos propios de cada individuo para lograr el éxito de la intervención. Más allá de lo práctico y propio de nuestra profesión, es fundamental no perder el foco de lo que somos —personas—, de esta forma no nos desensibilizaremos con la historia del otro, que se encuentra en una situación de dolor y sufrimiento y podremos enfocar nuestra energía en el éxito conjunto. La mirada no cambia, pese a que el envoltorio no se encuentre en el mejor estado.



Es crucial valorar la historia personal de cada individuo, evitar caer en la superficialidad estética y conectar con la persona que estamos ayudando. De igual forma, la capacidad de contar con una visión integral y de trabajar en equipo es fundamental al momento de abordar a un gran quemado.

AGRADECIMIENTOS

Existen muchas personas que desinteresadamente me entregaron su apoyo desde el ámbito personal y/o profesional y quisiera agradecerles en estas líneas:

- Al Flgo. Rodrigo Tobar, quien me impulsó y vio en mí la capacidad de asumir este desafío.
- A la Flga. Dra. Dicarla M. Magnani, quien compartió desinteresadamente sus conocimientos, me formó y con quien hasta el día de hoy mantengo una “parceria e amizade” motivados por nuestros intereses comunes con los quemados.
- A la Flga. Sara Tapia, quien desde primer año me impulsó y motivó a salirme “del modelo tradicional” y buscar las mejores alternativas que encajaran con mi perfil como “el profesional que quería ser”.
- A la Klga. Joana Molina y la Dra. Carolina Rivera, quienes siempre han apoyado y respaldado mis iniciativas, además de entregar las facilidades logísticas para participar de diversas instancias de extensión y educación.
- Al equipo de kinesiólogos del Servicio de Quemados HUAP, en particular a Diego, Nico y Emilio con quienes aprendí del trabajo colaborativo.
- A la enfermera Tania Salinas, quien confió en mi proyecto, mi trabajo y mis capacidades, apoyándome en la gestión del cargo de fonoaudiólogo en HUAP.
- A todo el equipo del Servicio de Quemados HUAP (médicos intensivistas, cirujanos plásticos, enfermeros, técnicos en enfermería de nivel superior, kinesiólogos, nutricionistas, secretaria, psicóloga, auxiliares de alimentación, auxiliares de servicio, entre otros).
- A todos los pacientes que no lograron culminar su lucha y que dejaron este plano, pero que nos legaron enseñanzas para ayudar a los que vendrán.



- A todos los pacientes que he tenido la posibilidad de ayudar en más de siete años de ejercicio de la profesión, quienes han depositado en mí su confianza y día a día me desafían y motivan a seguir aprendiendo. En especial a Noelia, Francisco, José, Cecilia, Verónica, María, Alicia, Francisco M, Eduardo y Carlos, entre tantos otros.

REFERENCIAS

- Departamento de Estadísticas e Información en Salud [DEIS], Ministerio de Salud [MINSAL]. (2018). Base de datos de mortalidad 2010–2016 [Conjunto de datos]. MINSAL.
- Magnani, D. M., Sassi, F. C., Vana, L. P. M., Alonso, N., y Andrade, C. R. F. (2015). Evaluation of oral-motor movements and facial mimic in patients with head and neck burns by a public service in Brazil. *Clinics*, 70(5), 339-345. [https://doi.org/10.6061/clinics/2015\(05\)06](https://doi.org/10.6061/clinics/2015(05)06)
- Ministerio de Salud. (2016). *Guías clínicas AUGE gran quemado*. http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GPC-GRAN-QUEMADO-FINAL-18-MARZO-2016_DIAGRAMADA.pdf
- Ministerio de Salud. (2020). *Orientaciones clínicas para la rehabilitación del paciente gran quemado adulto*. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/ORIENTACIONES-CLI%CC%81NICAS-PARA-LA-REHABILITACIO%CC%81N-DEL-PACIENTE-GRAN-QUEMADO-ADULTO.pdf>
- Pavez, A. y Tobar, R. (2016). Intervención fonoaudiológica en quemados: relato de un caso en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Chile. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 15(4), 278-282. <https://pesquisa.bvsalud.org/odontologia/resource/espt/biblio-915192>
- Pavez, A. (2018). Terapia miofuncional en quemaduras orofaciales de segundo y tercer grado. , 17(1). <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2018.51613>
- Pavez, A. y Martínez, M. P. (2019). Dysphagia in the burn patient: Experience in a National Burn Reference Centre. *Burns*, 45(5), 1172-1181. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2019.01.002>

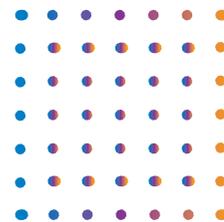


- Pavez, A., Letelier-Vera, B., y Rivera-Rivera, C. (2020). Categorización de la atención fonoaudiológica: una propuesta para adultos en contexto hospitalario. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, (19), 1-14. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2020.60192>
- Pedrerros, C., Longton, C., Whittle, S., y Villegas, J. (2007). Injuria inhalatoria en pacientes quemados: Revisión. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 23(2), 117-124. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482007000200006>
- Rumbach, A. F., Ward, E. C., McKinnon-Dubose, C., y Clayton, N. A. (2009). Burn injury. En E. C. Ward y A. T. Morgan (Eds.), *Dysphagia post trauma* (pp. 151-200). Plural Publishing.
- Rumbach, A. F., Ward, E. C., Cornwell, P. L., Bassett, L. V., Khan, A., y Muller, M. J. (2011). Incidence and predictive factors for dysphagia after thermal burn injury: A prospective cohort study. *Journal of Burn Care & Research*, 32(6), 608-616. <https://doi.org/10.1097/bcr.0b013e318231c126>
- Rumbach, A. F., Ward, E. C., Heaton, S., Bassett, L. V., Webster, A., y Muller, M. J. (2014). Validation of predictive factors of dysphagia risk following thermal burns: A prospective cohort study. *Burns*, 40(4), 744-750. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2013.09.020>
- Snyder, C. y Ubben, P. (2003). Use of speech pathology services in the burn unit. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 24(4), 217-222. <https://doi.org/10.1097/01.bcr.0000075969.19229.ee>
- Tobar, R. y Pavez, A. (2019). Intervención de la deglución en la persona con quemadura de la vía aerodigestiva superior. En M. P. Moya, F. Susanibar, y C. Valdés (Eds.), *Evaluación e intervención logopédica en motricidad orofacial y áreas afines* (pp. 335-348). GIUNTIEOS Psychometrics.
- Toledo, P. N. (2003). *Conhecimentos essenciais para atender bem os pacientes queimados*. Pulso.
- Usenko, J. (2014). Burns. En A. Reed y F. Yudkowitz (Eds.), *Clinical cases in anesthesia*, 4th edition (pp. 411-418). Elsevier.





EXPERIENCIA DEL EQUIPO DE REHABILITACIÓN DE LA UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO EN USUARIOS CON COVID-19 DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CURICÓ



BELÉN BRICEÑO MENESES¹
SOLEDAD MÁRQUEZ ROLDÁN²
PEDRO ORMAZÁBAL SILVA³

Resumen

La pandemia por el SARS-CoV-2 impactó profundamente la actividad regular de nuestra sociedad en todas sus dimensiones. A nivel mundial, ha exigido a los gobiernos y a sus autoridades sanitarias un gran esfuerzo para evitar brotes que repercutan negativamente tanto en la morbimortalidad de la población afectada, como en aspectos de la vida social y económica. En 2019, durante su pleno transcurso, el Hospital de Curicó sufrió profundas modificaciones que, a la larga, fueron trascendentales para dar una respuesta adecuada a la demanda por camas críticas como consecuencia del aumento de contagios en la provincia de Curicó. El desafío para los equipos de rehabilitación en la Unidad de Pacientes Críticos se enfocó en minimizar las consecuencias o secuelas de las intervenciones complejas realizadas dentro de la unidad. El documento describe las principales funciones definidas para el equipo de rehabilitación de la UPC del Hospital de Curicó en el contexto de la pandemia por el SARS-CoV-2 y sus interacciones y colaboraciones más representativas para el abordaje y tratamiento de los pacientes de esta unidad.

Palabras clave:
COVID 19, cuidados intensivos, intubados, rehabilitación, traqueostomía.

¹ Fonoaudióloga por la Universidad de Chile, Magíster en Trastornos del Lenguaje y Habla por la Universidad de Talca. Curicó, Chile.

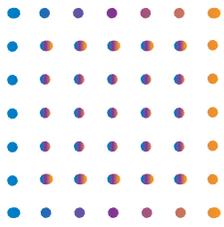
✉ belenadnrea@gmail.com.  <https://orcid.org/0000-0002-5410-1267>.

² Kinesióloga por la Universidad Católica del Maule, Magíster © en Dirección y Gestión Estratégica en Salud. Curicó, Chile.

✉ solemarquezroldan@gmail.com.  <https://orcid.org/0000-0002-0906-9472>.

³ Fonoaudiólogo por la Universidad de Talca. Curicó, Chile. ✉ pedrormazabal2@gmail.com.  <https://orcid.org/0000-0003-1846-0155>.





EXPERIENCE OF THE REHABILITATION TEAM OF THE CRITICAL PATIENT UNIT IN USERS WITH COVID-19 OF THE SAN JUAN DE DIOS HOSPITAL IN CURICÓ

Keywords:

COVID 19, intensive care, intubated, rehabilitation, tracheotomy.

Abstract

The SARS-CoV-2 pandemic has profoundly impacted the regular activity of our society in all its dimensions. Worldwide, the pandemic has required governments and their health authorities to make a great effort to prevent outbreaks that negatively impact both the morbidity and mortality of the affected population, as well as aspects of social and economic life. In 2019, during the pandemic, the Curicó Hospital underwent profound changes that, in the end, were transcendental to provide an adequate response to the demand for critical beds because of the increase in infections in the province of Curicó. The challenge for the rehabilitation teams at the UPC focused on minimizing the consequences or sequelae of the complex interventions carried out within the unit. The following document describes the main functions defined for the rehabilitation team of the UPC of the Curicó Hospital in the context of the SARS-CoV-2 pandemic and its most representative interactions and collaborations for the approach and treatment of patients of this unit.



PRESENTACIÓN

A nivel mundial, la pandemia por SARS-CoV-2 ha exigido a los gobiernos y a sus autoridades sanitarias importantes esfuerzos para evitar brotes que impacten negativamente a la población afectada. La pérdida de empleos, el aumento de la tasa de desocupación, la contracción económica y una elevada tasa de mortalidad por millón de habitantes son solo algunas de las consecuencias que ha tenido la pandemia en nuestro país.

En este contexto, para contar con personal y camas medias e intensivas y de ese modo hacer frente a la pandemia (Centro Nacional de Vacunación y Enfermedades Respiratorias [NCIRD], 2020), entre las estrategias generadas desde el sector de salud se cuentan:

- realizar modificaciones organizacionales internas como la reconversión de camas,
- minimizar la atención presencial,
- discontinuar la atención ambulatoria tanto de atención primaria como de especialidad,
- suspender cirugías y procedimientos quirúrgicos, entre otros.

El Hospital San Juan de Dios de Curicó, es una organización dependiente del Servicio de Salud del Maule y este, a su vez, del Ministerio de Salud de Chile. La institución fue fundada en la segunda mitad del siglo XIX, por iniciativa del gobernador de la época. Se encuentra acreditado desde el 25 de mayo de 2016, con un 93,4% de cumplimiento de sus estándares de calidad y seguridad, en los procesos clínicos y administrativos. Con el paso del tiempo, ha ido aumentando su dotación de personal, así como también su cartera de servicios, siendo uno de los tres hospitales de alta complejidad en la región. Puesto que el 85% de la población de Curicó pertenece al Fondo Nacional de Salud (FONASA), es evidente la importancia que este recinto otorga a la comunidad como parte de la red de atención pública.

Las transformaciones que sufrió el Hospital de Curicó durante 2019, fueron trascendentales para dar una respuesta adecuada a la demanda por camas críticas como consecuencia del aumento de contagios en la provincia de Curicó. Así, se incrementó la dotación de camas de la Unidad de Pacientes Críticos (en adelante UPC) en un 400%; de las 17 camas iniciales (10 camas de la Unidad de Cuidados



Intensivos, UCI y 7 camas de cuidado intermedio) se incrementó a 50 camas UCI y 18 camas de cuidado intermedio, repercutiendo también en el aumento de la dotación de personal de todos los estamentos. Luego de las modificaciones, el equipo de rehabilitación del servicio de UPC quedó conformado por 6 profesionales fonoaudiólogos, 33 kinesiólogos y 3 terapeutas ocupacionales.

En este escenario, el desafío para los equipos de rehabilitación en la UPC se enfocó en minimizar las consecuencias o secuelas de las intervenciones complejas realizadas dentro de la unidad, entre las cuales se pueden mencionar:

- el proceso de intubación,
- uso de ventilación mecánica invasiva,
- uso de sedoanalgesia,
- inmovilización prolongada y
- los efectos propios de la patología de ingreso.

Además de lo anterior, la estadía en la UPC puede resultar en otras complicaciones entre las que se cuentan:

- debilidad muscular,
- disfunción de mecanismos protectores de vía aérea,
- déficits neurocognitivos,
- sintomatología psiquiátrica,
- disminución en la independencia en actividades de la vida diaria (AVD) básicas y/o
- limitaciones funcionales generales.

Ante estas y otras situaciones, la intervención asertiva y temprana de un equipo multidisciplinario coordinado de rehabilitación se hace fundamental, debido a su impacto positivo en la disminución de las secuelas físicas y cognitivas, en la reducción de la morbimortalidad de los pacientes, la disminución de días cama y en la mantención de la funcionalidad general de los usuarios luego de su egreso de la unidad.

Ahora bien, debido a los beneficios de una atención temprana de prevención e intervención la UPC del Hospital de Curicó estaba organizada con un equipo de



rehabilitación coordinado, con funciones definidas y trabajo conjunto declarados por cada estamento y desde el ingreso de los usuarios a la unidad (Cameron et al., 2015; Miranda Rocha et al., 2017).

No obstante, ante la incertidumbre y el desconocimiento inicial del comportamiento del SARS-CoV-2 —y atendiendo a las recomendaciones mundiales—, se revisaron los procesos y se realizaron las modificaciones pertinentes de acuerdo con las sugerencias. Dichas actualizaciones debieron replantearse nuevamente tras observar la evolución de los usuarios y las grandes secuelas que generaba el virus luego del aumento de la estadia con ventilación mecánica. Como consecuencia de ello, se modificaron las actividades realizadas por parte del equipo y, con los resguardos necesarios, se liberaron muchas de ellas, utilizando de forma estricta el equipamiento de protección personal (EPP), con lo cual se redefinieron las funciones y organización de la rehabilitación.

Las siguientes páginas describen las principales funciones definidas para el equipo de rehabilitación de la UPC del Hospital de Curicó en el contexto de la pandemia por el SARS-CoV-2 y sus interacciones y colaboraciones más representativas para el abordaje y tratamiento de los pacientes de esta unidad.

EL EQUIPO KINESIOLÓGICO EN LA UPC

Uno de los objetivos prioritarios del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Curicó —y en especial de los profesionales kinesiólogos de la UPC—, es sumar acciones de rehabilitación motora estructuradas junto con el trabajo sistemático y organizado del manejo ventilatorio y respiratorio, sobre la base de la evidencia y experiencia clínica, para otorgar una intervención kinesiológica integral del individuo desde la etapa crítica hasta su rehabilitación con un enfoque biopsicosocial.

Desde esta óptica, el manejo kinésico motor para los usuarios de la UPC busca su movilización precoz y progresiva, la cual impacta en una mayor funcionalidad, disminución en la duración del delirium, menor tiempo de estadia en UCI y disminución de los días de hospitalización (Nydahl et al., 2017). Por lo tanto, las funciones que se definen para este estamento dentro del equipo, además de su trabajo coordinado con las otras disciplinas, guardan relación con:



- prestar atención de kinesioterapia integral a los usuarios adultos en fase de hospitalización en la UPC de acuerdo con los lineamientos generales determinados por el equipo de rehabilitación;
- participar en la entrega de turno del equipo de rehabilitación, con el objeto de discutir las terapias por realizar;
- atención inmediata a pacientes con urgencia respiratoria o ventilatoria;
- armado y desarmado de ventiladores invasivos y no invasivos;
- toma de exámenes (cultivo, Gram, IFI, baciloscopía), de acuerdo con la indicación médica;
- aspiración de secreciones en pacientes intubados o traqueostomizados y pacientes que no tienen invadida la vía aérea;
- participar del destete de ventilación mecánica (*weaning*), en su proceso y hasta la desconexión;
- evaluar, junto con los profesionales fonoaudiológicos, los mecanismos protectores de la vía aérea como predictor de éxito de extubación y porcentaje de fuga;
- realizar intervenciones de rehabilitación integral a través de la realización de movilización temprana, educación al usuario, familia y/o cuidador;
- participación en el procedimiento de intubación;
- participar en la traqueostomía (TQT) percutánea en el manejo de la vía aérea;
- participar en la reanimación cardiopulmonar en el manejo de la vía aérea;
- participar en la programación y configuración de parámetros ventilatorios de acuerdo con la necesidad de cada paciente y los objetivos decididos en la entrega de turno con el equipo de la UPC.



EL QUEHACER DEL PROFESIONAL FONOAUDIÓLOGO EN LA UPC

Las acciones de prevención e intervención fonoaudiológicas tempranas dentro de la UPC del Hospital de Curicó también favorecen la disminución de secuelas funcionales generales en los sujetos, al mantener la funcionalidad de los mecanismos protectores de la vía aérea, favorecer la comunicación de los usuarios y contribuir a disminuir las complicaciones que influyen en los días de hospitalización y morbimortalidad de los pacientes. La intubación, la sedación, el reposo prolongado, la traqueostomía, el uso de alimentación enteral y la polineuropatía de pacientes críticos son aspectos que se asocian con trastornos de la deglución en usuarios de UPC, donde la disfagia es uno de los mayores factores de riesgo que contribuye a su morbilidad y mortalidad.

En efecto, se ha demostrado que en la población general de cuidados intensivos la intubación endotraqueal que dura más de 48 horas aumenta sustancialmente el riesgo de disfagia, con una prevalencia del 56% aproximadamente (Match et al., 2013; Zuercher et al., 2019). De allí la importancia de que el profesional fonoaudiólogo intervenga en los pacientes críticos que se encuentran tanto en situación de intubación o en proceso de destete, o bien, luego de su extubación, independientemente de su edad y/o patología de ingreso.

De este modo, la acción terapéutica del profesional fonoaudiólogo llevada a cabo en pacientes intubados, tanto en supino como en prono tiene por finalidad:

- prevenir complicaciones y mantener las funcionalidades relacionadas con la salud oral de los pacientes;
- evaluar, monitorear y sugerir posicionamientos craneocervical mandibulares funcionales y de tubo en la cavidad oral, disminuyendo al mínimo las secuelas;
- estimular y mantener la funcionalidad muscular facial, oral y lingual;
- mantener la funcionalidad de la vía aérea superior y de sus mecanismos protectores;
- participar del proceso de evaluación de destete, trabajando de manera coordinada con el equipo kinesiológico, para así garantizar el éxito;



- mantener, favorecer y estimular las habilidades comunicativas cognitivas funcionales (Hwang et al., 2007).

Por otra parte, en los pacientes extubados que han estado sobre 48 horas intubados, los fonoaudiólogos realizan una evaluación de la deglución no nutritiva, la que es obligatoria para determinar si es pertinente y seguro continuar la valoración nutritiva y también se realiza un cribado o screening del rendimiento comunicativo. De acuerdo con lo observado se determinan los lineamientos a seguir. Junto con lo anterior, el profesional fonoaudiólogo debe participar del proceso para una alimentación segura y eficiente en usuarios de UPC, sugiriendo métodos alternativos cuando así se requiera.

Estimulación fonoaudiológica en pacientes intubados

En cuanto al abordaje de estos pacientes, el objetivo del trabajo fonoaudiológico es favorecer la funcionalidad motora oral y de vía aérea, así como sus mecanismos protectores y de comunicación (Colonel et al., 2008; Hwang et al., 2007). Para ello, se realiza una serie de acciones que favorecen la prevención o disminución de disfunciones motoras orales, inflamaciones faciales, labiales, linguales, traqueales y oculares, con la finalidad de disminuir las lesiones por presión en las áreas faciales y linguales, en especial en usuarios en posición prono. Antes de la pandemia se realizaban acciones de estimulación de vía aérea superior, las cuales debieron suspenderse por seguridad debido al riesgo de aerosolización.

Ahora bien, dentro de los motivos de complicaciones asociadas al paciente crítico están el reflujo gastroesofágico, la debilidad muscular, la farmacología, la neuropatía del paciente crítico y la intubación. Siendo así, todas las acciones deben enfocarse en mantener las posturas cervicales hacia la línea media, o bien, en aquellas que minimicen el impacto del tubo orotraqueal en la vía aérea, de modo que mantengan la funcionalidad oral, las posturas linguales que disminuyan heridas y el impacto dental. En estos casos, se trabaja con ejercicios para mantener tanto la movilidad como la sensibilidad lingual y facial. De igual modo, se sugiere el uso de implementos como ventosas y rodillos faciales, chewys⁴ y pesas linguales cuando sean pertinentes.

En cuanto a los usuarios con baja sedación y cooperadores, es posible generar acciones en donde el paciente participa de forma activa con movimientos voluntarios, los que promueven el aprendizaje sensorio motor y la mantención

⁴ Tubos masticables que ayudan al fortalecimiento de las habilidades motoras orales de un modo atractivo y ameno.



de funciones protectoras de vía aérea. A ello, se agrega la posibilidad de realizar un cribado del estado comunicativo general del paciente, para posteriormente estructurar y estimular de forma transversal las funciones de esa índole, fomentando junto con la terapia ocupacional, la orientación ambiental y personal, la conexión con el medio y las formas de comunicación funcional con sus familiares y con el personal.

Así mismo, ya que la consigna de toda atención es la seguridad del usuario, se han definido además de lo ya mencionado, aquellas contraindicaciones para la estimulación e intervención fonoaudiológica en pacientes intubados, entre las que se pueden mencionar las siguientes:

- todo usuario que no tenga indicación médica;
- usuario con noradrenalina mayor a 0.1ug, (en estos usuarios solo se enfatiza el trabajo de mantención de salud oral);
- usuario con plaquetas bajo 50.000.

Por último, de acuerdo con las características y rendimiento del usuario, este es categorizado para definir el número de atenciones fonoaudiológicas requeridas en su caso. Para ello, la unidad de fonoaudiología de UPC del Hospital de Curicó cuenta con una clasificación acorde (Tablas 1 y 2).



Tabla 1

Categorización de usuarios intubados

En relación con las siguientes escalas	Asignar 1 punto si	Asignar 2 puntos si	Asignar 3 puntos si
BOAS	Sin disfunción	Disfunción leve-moderada	Disfunción severa
RASS	-5 y -4	-3-2	-1 y 0
Edad	80 o más	66-79	65 o menos
Días de tubo	Sobre 5 días	2-5 días	0-48 horas
POSICIONAMIENTO: Supino: 1 punto. Prono: 2 puntos. Agregue 1 punto en caso de necesidad de sumar o cambiar las ayudas técnicas de posicionamiento.			
Posicionamiento total	1	2	3
ANTECEDENTES DE INTUBACIÓN: Valore la necesidad de atención de las siguientes condiciones y puntúe. Sin antecedentes de complicación: 1 punto. Intubación difícil o reintubación: 2 puntos. Intubación difícil y reintubación: 3 puntos.			
Antecedentes de intubación	1	2	3
PUNTAJE TOTAL	6 puntos	7-13 puntos	14-18 puntos
De acuerdo con los resultados de puntaje	Baja demanda: Asignar 1 atención	Demanda media: Asignar 2 atenciones	Alta demanda: Asignar 3 atenciones

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2

Categorización de usuarios adultos

En relación con las siguientes escalas	Asignar 1 punto si	Asignar 2 puntos si	Asignar 3 puntos si
Boston	5	2-4	0-1
Escala de inteligibilidad	8-10	4-7	1-3
BOAS	Normal	Leve	Moderado-severo
Grado de disfonía	Normal-leve	Moderada	Severa
Doss	6-7	3-5	1-2
Barthel	Total-severo	Moderado	Independiente-leve
Edad	80 o más	66-79	65 o menos
Puntaje total	7-11 puntos	12-16 puntos	17-21 puntos
De acuerdo con los resultados de puntaje	Baja demanda: Asignar 1 atención	Demanda media: Asignar 2 atenciones	Alta demanda: Asignar 3 atenciones

Fuente: Elaboración propia.

Intervención fonoaudiológica en pacientes extubados

Dentro de las funciones que debe realizar el equipo de fonoaudiólogos de la UPC en usuarios que han sido destetados del uso de la ventilación mecánica se pueden mencionar las siguientes:

- favorecer el afianzamiento del destete dentro de las 48 horas posextubación, manteniendo un manejo de secreciones funcional y adecuado, para disminuir o evitar aspiraciones naso y orotraqueales;
- aumentar su rendimiento en tos; y
- evaluar la deglución no nutritiva y nutritiva cuando sea pertinente.

Cada uno de estos procedimientos previene complicaciones respiratorias agudas y nutricionales, y permite realizar sugerencias tempranas para una alimentación segura y eficiente, consolidando de esta manera no solo el destete, sino además los egresos seguros y rápidos de la unidad (Zuercher et al., 2019).

El proceso de la evaluación de la deglución se puede determinar en dos partes. La evaluación de la deglución no nutritiva tiene por finalidad evaluar los mecanismos protectores de la vía aérea para determinar el manejo de secreciones una vez fuera de la ventilación mecánica o entrenar de manera temprana la funcionalidad deglutoria antes de considerar algo nutritivo. La evaluación nutritiva, en tanto, determina la posibilidad de acceder a la alimentación por la vía oral de forma segura y eficiente.

Al respecto, se recomienda realizar la evaluación de la deglución no nutritiva lo antes posible una vez extubado el usuario, exceptuando en aquellos pacientes muy agitados, en situaciones combativas, frente a disfunción temporo-mandibular severa, o bien, ante la negativa médica.

Por otra parte, la evaluación de la deglución nutritiva se realiza bajo ciertos criterios entre los que se cuentan:

- cuando el paciente tiene buen rendimiento en la evaluación deglutoria no nutritiva;
- cuando el paciente muestra resultados de mecanismos protectores de la vía aérea funcionales que permitan y den seguridad para continuar con la valoración clínica de consistencias; y, por último,
- cuando no existe contraindicación médica.



Al respecto, no se realiza una evaluación nutritiva de la deglución cuando se obtienen resultados alterados en la evaluación no nutritiva, así como tampoco con usuarios que estén en ayuno médico o frente a alteraciones gastrointestinales incompatibles con una nutrición oral.

Estimulación fonoaudiológica de la comunicación en usuarios de UPC

En todos los usuarios se realiza estimulación comunicativa acorde con sus condiciones clínicas generales, con la finalidad de mantener la funcionalidad del lenguaje comprensivo y expresivo, ya sea verbal o no verbal. Así, con un cribado general se evalúan los aspectos que permiten realizar un barrido de diferentes habilidades cognitivo-comunicativas, las que determinan las condiciones verbales y no verbales de los usuarios, tanto en situación de intubación en RASS -1 y -2, como en aquellos ya en situación de posextubación. En pacientes intubados, en tanto, se espera que la intervención muscular y sensorial de las estructuras faciales, labiales, mandibulares y linguales favorezcan a futuro la funcionalidad comunicativa desde lo estructural. De acuerdo con el rendimiento, se estimula personalizadamente lo necesario de forma transversal a la intervención deglutoria que requiera el usuario (Baumgartner et al., 2008).

En relación con la evaluación vocal, en la UPC esta es realizada una vez que el paciente logra consolidar el destete (48 horas después de la extubación). Consta de la aplicación de escalas de percepción acústica subjetiva y de evaluación de tiempos máximos de fonación y espiración. De acuerdo con los resultados, la intervención puede incluir ejercicios vocales dentro de un marco de terapia fisiológica, en donde cada paciente recibe ejercicios y tareas fonatorias específicas para su condición (Maxfield et al., 2012). En aquellos casos de escasa e irregular evolución se debe solicitar apoyo clínico médico por parte de un profesional otorrinolaringólogo para una valoración objetiva de la laringe y de la vía aérea superior.

Por último, en pacientes ya extubados, se vuelven a evaluar los aspectos comunicativos globales y, de acuerdo con los hallazgos encontrados, se estimula priorizando las funciones vocales y lingüísticas básicas. En los usuarios intubados con RASS -3, -4 y -5, en tanto, se realiza una mantención y estimulación de la musculatura orofacial, la disminución de secuelas laríngeas y glóticas y la mantención de la salud de la cavidad oral.



ROL DE LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN LA UPC DEL HOSPITAL DE CURICÓ

Respecto del rol del terapeuta ocupacional en la UPC, sus funciones apuntan a reducir el riesgo de una mayor disminución física, sensorial y cognitiva, mejorando la independencia funcional de los usuarios. Por ello, la rehabilitación precoz de usuarios en la UPC se centra en fomentar la recuperación de los aspectos cognitivos y funcionales, involucrando al individuo y a su familia o cuidadores en el reentrenamiento de las AVD, en programas de ejercicios para cada usuario y consideraciones para el alta hacia otros servicios del hospital, o bien, para su hogar (Ávila et al., 2010; Jakob y Takala, 2009; Moreno-Chaparro et al., 2017).

INTERVENCIÓN TRANSDISCIPLINARIA FONOAUDIOLÓGICA Y KINESIOLÓGICA

El trabajo en equipo del profesional de fonoaudiología y el de kinesiología pretende potenciar los objetivos terapéuticos relacionados con la recuperación integral del usuario en la UPC, favoreciendo metas de trabajo concernientes a los mecanismos protectores de la vía aérea del paciente, procesos de destete exitosos y entrenamiento de pacientes con TQT, entre otros, minimizando posibles secuelas asociadas a su estadía. Para ello, ambas disciplinas acuerdan cuáles pacientes serán los beneficiados del trabajo en conjunto y, de ese modo, ordenar las atenciones y organizar las actividades por realizar. Al respecto, se consideran las siguientes acciones conjuntas:

- Mecanismos protectores de la vía aérea. Se evalúan e intervienen todos los usuarios que cursan un proceso de intubación, desde la sedación profunda hasta usuarios en vigilia. Antes de la pandemia, se estimulaba a los usuarios intubados con aire subglótico y con deflaciones de cuff controlada, pero este procedimiento se suspendió por riesgo de aerosolización. Dado este contexto, los esfuerzos se han centrado en supervisar la postura del tubo endotraqueal, la posición lingual, mantener la cavidad oral limpia, y en observar la cantidad de secreciones orales y faríngeas.
- Proceso de destete. El inicio de esta etapa depende de varias condiciones, siendo lo inaugural la indicación del médico tratante. Entre las condiciones que deben cumplirse se pueden mencionar: paciente sin drogas vasoactivas



(hemodinámicamente estable), paciente en RASS -2 a -1, paciente con patología de base resuelta o en vías de resolución, sin fiebre, PA/FIO₂: sobre 200, volumen minuto: 10 L/MIN, IOX: 5, FR: < a 30, PAM: entre 65 a 100 y FIO₂: < 50%. Este procedimiento debe ser realizado por el equipo y cuenta con una pauta de observación y evaluación clínica que determina la funcionalidad y el riesgo de reintubación de los pacientes por mal manejo de secreciones. La evaluación puede ser ejecutada cada vez que sea necesario, o bien, cuando el médico así lo indique. Lo que se busca es anticipar la conducta del usuario posextubación, para así organizar los esfuerzos de cuidado una vez realizada la extubación del paciente. Si esta evaluación clínica es satisfactoria, además de la prueba de fuga y el índice de Tobin, se procede a la extubación inmediata, con la probabilidad de que esta es segura. Por el contrario, si el resultado de la observación clínica no es satisfactorio y surgen riesgos muy altos de mal manejo de secreciones y de mecanismos protectores de vía aérea disfuncionales, se informa al médico y al equipo, para así tomar las precauciones adecuadas y el equipo de rehabilitación organice y anticipe los cuidados debido al riesgo posible. De acuerdo con el rendimiento del usuario se decidirá si es oportuno o no la realización de una TQT. El protocolo de evaluación de mecanismos protectores de la vía aérea involucra la observación del control motor oral, control deglutorio, espontáneo, a estimulación y voluntario, evaluación de excursión laríngea, aclaramiento faríngeo, permeabilidad vía aérea superior, y tos, entre otros.

- Entrenamiento precoz de pacientes con TQT. En aquellos pacientes traqueostomizados en la UPC, la rehabilitación temprana se inicia a través de un trabajo coordinado por parte de los profesionales de fonoaudiología y kinesiología. Se busca así potenciar el manejo de la deglución, la tos y permeabilidad de la vía aérea, de tal manera que el paciente pueda optar por una decanulación segura y oportuna (Skoretz et al., 2020). En este caso, el trabajo en equipo se enfoca en desarrollar en el paciente la fuerza muscular respiratoria, un adecuado manejo de secreciones, entrenamiento de la tos en todas sus fases, uso de aire subglótico y la posibilidad temprana de deflación de cuff y uso de válvula de fonación. Cada una de estas acciones terapéuticas se coordina en equipo y se programa de forma diaria en la entrega de turno, para encontrar el momento adecuado para su realización. Todo esto se realiza de acuerdo con lo estipulado en el protocolo interno de manejo e intervención del paciente con TQT hospitalizado.



- Intervención de la tos en pacientes extubados. A partir de la hora de extubación del paciente el profesional fonoaudiológico y kinesiológico pueden trabajar de forma coordinada para facilitar la tos y expectoración de secreciones, con la finalidad de disminuir o evitar la aspiración nasotraqueal y/o orofaríngea. Por una parte, el equipo de fonoaudiólogos estimula sensitivamente la cavidad oral (asegurando previamente la higiene y la hidratación oral) y faríngea del paciente y, por otra, el equipo de kinesiólogos asiste diafragmáticamente para facilitar la expulsión de secreciones. En las etapas posteriores, se trabaja el fortalecimiento muscular y el equipo de fonoaudiólogos aporta a través de ejercicios del tracto vocal semiocluido y sus consecuencias aerodinámicas positivas como resultado de la resistencia al flujo (Guzmán y Salfate, 2018).

Todos los días, en cada entrega de turno de la mañana, kinesiólogos y fonoaudiólogos determinan los objetivos terapéuticos en común con cada paciente y organizan las atenciones, definiendo quiénes necesitarán atención conjunta y los procedimientos por realizar. Se realiza un monitoreo diario de los objetivos y los logros alcanzados para ir evaluando los avances y decisiones que impliquen nuevos lineamientos.

INTERVENCIÓN TRANSDISCIPLINARIA DE FONOAUDIOLOGÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL

Las funciones relacionadas con el lenguaje, la estimulación cognitiva e incluso los procesos de la alimentación autónoma pueden ser potenciados al ser trabajados y estimulados mancomunadamente entre la terapia ocupacional y la fonoaudiología. Dichas acciones coordinadas facilitan y activan las posibilidades de una evolución más rápida y efectiva, impactando incluso en la disminución de días cama y complicaciones en el paciente. Al respecto, la terapia ocupacional aporta con la estimulación de la cognición y la funcionalidad del paciente de manera general, en tanto que la fonoaudiología apoya la comunicación, la cual se ve potenciada y beneficiada a través de la cognición y viceversa, con lo cual se busca que el proceso de alimentación del paciente en el servicio de UPC sea eficiente y seguro. Para alcanzar estos propósitos ambos equipos disciplinarios se organizan para generar espacios de intervención conjunta (Tabla 3).



Tabla 3

Acciones colaborativas entre la fonoaudiología y la terapia ocupacional

Estimulación cognitiva del lenguaje	Se requiere que el usuario por intervenir presente al menos un Glasgow 13, RASS entre -3 y +1 en caso de pacientes intubados y nivel de cooperación adecuado (S5Q mayor o igual a 3). Con esto, se busca que el trabajo de estimulación cognitiva lingüística impacte en la funcionalidad del paciente y genere aprendizaje significativo. Una vez que el usuario presenta dichas características, el equipo de fonoaudiólogos y de terapeutas ocupacionales se coordinan para la evaluación y establecen un estado basal cognitivo comunicativo del paciente, y los objetivos terapéuticos que se implementarán.
Deglución no nutritiva	El trabajo conjunto de fonoaudiología y terapia ocupacional se produce en aquella población de pacientes hospitalizados en la UPC donde se quiere potenciar el aprendizaje sensoriomotor, por tanto, se considerará un basal en el paciente de Glasgow 13, RASS entre -3 y +1 en el caso de pacientes intubados y nivel de cooperación adecuado (S5Q mayor o igual a 3). El objetivo de este trabajo es beneficiar y mantener las funciones orales y los mecanismos protectores de la vía aérea para facilitar los procesos posteriores de reentrenamiento funcional.
Alimentación	Debido a su complejidad este proceso requiere una evaluación detallada por parte de las disciplinas de forma individual, lo que se discute en la entrega de turno y plantear la ruta de avance según los requerimientos actuales. Así se determinará si el trabajo estará enfocado en la ingesta terapéutica, o bien, en la alimentación funcional.
Ingesta terapéutica	Este tipo de ingesta implica que el usuario puede alimentarse de manera controlada y supervisada solo por el equipo de fonoaudiólogos, por lo que no está autorizado para alimentarse en condiciones distintas. Por tanto, la intervención en conjunto se produce en el contexto de facilitación por parte del terapeuta ocupacional a través del posicionamiento, estimulación cognitiva y polisensorial previa para lograr la vigilia y atención sostenida, potenciando los procedimientos de ingesta terapéutica de seguridad, sensoriales y de eficiencia que realiza el equipo de fonoaudiólogos. Esta modalidad de atención se aplica en pacientes extubados, desde Glasgow 13, y con nivel de cooperación adecuado (S5Q mayor o igual a 3).
Alimentación funcional	Estos usuarios han sido evaluados previamente por un profesional fonoaudiólogo quien definió su aptitud para el inicio de la alimentación oral completa. Para ello, con terapia ocupacional se potenciará desde los aspectos psicomotores, el posicionamiento adecuado, entrenamiento asociado a praxias y estimulación cognitiva conductual para preparar y apoyar la labor fonoaudiológica, la que se enfocará en que el paciente incorpore todas las consistencias posibles en su dieta, el reconocimiento de lo que come y el aumento de volumen de ingesta.

Fuente: Elaboración propia.



INTERVENCIÓN TRANSDISCIPLINARIA DE KINESIOLOGÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL

Ambas disciplinas buscan potenciar la mejoría funcional del paciente. La kinesiología se encarga de la estabilización y el manejo de las funciones respiratorias del paciente y de la activación motora temprana. Esto se coordina con el trabajo de terapia ocupacional para que los avances desde lo motor se traduzcan en una mayor independencia funcional en actividades de la vida cotidiana, considerando los aspectos biopsicosociales.

De este modo, la organización y coordinación de ambas disciplinas es fundamental para lograr el alcance de objetivos terapéuticos multidisciplinarios en las siguientes áreas descritas en la Tabla 4.

Tabla 4

Objetivos terapéuticos multidisciplinarios de kinesiología y terapia ocupacional

Posicionamiento	En el caso de usuarios polineuropáticos, con alteraciones del tono o del rango de movimiento en las extremidades superiores e inferiores, es labor de ambos estamentos definir el rumbo de la rehabilitación. El equipo de kinesiólogos aporta con su experticia en manejo de rango, tono muscular y transferencias-transiciones, mientras que en el posicionamiento del segmento en reposo los terapeutas ocupacionales aportan con la fabricación de implementos posicionadores o con un manejo ambiental acorde a la necesidad, considerando el estado de la piel, pronóstico funcional, reductibilidad del rango y estado cognitivo del paciente.
Apoyo en agitación psicomotora	El equipo terapeuta ocupacional ingresa para dar apoyo polisensorial, de contención psicoemocional y de posicionamiento para bajar la sintomatología de agitación y llevar un proceso más seguro y efectivo, disminuyendo el índice de accidentabilidad.
Estimulación de niveles de alerta	Los usuarios con estados de alerta fluctuante debido a la sedoanalgesia o patología de base, pueden generar un compromiso cognitivo y un nivel de cooperación bajo (S5Q menor o igual a 3). Esto puede ser una limitante para el desempeño en la sesión de intervención de cada disciplina, por lo cual será necesaria la coordinación kinesiología-terapia ocupacional para estipular el orden más apropiado de intervención con el paciente y así, optimizar los resultados.
Preparación y entrenamiento en AVD	La kinesiología potencia las posiciones donde el paciente logra mayor funcionalidad (SBC, sedente en sillón y bipedestación). Por su parte, la terapia ocupacional se encarga del entrenamiento en AVD básicas, asociadas principalmente al aseo menor, la alimentación y el vestuario.

Fuente: Elaboración propia.



CONCLUSIONES

El SARS-CoV-2 aumentó la estada de pacientes en la UPC, provocando que las complicaciones asociadas a la atención del usuario crítico se intensificarán, por ende, fue vital la coordinación de las atenciones del equipo de rehabilitación (compuesto por kinesiólogos, fonoaudiólogos, y terapeutas ocupacionales) de manera organizada y temprana, para así disminuir las secuelas relacionadas con el reposo prolongado, la intubación, el uso de la ventilación mecánica, y sedoanalgesia entre otras complejidades.

Al respecto, los profesionales fonoaudiólogos pueden aportar con un trabajo preventivo y de rehabilitación en conjunto con las demás disciplinas en donde se apoyará la mantención de la funcionalidad durante la intubación, acompañar el proceso de una extubación segura, consolidación del destete, intervención temprana de usuarios con TQT, proceso de decanulación, de alimentación segura y eficiente y comunicación funcional, incluyendo la rehabilitación vocal.

REFERENCIAS

- Ávila, A., Martínez, R., Matilla, R., Máximo, N., Méndez, B., Talavera, M., Rivas, N., y Viana, E. (2010). *Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y proceso* (2da edición). <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
- Baumgartner, C., Bewyer, E., y Bruner, D. (2008). Management of communication and swallowing in intensive care, the role of the speech pathologist. *AACN, Advanced Critical Care*, 19(4), 433-443. <https://doi.org/10.1097/01.aacn.0000340724.80280.31>
- Cameron, S., Ball, I., Cepinkas, G., Choong, K., Doherty, T. J., Ellis, C. G., Martin, C. M., Mele, T. S., Sharpe, M., Shoemaker, J. K., y Fraser, D. D. (2015). Early mobilization in the critical care unit: A review of adult and pediatric literature. *Journal of Critical Care*, 30(4), 664-672. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.03.032>
- Centro Nacional de Vacunación y Enfermedades Respiratorias (NCIRD), División de Enfermedades Virales. (2020). *Estrategia de equidad en la salud durante la respuesta al COVID-19 de los CDC: acelerar el proceso para reducir*



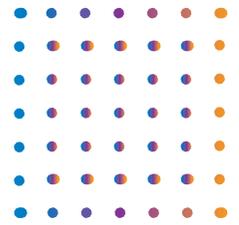
las disparidades por el COVID-19 y lograr la equidad en la salud. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/cdc-strategy.html>

- Colonel, P., Houzé, M., Vert, H., Mateo, J., Mégarbane, B., Goldgran-Tolédano, D., Bizouard, F., Hedreul-Vittet, M., Baud, F., y Payen, D. (2008). Swallowing disorders as a predictor of unsuccessful extubation: A clinical evaluation. *American Journal of Critical Care*, 17(6), 504-510. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18978235/>
- Guzmán, M. y Salfate, L. (2018). Ejercicios con tracto vocal semiocluido: efectos en la función glótica, aerodinámica y configuración del tracto vocal. *Areté*, 18(2), 21-32. <https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.18203>
- Hwang, C. H., Choi, K. H., y Leem, C. M. (2007). Pre-emptive swallowing stimulation in long-term intubated patients. *Clinical Rehabilitation*, 21(1), 41-46. <https://doi.org/10.1177/0269215506071286>
- Jakob, S. y Takala, J. (2009). Physical and occupational therapy during sedation stops. *The Lancet*, 373(9678), 1824-1826. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60866-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60866-7)
- Match, M., Wimbish, T., Bodine, C., y Moss, M. (2013). ICU-Acquired swallowing disorders. *Critical Care Medicine*, 41(10), 2396-2405. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e31829caf33>
- Maxfield, L., Titze, I., Hunter, E., y Kapsner-Smith, M. (2015). Intraoral pressures produced by thirteen semi-occluded vocal tract gestures. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 40(2), 86-92. <https://doi.org/10.3109/14015439.2014.913074>
- Miranda Rocha, A. R., Martínez, B. P., Maldaner, V. Z., y Forgiarini, L. A. (2017). Early mobilization: Why, what for and how? *Medicina Intensiva*, 41(7), 429-436. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.10.003>
- Moreno-Chaparro, J., Cubillos-Mesa, C., y Duarte-Torres, S. C. (2017). Terapia ocupacional en unidad de cuidados intensivos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2), 291-296. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59342>



- Nydahl, P., Sricharoenchai, T., Chandra, S., Kundt, F. S., Huang, M., Fischill, M., y Needham, D. M. (2017). Safety of patient mobilization and rehabilitation in the intensive care unit. *Systematic Review with Meta-Analysis. Annals of the American Thoracic Society*, 14(5), 766-777. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28231030/#:~:text=DOI%3A->
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020) *Servicios sanitarios de calidad*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- Skoretz, S., Riopelle, S., Wellman, L., y Dawson, C. (2020). Investigating swallowing and tracheostomy following critical illness: A scoping review. *Critical Care Medicine*. 48(2), e141-e151. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000004098>
- Zuercher, P., Moret, C., Dziewas, R., y Schefold, J. (2019). Dysphagia in the intensive care unit: Epidemiology, mechanisms, and clinical management. *American Journal of Critical Care*, 23(103). <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2400-2>



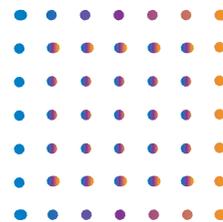


PARTE 3:
ESTRATEGIAS DE ABORDAJE EN EL SISTEMA
PÚBLICO DE SALUD Y EN EL TERRITORIO

50
AÑOS



PARTE 3: ESTRATEGIAS DE ABORDAJE EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD Y EN EL TERRITORIO



SARA TAPIA SAAVEDRA¹ Y BERNARDITA ALVEAR-VEAS²

La fonoaudiología, como otras disciplinas en los últimos años, ha comenzado a transitar desde la hegemónica postura biomédica al enfoque biopsicosocial; incluso, en algunos casos, hacia modelos con perspectivas comunitarias y espirituales. Esto resignifica lo social y lo colectivo desde el rol profesional, tensionando el carácter individual y asistencialista del sistema de salud chileno. De esta manera, se ha dado cabida a orientaciones situadas, trabajos entre equipos inter-transdisciplinarios con participación de la comunidad, y horizontalidad en el vínculo con las comunidades, entre otros muchos cambios que reflejan una evolución en el paradigma de la atención en salud.

Tales escenarios se abren paso de la mano de políticas públicas, planes y programas, que propician la expresión de modelos con base en la familia y en la comunidad. En este contexto la rehabilitación e inclusión social no solo se abordan desde una mirada individual, sino que consideran el entorno y la comunidad como ejes fundamentales de la práctica. Esta sección, por tanto, presenta experiencias e iniciativas ligadas a la Atención Primaria de Salud (APS) y a la salud comunitaria, escenarios emergentes para la fonoaudiología.

1 Fonoaudióloga por la Universidad de Chile, Departamento de Fonoaudiología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

✉ stapia@med.uchile.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-5005-411X>

2 Fonoaudióloga por la Universidad de Valparaíso, Magíster en Docencia Universitaria por la Universidad de Las Américas, Departamento de Fonoaudiología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

✉ Bernardita.alvear@uchile.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-5340-4266>



En un primer tema, **Pablo Rodríguez** describe el quehacer profesional sobre la base de las orientaciones técnicas y la experiencia personal en el programa Chile Crece Contigo, cuyo foco está centrado en intervenciones dirigidas a la infancia. El autor plantea que la incorporación de fonoaudiólogas y fonoaudiólogos ha sido paulatina en los últimos años y que, si bien se cuenta con directrices, las prácticas son diversas y ajustadas a la realidad de la población donde se insertan. Se reconocen tres líneas de trabajo situadas en un marco de atención primaria: la atención del niño y niña desde un enfoque de salud familiar y comunitario; la implementación de talleres de promoción del desarrollo integral infantil; y la visita domiciliaria integral. En este contexto, Rodríguez plantea la necesidad de formación en enfoques y principios que permitan el acompañamiento de los niños, niñas y sus familias más allá de los aspectos puramente comunicativos y positivistas.

Por su parte, **Daniela García** presenta su experiencia en Más Adultos Mayores Autovalentes, programa inserto en la APS, cuya finalidad es mejorar la calidad de vida de las personas mayores, prolongando su autovalencia y funcionalidad. La incorporación de una fonoaudióloga al equipo del Centro de Salud Familiar Doctora María Latife Saadi, de Rancagua —señala García—, representó un importante trabajo de visibilización de los objetivos del programa, del rol profesional en el equipo, y de significación en la población objetivo. Transcurridos seis años de práctica —y habiendo enfrentado la pandemia por COVID-19—, la autora destaca la importancia de la conformación de equipos interdisciplinarios comprometidos con la excelencia, de modo de mejorar el abordaje integral de las necesidades de las personas mayores que asisten a los centros de atención primaria.

Joaquín Acuña y **Fabiola Rojas**, en tanto, comparten su experiencia de 12 años de trabajo en el Centro Comunitario de Rehabilitación de la comuna de La Pintana, iniciativa pionera que ha dado grandes frutos al relevar el trabajo en equipo con diversos profesionales y con la comunidad, logrando conectar y participar junto con agrupaciones y organizaciones locales, lo cual entrega evidencia sistemática y oportuna desde una mirada comunitaria y situada.

Otro espacio de reflexión respecto de nuevas áreas de desarrollo, es la experiencia presentada por **Alan Millán**, quien entrega una perspectiva del trabajo ambulatorio y comunitario en salud mental a lo largo de tres años de ejercicio en un Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM). En su aporte se plasman los desafíos, barreras y necesidades crecientes en este ámbito,



ofreciendo una mirada desde las competencias necesarias para este trabajo y las oportunidades para la comunidad de recibir esta atención.

Por su parte, **Valeria Valencia**, presenta su perspectiva de trabajo desde su experiencia en la red de atención primaria en el Hospital de Combarbalá, Región de Coquimbo, establecimiento de baja complejidad llamado también Hospital de la Familia y la Comunidad (HFC). De esta forma, desde el año 2016 la profesional ha podido insertarse paulatinamente en distintos servicios, abriendo espacios mediante atención directa y educación y diversificando su participación en distintos ámbitos. Ello demuestra lo oportuno de su aporte, por ejemplo, en el servicio de hospitalización, en el comité de lactancia materna, el comité de promoción, programas como Chile Crece Contigo, el de atención domiciliaria dependientes severos (PADI), y el de cuidados paliativos, entre otros.

Finalmente, un ámbito escasamente explorado por la disciplina ha sido el trabajo con las comunidades desde sus necesidades sentidas. La pandemia trajo consigo una serie de consecuencias como la deprivación de alimentación en los sectores más vulnerables. En este escenario, **Nicole Lobos-Villatoro** y **Paula Pulgar-Núñez** describen su experiencia en el acompañamiento, desde la academia, de ollas comunes e iniciativas de alimentación solidaria en diversos territorios durante la crisis sanitaria por COVID-19. En su trabajo, las autoras reflexionan acerca de la praxis fonoaudiológica, desde una perspectiva de bienestar que subyace al quehacer profesional en los ámbitos de la comunicación y la alimentación, en escenarios no clínicos. Asimismo, relevan la importancia de la vinculación horizontal permanente de la gestión y la academia junto con los territorios, para que emerja una construcción colectiva que impacte en la salud positiva de las personas y las comunidades. Esto representa un desafío del saber fonoaudiológico para avanzar hacia la formación de profesionales facilitadores del bienestar en contextos inter-transdisciplinarios.

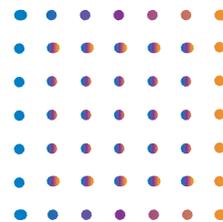
Cada relato de esta sección refleja, pues, el contexto epidemiológico y sociopolítico que ha marcado al país en los últimos años y que ha sido motor de los cambios más importantes, tanto para las comunidades como para las y los profesionales de la salud ligados a nuestra disciplina.





UNIVERSITY OF
MILWAUKEE

FONOAUDIOLÓGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: INTERVENCIONES DESDE UN ENFOQUE INTEGRAL EN NIÑAS Y NIÑOS



PABLO RODRÍGUEZ MUÑOZ¹

Resumen

La presencia de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en las salas de estimulación del subsistema Chile Crece Contigo ha sido un proceso gradual en los centros de atención primaria. El rol que cumplen estos profesionales es implementar acciones de promoción del desarrollo integral infantil y prevención de trastornos de la comunicación. Si bien no existe una única ruta para el acompañamiento fonoaudiológico de niñas y niños, es posible identificar tres líneas de acción: atención desde un enfoque de salud familiar y comunitario; implementación de talleres de promoción del desarrollo integral infantil; y visita domiciliaria integral. Considerando lo anterior, el capítulo presenta una descripción de las acciones del profesional de fonoaudiología sobre la base de las orientaciones técnicas y la experiencia personal. Se concluye que ha existido un avance significativo para nuestro quehacer, pero aún existen desafíos para el gremio y para el propio sistema de salud.

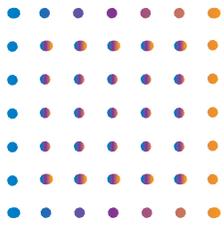
Palabras clave:
atención primaria de
salud, Chile Crece
Contigo, desarrollo
integral infantil,
primera infancia.

¹ Fonoaudiólogo por la Universidad de Valparaíso, Magíster en Salud Pública por la Universidad de Chile. Escuela de Fonoaudiología, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

✉ pablo.rodriguez@uv.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-1140-2518>





SPEECH THERAPY AND PRIMARY HEALTH CARE: INTERVENTIONS FROM A COMPREHENSIVE APPROACH IN CHILD

Keywords:

Comprehensive child development, Chile Crece Contigo, early childhood, Primary Health Care.

Abstract

The presence of speech therapists in the stimulation rooms of Chile Crece Contigo Subsystem has been a gradual process in primary care centers. The role of these professionals is to implement actions to promote comprehensive child development and prevention of communication disorders. Although there is no single route for the speech and language support of children, it is possible to identify three lines of action: care from a family and community health approach; implementation of workshops to promote comprehensive child development; and comprehensive home visits. Considering the above, this chapter presents a description of the actions of the professional speech therapist based on technical guidelines and personal experience. It is concluded that there has been significant progress in our work, but there are still challenges for the guild and for the health system itself.



PRESENTACIÓN Y CONTEXTO

A lo largo de la historia de nuestro país, los gobiernos de turno han intentado abordar las problemáticas de salud que afectan a niñas y niños. En un contexto de transformaciones políticas y sociales, en 1990 el Estado de Chile se comprometió con la infancia, ratificando la *Convención Internacional sobre los Derechos del Niño* (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 1990), con lo cual asumió la obligación de asegurar y garantizar los derechos y principios que declara esta convención. A partir de aquello, el país ha progresado en materia de políticas públicas destinadas a la infancia, inicialmente en aquellas que apuntaban hacia la mejora de determinados indicadores sociales como pobreza, cobertura escolar, morbilidad infantil y acceso a agua potable, para luego avanzar hacia una mirada integral que considera a la niña y niño como un ser multidimensional y con derechos frente al Estado, familia y sociedad (Ochoa et al., 2010).

Por su parte, el subsistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo constituye la primera política intersectorial del país que aborda la problemática del desarrollo infantil temprano. Fue creado en 2006 y es reconocido como un modelo de atención por países de América Latina y el Caribe. Principalmente, tiene por objetivo acompañar la trayectoria del desarrollo de niñas y niños desde su gestación hasta los 8 años de edad, mediante acciones que consideran un enfoque de derecho, visión integral de la niñez y a la familia como principal agente del desarrollo (Chile Crece Contigo, 2012).

La inclusión de la fonoaudióloga y el fonoaudiólogo en el equipo sanitario de este programa ha sido un proceso gradual en los últimos años, sobre todo en la atención primaria de salud, lugar en donde se implementan los principales servicios de estimulación temprana. Si bien existen directrices y normativas para los equipos, las prácticas fonoaudiológicas siguen siendo muy diversas y contextualizadas en función de las realidades locales.

MARCO TEÓRICO

Chile Crece Contigo ofrece un sistema integrado de intervenciones dirigidas a la infancia, las que tienen por objetivo tres grupos:



- todas las niñas y niños del país;
- todas las niñas y niños pertenecientes al 60% de las familias más vulnerables; y
- aquellas niñas y niños que se atienden en el sistema público de salud.

En el primer grupo, las acciones se centran en la promoción de la salud y se utilizan plataformas sociales de comunicación digital. En el segundo caso, se entregan ayudas técnicas, acceso gratuito a sala cuna o jardín infantil y acceso preferente a programas públicos. En el tercero, niñas y niños ingresan al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB) y al Programa del Recién Nacido (PARN). Respecto de las acciones en salud, estas son realizadas por un equipo profesional que trabaja en la detección temprana de riesgos del desarrollo, preparación para la maternidad y paternidad, estimulación del desarrollo infantil, promoción de la crianza respetuosa y apego seguro, entre otros aspectos (Chile Crece Contigo, 2015a).

En relación con los servicios que emanan desde el sistema de salud pública, se identifican las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADIS), las que cumplen una serie de especificaciones y metodologías, tales como: el servicio itinerante, sala de estimulación en sede de la comunidad, atención domiciliaria, ludoteca y salas de estimulación del centro de salud. El equipo profesional que participa en este caso puede pertenecer tanto al ámbito de la educación (educadoras y educadores de párvulos o diferenciales), como al de la salud (fonoaudiólogas y fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogas y kinesiólogos), quienes cumplen tareas comunes y específicas de acuerdo con cada especialidad (Chile Crece Contigo, 2012).

Si bien es cierto que no existe un documento que determine quiénes conforman los equipos de MADIS en cada localidad es posible observar que, mayoritariamente, los servicios de atención se implementan mediante las salas de estimulación en los centros de atención primaria, en tanto que los profesionales que los componen son educadoras y educadores de párvulos y fonoaudiólogas y fonoaudiólogos. Ello conlleva un gran desafío, pues debe existir una propuesta de trabajo unificada por parte de todos los profesionales involucrados, quienes deben seguir las directrices del Programa Chile Crece Contigo, así como regirse también por los principios del modelo de salud familiar y comunitario que se implementa en los centros de atención primaria.



El objetivo principal de los equipos profesionales —que incluye el quehacer fonoaudiológico—, es por lo tanto promover el desarrollo integral de las niñas y niños y para ello, necesariamente, deben considerarse ciertos principios que permitan tener un mirada y un accionar integral desde todo punto de vista, esto es, enfoques de: derechos, curso de vida, determinantes sociales, género, interculturalidad y biopsicosocial. Estas perspectivas no son excluyentes entre sí, sino más bien complementarias y transversales en la práctica clínica (Ministerio de Salud [MINSAL], 2021).

METODOLOGÍA

El rol de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en las salas de estimulación puede variar según la realidad que tenga cada profesional, pues las orientaciones técnicas son generales para el equipo profesional y las estrategias se adecúan de acuerdo con las necesidades de la población a cargo del centro de atención primaria. Por lo tanto, no existe una única ruta que permita orientar, específicamente, al equipo de fonoaudiología a nivel nacional.

Sin embargo, siguiendo lo que indica la MADIS y la experiencia personal, es posible identificar tres líneas de trabajo: la atención del niño y niña desde un enfoque de salud familiar y comunitario; la implementación de talleres de promoción del desarrollo integral infantil; y la visita domiciliaria integral. A continuación, se realiza una descripción general de estas tres dimensiones, tomando como referencia las orientaciones técnicas que ofrece Chile Crece Contigo y la realidad de los centros de atención primaria de salud en el contexto de la ciudad de Valparaíso.

RESULTADOS

Atención del niño y niña desde un enfoque de salud familiar y comunitario

Para ingresar a las salas de estimulación, niñas y niños deben ser evaluados previamente por parte del equipo de enfermería en los controles de niño sano, en donde se aplican test del desarrollo psicomotor, como la Escala de evaluación del



desarrollo psicomotor (EEDP) y el Test de evaluación del desarrollo psicomotor (TEPSI), y se determina si presentan algún tipo de retraso en el crecimiento. De acuerdo con ello, las alteraciones pueden ser clasificadas en “normal con rezago”, “riesgo” y “retraso”. En el caso de obtener un puntaje de normalidad, pero se observan condiciones que podrían afectar al desarrollo integral infantil, el o la enfermera aplica la Pauta de riesgo biopsicosocial, la que si resulta positiva a un indicador permite ingresar niñas y niños la sala de estimulación (Chile Crece Contigo, 2012). De este modo, según sea el motivo de ingreso y la edad, se indica en cada caso una cantidad específica de sesiones que se deben cumplir en un margen de tiempo limitado, pues son indicadores que Chile Crece Contigo evalúa continuamente y planifica con recursos y acciones año a año.

En este sentido, el plan de apoyo de la sala de estimulación presenta un tiempo y sesiones previamente declaradas, en donde las educadoras de párvulos y profesionales fonoaudiólogos participan según la frecuencia que sea requerida en cada caso. Una vez cumplido el plan, niñas y niños deben ser reevaluados por el o la enfermera y determinar si requieren nuevamente los apoyos de la sala. Respecto de la atención fonoaudiológica, esta buscará promover el desarrollo integral de los niños, considerando a la familia y a la comunidad como agentes clave para el crecimiento. Como objetivos específicos, es posible identificar los siguientes:

- promover una crianza respetuosa por parte del eje parental.
- educar a cuidadores respecto de estrategias de estimulación de la comunicación.
- detectar de manera temprana y oportuna trastornos de la comunicación.
- activar redes de apoyo intra e intersectorial del sistema de salud y en los dispositivos disponibles en la comunidad (por ejemplo, escuelas, jardines infantiles, etc.).

Finalmente, las acciones que se llevan a cabo necesariamente deben estar dentro de un marco de atención que busque garantizar los derechos de niñas y niños, promover la equidad de género y erradicar el enfoque hegemónico de la crianza, para avanzar hacia la eliminación de una mirada adultocéntrica, favorecer la sensibilidad parental y generar acciones con pertinencia sociocultural y étnica. Por lo tanto, el trabajo con la familia es primordial, pero no solo como un apoyo en la estimulación del lenguaje, sino como un sistema que requiere



orientaciones y consejería en atención de la etapa o circunstancias en la que viven, por lo que las prácticas centradas en la familia son fundamentales en la atención temprana.

Talleres de promoción del desarrollo integral infantil

Los equipos de la sala de estimulación ejecutan talleres educativos grupales dirigidos a niños y niñas de 0 a 12 meses, junto con sus madres, padres y cuidadores. Específicamente, se encuentra el Taller de Promoción temprana del lenguaje, usualmente ejecutado por profesionales fonoaudiólogos, quienes desarrollan temas variados: precursores del lenguaje, juego, estrategias de estimulación, malos hábitos orales, beneficios de la lectura temprana, creación de materiales de estimulación reciclados, y la música como potenciador del lenguaje, entre otros. La estructura de los talleres tiene una duración de una hora y en una sesión busca promover un espacio de aprendizaje mediante metodologías en donde los participantes se sientan protagonistas, desarrollen habilidades parentales y se empoderen respecto de la estimulación de sus bebés (Chile Crece Contigo, 2015b).

Por otra parte, si la o el fonoaudiólogo recibe un entrenamiento específico de Chile Crece Contigo, puede ser facilitador del Taller Nadie es perfecto, el cual consiste en seis encuentros grupales de padres, madres y cuidadores con el fin de compartir sus experiencias de crianza, aprender de otros y recibir orientaciones respecto de circunstancias específicas de la crianza de niños y niñas menores de 5 años. Algunos temas que se abordan son: ayudar a responder efectivamente a las pataletas, habilidades de crianza, promover el comportamiento cooperativo, fomento del lenguaje y motricidad, y autocuidado, entre otros (Chile Crece Contigo, 2017).

Visita domiciliaria integral

Todas las niñas y niños que ingresan a la sala de estimulación con el diagnóstico de riesgo o retraso deben ser visitados en su hogar por el equipo profesional, donde es usual la dupla educador o educadora de párvulos-fonoaudióloga o fonoaudiólogo. El objetivo de la visita es promover las condiciones ambientales y relacionales que favorecen el desarrollo integral de niños y niñas en situación de déficit del desarrollo psicomotor. Para guiar la observación e intervención,



se cuenta con una Ficha de visita domiciliaria integral con enfoque familiar para el desarrollo biopsicosocial de la infancia, la cual busca recopilar aspectos relevantes de cada niño y niña, así como de su familia y hogar (Chile Crece Contigo, 2015c).

Ahora bien, la planificación de objetivos es variable, ya que depende de cada caso y debe ser coherente con los factores de riesgo detectados previamente. Desde este enfoque sistémico, las acciones del profesional fonoaudiólogo pueden incluir:

- observar el tipo de interacción que tienen los adultos y hermanos con el niño o niña en seguimiento;
- pesquisar el tipo de juego y comportamiento del niño o niña en el contexto familiar;
- explorar el ambiente físico (por ejemplo, estructura y amplitud de la casa, disponibilidad de recursos para la estimulación, saneamiento básico, conectividad, contaminación intradomiciliaria, etc.); y
- caracterizar el contexto del barrio (esto es, existencia de dispositivos comunitarios, seguridad, aislamiento geográfico, disposición de áreas verdes, acceso a locomoción, entre otros).

CONCLUSIONES

Las prácticas fonoaudiológicas en las salas de estimulación del subsistema Chile Crece Contigo se sitúan dentro de un marco de prevención primaria, es decir, de promoción del desarrollo integral infantil y de la prevención de trastornos de la comunicación; por el contrario, no se ejercen allí acciones de prevención secundaria (evaluación diagnóstica) ni terciaria (rehabilitación). Ello implica que nuestro quehacer fonoaudiológico coincida en varios aspectos con los de otros profesionales del equipo, que también buscarán que el niño o niña alcance su máximo potencial.

En este contexto, la formación profesional no solo debe ser orientada hacia la especialización en los trastornos de la comunicación infantil, sino que también respecto de los enfoques y principios que permitan acompañar a los niños y a sus familias. Lamentablemente, las universidades chilenas aún enfrentan el desafío de incluir en sus proyectos educativos la formación de profesionales fonoaudiólogos



con conocimiento en salud familiar y comunitaria, salud pública y promoción de la salud.

Por otra parte, el trabajo en las salas de estimulación implica la atención de un grupo proveniente principalmente de realidades socioeconómicas vulnerables. La inequidad e injusticia sociales son un tema presente para quienes trabajamos en atención primaria de salud. Surge entonces la reflexión permanente de cómo apoyar a un niño, niña y a su familia en un tiempo limitado de acompañamiento profesional sin contar con recursos comunitarios suficientes que permitan continuar con el apoyo profesional.

Un ejemplo que se vive frecuentemente es el de niños y niñas que, gracias a la detección temprana en la atención primaria de salud son diagnosticados con una condición del espectro autista, pero posteriormente no existen equipos multidisciplinarios de especialistas dentro del sistema de salud pública que permitan ofrecer un plan de apoyo integral a estos casos.

No obstante, la inclusión de fonoaudiólogos y fonoaudiólogas en la atención primaria de salud ha sido progresiva en el tiempo, marcando un precedente importante en nuestro gremio y en la formación de futuros profesionales. Con todo, aún existen realidades en donde queda en evidencia la inestable relación contractual, las condiciones precarias de trabajo y una cobertura insuficiente para la alta demanda de atención de niños y niñas.

Esta realidad nos invita a generar instancias que permitan visibilizar nuestro rol en las salas de estimulación y abrir la posibilidad de proponer, desde la atención primaria en salud, nuevos proyectos y acciones dirigidas a la población local. La salud pública y la primera infancia están tomando un camino con nuevas propuestas en materias de políticas públicas, por lo que no debemos estar ajenos a ello.

Finalmente, es importante considerar que este capítulo se realizó sobre la base de la experiencia personal en el trabajo en salas de estimulación, y que fue construido también considerando los relatos de otros colegas, quienes desde diferentes lugares de nuestro país han logrado implementar, de la mejor manera posible, un apoyo real a muchos niños, niñas y a sus familias. El compromiso con la primera infancia es insoslayable, y probablemente seguiremos avanzando hacia mejores condiciones para ejercer nuestro rol en los centros de atención primaria de salud de Chile.



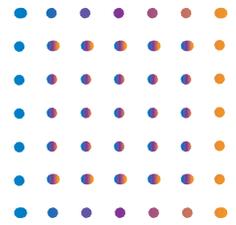
REFERENCIAS

- Chile Crece Contigo (2012). *Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil: guía para los equipos locales*. Crececontigo. <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Orientaciones-tecnicas-para-las-modalidades-de-apoyo-al-desarrollo-infantil-Marzo-2013.pdf>
- Chile Crece Contigo (2015a). *¿Qué es Chile Crece Contigo?* Crececontigo. <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/que-es-Chile-Crece-2015.pdf>
- Chile Crece Contigo (2015b). *Manual de talleres de promoción temprana del desarrollo motor y lenguaje en el primer año de vida*. Crececontigo. <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2016/04/Manual-Taller-promocion-desarrollo-lenguaje-y-motor.pdf>
- Chile Crece Contigo (2015c). *Orientaciones técnicas visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia*. Crececontigo. <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Visita-Domiciliaria-Integral-para-el-Desarrollo-Biopsicosocial-de-la-Infancia-2009.pdf>
- Chile Crece Contigo (2017). *Informe final: Evaluación de impacto del programa “Nadie es Perfecto” Resultados postratamiento*. Crececontigo. https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/04/Finalreport_NEP_June24-Ok.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (1990). *Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por Chile*. UNICEF. https://www.unicef.org/chile/media/3176/file/convencion_sobre_los_derechos_del_nino.pdf
- Ministerio de Salud [MINSAL] (2021). *Norma técnica para la supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la atención primaria de salud*. MINSAL. <https://www.minsal.cl/salud-integral-de-ninos-y-ninas/>
- Ochoa, G., Maillard, C., y Solar, X. (2010). *Primera infancia y políticas públicas, una aproximación al caso del Sistema integral de protección a la infancia Chile Crece Contigo*. Germina. https://germina.cl/wp-content/uploads/2011/05/publicacion4_infancia_politicas_publicas_germina2010.pdf





FONOAUDIOLÓGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UNA MIRADA DESDE EL PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES



DANIELA GARCÍA ZAVALA¹

Resumen

Más Adultos Mayores Autovalentes es un programa de reforzamiento en la atención primaria de salud, y su objetivo es mejorar la capacidad individual y comunitaria de las personas mayores, al ampliar su red en el proceso de envejecimiento. La idea es reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos (por caídas), entre otros. Además, se enfoca en reducir factores de riesgo a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital. El capítulo aborda la relevancia de la fonoaudiología en este programa, a través del trabajo y el entrenamiento cognitivo, así como del fomento del autocuidado y de los estilos de vida saludables en las personas mayores.

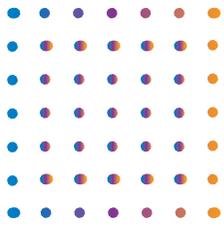
Palabras clave:
atención primaria de salud, autovalencia, envejecimiento, personas mayores.

¹ Fonoaudióloga por la Universidad Santo Tomás. Centro de Salud Familiar CESFAM N° 4 Doctora María Latife Saadi. Rancagua, Chile.

✉ danielagarciaz.flga@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-4833-7601>





SPEECH THERAPY IN PRIMARY HEALTH CARE: A VIEW FROM THE MORE SELF-RELIANT OLDER ADULTS PROGRAM

Keywords:

ageing, elderly people, primary health care, self-reliant.

Abstract

More self-reliant older adults' program is a reinforcement schedule in Primary Health Care and aims to improve the individual and community capacity of elderly people and expand their system of connections in the ageing process. The plan is to reduce morbidity, disability and premature mortality from chronic non-communicable conditions, mental disorders, violence, and trauma (casualties), among others. In addition, it focuses on reducing risk factors through the development of healthy habits and lifestyles to improve people's health throughout the life cycle. The chapter comprises the relevance of speech and language therapy in this program through work and cognitive training, as well as the promotion of self-care and healthy lifestyles in elderly people.



PRESENTACIÓN Y CONTEXTO

En 2015 el Ministerio de Salud [MINSAL] —en consideración a la transición demográfica de nuestro país, que se traduce en el aumento sostenido de la población de personas mayores—, creó el programa Más Adultos Mayores Autovalentes, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas mayores, prolongando su autovalencia y funcionalidad mediante el trabajo de estimulación de funciones motoras, estimulación cognitiva y actividades de autocuidado. El programa consiste en un trabajo multidisciplinario ejecutado en los centros de atención primaria de salud (en adelante APS), para mantener a las personas mayores activas y funcionales, lo cual podría lograrse principalmente gracias a la estimulación física, psicomotora y a la prevención de caídas (MINSAL, 2015).

Por su parte, el Centro de Salud Familiar [CESFAM] N° 4 Doctora María Latife Saadi, está ubicado en la comuna de Rancagua, VI Región del Libertador General Bernardo O'Higgins, cuenta con un equipo profesional de aproximadamente 90 funcionarios, quienes están al servicio de alrededor de 18.000 rancagüinos. Este programa comenzó a desarrollarse en 2015 y en su inicio estaba conformado por dos kinesiólogos (situación que se replicaba en otros CESFAM de la comuna), quienes fueron los encargados de gestionar el programa en tres edificios que eran parte de la institución. Posteriormente, se incorporó una terapeuta ocupacional, complementando así el equipo de trabajo. La adición de profesionales de fonoaudiología al equipo se produjo tras la salida de la terapeuta ocupacional: hasta ese momento en el CESFAM el rol de la fonoaudiología era desconocido. Así, a pesar de que dentro del perfil del programa no se había considerado a profesionales de esta disciplina —gracias a las gestiones de un colega que puso en conocimiento a la Dirección y a la encargada del programa acerca de su importancia—, quedó en evidencia la necesidad de contar con un profesional idóneo para realizar el entrenamiento cognitivo a las personas mayores.

Gracias a esta sugerencia, durante 2016 se realizaron las entrevistas correspondientes, con lo cual se sumaron al equipo del programa dos fonoaudiólogas, distribuidas en duplas de kinesiólogo y fonoaudióloga, quienes desempeñan su función hasta el día de hoy.

Tras la integración al programa y al inicio de su ejecución, fue posible percibir al poco tiempo el escaso conocimiento que existía acerca de la estimulación



y entrenamiento cognitivo, tanto entre los profesionales como al interior de la comunidad. Por ello, en primera instancia, fue necesario trabajar con los profesionales para educar respecto del rol de la y el fonoaudiólogo en el programa y, de esta manera, lograr que ellos pudieran comprender la relevancia de los talleres cognitivos impartidos por estos profesionales en la comunidad.

Ya con el equipo interiorizado en los objetivos del programa, se produjo una mayor interacción que llevó a potenciar el trabajo entre los equipos y programas afines a la persona mayor como, por ejemplo, el programa de salud mental y el de salud cardiovascular, prioritariamente. Incluso, se crearon nexos con otros equipos de trabajo como el de inmunización, farmacia, alimentación, entre otros, lo cual generó una mayor derivación y difusión de la iniciativa.

Lo anterior permitió que el equipo validara el programa y, a su vez, viera en sus profesionales una herramienta y apoyo para cumplir con metas, indicadores u objetivos planteados en otros programas. Todo esto, con el fin de mejorar la calidad de atención de las personas mayores y su calidad de vida.

A pesar del trabajo realizado con el equipo, faltaba lo más importante: que los usuarios visibilizaran el valor del entrenamiento cognitivo, pues era difícil explicarles en qué consistía este tipo de deterioro, ya que no es algo que se pueda observar a simple vista, como ocurre con el deterioro físico. Por lo anterior, la adherencia a los talleres cognitivos era compleja, muchas veces generaba frustración en los usuarios por no lograr realizar las actividades a la misma velocidad de sus compañeros, incluso en ocasiones normalizaban ciertas conductas típicas de deterioro o simplemente no les gustaba participar. En ocasiones decían que las actividades que se realizaban eran como “volver al colegio” y querían terminar rápido, pero cuando comenzaba la revisión de las actividades muchos comenzaban a evidenciar sus dificultades cognitivas, complejizando aún más el trabajo.

Por lo anterior, fue preciso educar en torno a este tema, creando actividades más lúdicas y con mayor significado para ellos. Además, se generaron capacitaciones respecto de la importancia de la estimulación cognitiva en usuarios que tuvieran ciertas características para ser líderes dentro de la comunidad, entregando con ello las herramientas necesarias para poder guiar, apoyar y acompañar a sus compañeros. Los esfuerzos tuvieron como resultado una mejor aceptación y una mayor adherencia a los talleres y actividades realizadas. De igual modo,



el entrenamiento cognitivo permitió su validación, ya que los participantes comprendieron que cada uno tenía un ritmo diferente de trabajo, así como dificultades propias en sus habilidades cognitivas.

La tarea de lograr reconocimiento de la labor que se realiza como profesional fonoaudiológico no ha sido fácil. En primera instancia, se trata de un trabajo invisibilizado por parte del equipo, debido a que existen pocas herramientas de evaluación en APS para detectar, o bien, evidenciar posibles dificultades y/o mejoras a nivel cognitivo; y, en segundo término, entre la comunidad o en los mismos usuarios aún existe un gran porcentaje de desconocimiento frente a este tema, por lo que las señales de deterioro cognitivo continúan naturalizándose.

Actualmente, se ha ganado mayor reconocimiento de esta labor profesional, ya que se han realizado actividades con diferentes entidades e instituciones que corresponden al intersector, en las que se han podido demostrar las habilidades técnicas y desarrollar de mejor manera los talleres y actividades, debido a que la comunidad cuenta con mayor conocimiento respecto de las habilidades cognitivas y de cómo poder mejorarlas.

Por otra parte, no se puede obviar que, debido al confinamiento producido por la pandemia por COVID-19 —donde las personas mayores padecieron en mayor grado—, se reafirmó la importancia del programa Más Adultos Mayores Autovalentes, ya que se incrementaron las consultas en salud mental (por ansiedad, depresión, angustia, estrés, etc.), aislamiento, maltrato, enlentecimiento de las funciones ejecutivas y fallos en las funciones cognitivas, las cuales fueron evidenciadas totalmente por las personas mayores que pertenecían al programa en ese momento (falta de concentración, fallos de memoria, olvidos frecuentes, desorientación, enlentecimiento del procesamiento de información, etc.).

Recientemente, a inicios de 2022, se reactivaron los talleres presenciales (procurando un adecuado aforo), donde cada asistente ha mencionado lo mucho que le hizo falta el taller cognitivo y poder sociabilizar con otros (sin dejar de lado el taller físico y el autocuidado), pues consideran que es indispensable el trabajo realizado por la dupla profesional. Con ello, se pone finalmente de manifiesto que las personas mayores a las que va dirigido el programa comprendieron la real labor de las y los profesionales fonoaudiólogos y cómo contribuyen a su bienestar.



MARCO TEÓRICO

En Chile el número absoluto de adultos mayores ha aumentado 6,8 veces desde 1950, cuando la población de ≥ 60 años era de 416.741 personas, llegando en 2017 a 2.850.171, lo que constituye el 16,2% de la población chilena (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2018). Por su parte, la esperanza de vida al nacer (EVN) se ha triplicado, siendo Chile el país de Sudamérica con la mayor tasa en este indicador. Así, en 1900 se estimaba una EVN de 23,6 años para las mujeres y 23,5 años para los hombres, en tanto que entre 2015-2020 la tasa aumentó a 82,1 años para las mujeres y 77,3 para los hombres (INE, 2020).

Complementariamente, según datos del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, el 85,8% de las personas mayores de 60 años son independientes (2017), por lo que se requiere que ejerzan su autonomía, mantengan su independencia y puedan participar de su vida familiar, en la comunidad y en la sociedad.

Respecto del deterioro de las personas mayores, este puede ser causado por el factor de riesgo que experimentan o por la pérdida de sus capacidades funcionales. Esto se puede ver potenciado con la pérdida de redes de apoyo, además de la desvinculación de su entorno habitual y comunidad cercana, generando una mayor soledad, aislamiento y disminución de las tareas físicas y cognitivas previamente realizadas en forma habitual. En estos casos, se recomienda el envejecimiento activo para poder potenciar las capacidades intrínsecas de las personas mayores, con el objetivo de extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas.

En este sentido, hay estudios que indican que los programas de estimulación con enfoque preventivo y comunitario son efectivos en aumentar la longevidad, mejorar las condiciones crónicas, prevenir la dependencia, aumentar los estados cognitivos, la funcionalidad y la autoestima (Núñez-Barranco et al., 2009; Vidarte et al., 2012).

Estos antecedentes demuestran que, debido al envejecimiento de la población, el sector público del área de la salud —específicamente en la APS—, ha debido adaptarse y aplicar distintas estrategias para mantener, recuperar o mejorar la capacidad funcional de las personas mayores y, además, potenciar su participación social y su autocuidado.



Es por esto por lo que en 2015 se creó el programa Más Adultos Mayores Autovalentes, en donde el MINSAL junto con los servicios de salud, municipios y organizaciones no gubernamentales pusieron en marcha una red de equipos profesionales destinados al trabajo con personas mayores, en el contexto de un modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario. Este programa ofrece una intervención desde la promoción y prevención de la salud, con el objetivo de mantener y/o mejorar la autovalencia de las personas mayores y fomentar el autocuidado, aumentando la capacidad tanto individual como comunitaria en las organizaciones sociales para enfrentar el proceso de envejecimiento.

La designación de los establecimientos en los que se implementa este programa cuenta con ciertos criterios: debe tratarse de establecimientos de APS que tengan 20.000 o más personas inscritas, o bien, deben ser instituciones en comunas que, pese a no cumplir con el criterio anterior, presenten una población de 1.000 o más personas mayores de 60 y más años.

De igual modo, para que las personas mayores ingresen al programa, se han establecido los siguientes criterios:

- Personas de 65 años y más, beneficiarios del Fondo Nacional de Salud [FONASA], inscritos en centros de salud de atención primaria, con su examen de medicina preventiva (EMPA) vigente y con resultados de funcionalidad de autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo, o en riesgo de dependencia, y que manifieste su participación voluntaria mediante el consentimiento informado.
- Personas entre 60 y 64 años, beneficiarios de FONASA, inscritas en centros de salud de atención primaria, con su EMPA vigente y que manifiesten su participación voluntaria mediante el consentimiento informado. En personas de 60 a 64 años se considerará el control cardiovascular vigente como requisito de ingreso en el caso de no contar con el EMPA.
- Disponibilidad de atención para ingreso y participación, entregada por la capacidad del recurso humano dispuesto para la ejecución del programa.



Descripción y objetivos del programa

Como se ha señalado, el programa Más Adultos Mayores Autovalentes corresponde a una intervención de promoción y prevención en salud, cuyo objetivo es mejorar la capacidad individual y comunitaria para enfrentar, de mejor manera, el proceso de envejecimiento y fomentar el autocuidado del adulto y las personas mayores en las organizaciones sociales, manteniendo y/o mejorando su autovalencia.

El programa contempla la participación de las personas mayores en actividades grupales de educación para la salud, autocuidado, estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas y desarrollo de un proceso de diagnóstico participativo local. Lo que se busca con ello es evidenciar las determinantes sociales que condicionan la salud, una capacitación de líderes comunitarios que permita el reconocimiento de potenciales miembros de la comunidad, y fortalecimiento de la autogestión y autonomía. Como resultado, se espera la planificación de trabajos a corto, mediano y largo plazo en conjunto con la dupla de profesionales para mejorar la calidad de vida y autovalencia de las personas mayores de 60 años.

El programa está inserto en los establecimientos y equipos de APS, mediante una dupla profesional de kinesiólogo y fonoaudióloga que distribuyen su tiempo en jornadas de 44 horas semanales. El perfil de este cargo tiene completa relación con un profesional con conocimiento y competencias para el trabajo comunitario en salud, en los ámbitos promocional y preventivo funcional de las personas mayores. Además, se espera que estos profesionales tengan la capacidad de solucionar cualquier tipo de inconveniente que se pudiera presentar en el desarrollo de los talleres, y lograr fortalecer la red local de trabajo con personas mayores.

La planificación, programación y ejecución del programa considera el trabajo interdisciplinario, ordenado y efectivo, por parte de ambos integrantes de la dupla de profesionales, quienes deben velar por la coordinación entre el equipo de salud y el intersector. Así mismo, se debe entregar a las personas mayores una rutina básica de ejercicios, actividades para realizar en el hogar, o bien, dentro de sus organizaciones sociales, para mantener y/o mejorar la funcionalidad dentro de las capacidades y/o habilidades propias y personales, pesquisadas dentro de las evaluaciones previas al ingreso del programa.



Los talleres, en tanto, deben ser realizados en un espacio preferentemente comunitario, ubicados en sectores geográficamente cercanos y accesibles a la población correspondiente a cada CESFAM. Además, deben basarse en el enfoque de educación popular, metodologías participativas y del aprender haciendo, para procurar un aprendizaje desde la propia experiencia y experimentación de las personas mayores, con lo cual se refuerzan los contenidos teórico-prácticos de autocuidado y estimulación funcional.

Finalmente, este programa tiene estrecha relación con las organizaciones locales que trabajan con personas mayores o destinadas a ellas, mediante el fomento del autocuidado y estilos de vida saludable, la estimulación funcional y la participación social de las personas mayores en una red local capacitada, conectada y que favorezca la promoción y prevención en salud para este grupo de la población.

Indicadores y medios de verificación del programa

Pese a los estudios que avalan la implementación del programa Más Adultos Mayores Autovalentes frente a los cambios sociodemográficos de la población chilena, su impacto era incierto, así como los posibles resultados. Es por esto por lo que desde el servicio de salud —como programa pionero dentro del área de las personas mayores insertas en APS— se establecieron ciertos indicadores de monitoreo y evaluación constante, los que se realizan cada año según la orientación técnica del programa: se solicita la primera evaluación con corte al 31 de agosto y la segunda o evaluación final con corte al 31 de diciembre del año cursante.

En dichas actividades se evalúan los cumplimientos a la fecha —se solicita un 60% del cumplimiento de metas durante la primera evaluación y el 100% o su totalidad en el informe final—. No obstante, en caso de cumplimientos inferiores de lo planteado, estos tendrían alcance en las reliquidaciones del dinero destinado a financiar la ejecución del programa.

El cumplimiento global del programa tiene dos grandes componentes por ser evaluados. El primero de ellos es el programa de estimulación funcional y cognitiva, que evalúa los siguientes aspectos:



- Porcentaje de adultos mayores en control en el centro de salud, ingresados al programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
- Promedio de asistentes a sesiones del programa.
- Porcentaje de adultos mayores que mantiene o mejora su condición al completar el ciclo y/o participación anual en el programa.

Como programa —y profesionalmente hablando— esto ha sido un desafío constante, ya que para poder cumplir con estas metas —que en su inicio fueron bastantes amplias— fue necesario trabajar diariamente por el cambio de paradigma de las personas mayores, contribuyendo a que tuvieran un rol activo y participativo dentro de su condición de salud y así poder incorporar nuevos hábitos y estilos de vida saludable. De esta manera y con el paso del tiempo fueron evidentes los resultados entre las personas mayores, ya sea en la adherencia al programa, como en el impacto en la condición de su salud y calidad de vida, verificada por el resto de los profesionales del CESFAM N° 4 en los controles de enfermeras, nutricionistas y/o médicos del equipo.

El segundo componente para la evaluación del cumplimiento global del programa hace referencia al fomento del autocuidado del adulto mayor en organizaciones sociales locales. Este ítem implica el desarrollo y trabajo en red, generando distintos lazos y vínculos con otras entidades de la zona que pudieran abordar, de una u otra manera, las necesidades de estas personas. Dentro de este componente se conformó casi anualmente un grupo de personas mayores capacitadas en distintas temáticas, entre las que se cuentan primeros auxilios y control de signos vitales, alimentación saludable y huertos amigables, terapias complementarias, beneficios de la actividad y ejercicio cognitivo, beneficios de la actividad y ejercicio físico y educación digital en las personas mayores, entre otras. De esta manera, se ha potenciado el rol de las personas mayores en la comunidad y se han conformado líderes comunitarios que son facilitadores en la entrega de conocimiento entre sus pares. Como resultado, se han obtenido cambios positivos en los hábitos saludables —quizás no de manera cuantificable o inmediata—, pero sí generando un gran impacto en las personas mayores y a largo plazo en la comunidad.



CONCLUSIONES

Para el desarrollo de este programa no ha sido fácil demostrar la importancia de la dupla multidisciplinaria conformada por profesionales de la kinesiología y de la fonoaudiología, lo que desde la experiencia se debe al desconocimiento de estos perfiles profesionales. Los resultados demuestran que es posible aportar y desarrollar un trabajo de excelencia gracias a los conocimientos de pregrado adquiridos, y a las constantes capacitaciones para actualizar el conocimiento previo.

En continuidad de lo indicado, en 2019 se realizó una charla a nivel comunal para todos los directores y encargados de programa de los seis CESFAM de Rancagua, en donde se dio a conocer el rol de los distintos profesionales. Ello permitió reforzar la importancia y el aporte del equipo multidisciplinario para los demás programas y para las personas mayores insertas en la APS. En este evento, fue posible abordar la temática en torno al envejecimiento cognitivo y, con ello, recalcar la importancia de la estimulación cognitiva a nivel neurológico, los beneficios que implica el entrenamiento cognitivo y la importancia de que sea realizado por un profesional capacitado para esto.

Se trató de una instancia donde quedó en evidencia la labor primordial del profesional fonoaudiólogo en el programa Más Adultos Mayores Autovalentes, junto con relevar la necesidad de contar con más profesionales capacitados para realizar esta labor.

Han transcurrido seis años desde la incorporación de la fonoaudiología al CESFAM N° 4 y actualmente la VI Región del Libertador General Bernardo O'Higgins ha ampliado la contratación de fonoaudiólogas y fonoaudiólogos para continuar el entrenamiento cognitivo en el programa Más Adultos Mayores Autovalentes, aportando al crecimiento de la participación de profesionales de este estamento.

No obstante, es importante destacar que a nivel general de APS la fonoaudiología aún no logra un rol más protagónico debido, generalmente, a la escasez de oportunidades en la APS y al desconocimiento del impacto que puede llegar a tener la disciplina fonoaudiológica en la población general.

Por ello, es necesario continuar demostrando con trabajo y profesionalismo la participación de las y los profesionales fonoaudiólogos en APS, y así dar a



conocer entre los equipos de trabajo la labor que estos desempeñan para aportar de manera conjunta y eficaz a la promoción y prevención en salud de este grupo etario.

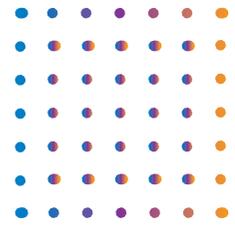
REFERENCIAS

- Instituto Nacional de Estadísticas [INE] (2020). *INE ciudadano. Esperanza de vida al nacer*. [INE]. <https://www.ine.cl/ine-ciudadano/definiciones-estadisticas/poblacion/esperanza-de-vida>
- Instituto Nacional de Estadísticas [INE] (2018). *Síntesis de resultados Censo 2017*. [INE]. <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2017). *Data social. Personas mayores dependencia funcional*. [INE]. <https://datasocial.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/portalDataSocial/catalogoDimension/52>
- Ministerio de Salud [MINSAL] (2015). *Orientación técnica programa Más Adultos Mayores Autovalentes*. MINSAL. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/013.Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-Programa-Ms-Autovalentes.pdf>
- Núñez-Barranco, C., Ruiz, I., Gázquez, J., y Pérez, C. (2009). La estimulación cognitiva en un grupo de personas mayores de la provincia de Badajoz: beneficios sobre la memoria y el estado de ánimo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 337-348. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832322037.pdf>
- Vidarte, J., Quintero, M., y Herazo, Y. (2012). Efectos del ejercicio físico en la condición física funcional y la estabilidad en adultos mayores. *Hacia la promoción de la Salud*, 17(2), 79-90. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a06.pdf>





FONOAUDIOLÓGÍA Y REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD: VINCULACIÓN EN EL CENTRO COMUNITARIO DE REHABILITACIÓN LA PINTANA



JOAQUÍN ACUÑA¹ Y FABIOLA ROJAS²

Resumen

La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) se define como una estrategia de desarrollo local comunitario que busca facilitar una salud inclusiva, asegurando el acceso a la misma de todas las personas en situación de discapacidad. En la comuna de La Pintana, Santiago, se ha desarrollado esta estrategia en el Centro Comunitario de Rehabilitación Física (CCR), el que a lo largo de 12 años se ha conformado con un equipo inter y transdisciplinario compuesto por profesionales kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, administrativos y líderes comunitarios. En enero de 2012 se incluyó a un profesional fonoaudiólogo dentro de la dotación de personal del CCR. El capítulo aborda este hito y los años transcurridos de esta experiencia, para brindar apreciaciones, reflexiones y sugerencias acerca de la vinculación de nuevos profesionales en este contexto de atención.

Palabras clave:
discapacidad,
fonoaudiología,
participación
comunitaria,
rehabilitación basada
en la comunidad.

¹ Fonoaudiólogo por la Universidad Autónoma de Chile. Centro Comunitario de Rehabilitación Física de La Pintana. Santiago, Chile.

✉ flgo.joaquin.bastian@gmail.com

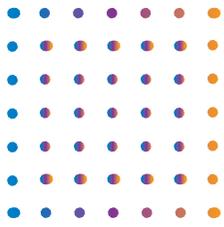
🆔 <https://orcid.org/0000-0003-2368-3505>

² Fonoaudióloga por la Universidad de Chile. Centro Comunitario de Rehabilitación Física de La Pintana. Santiago, Chile.

✉ frojaso@pintana.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-3529-5884>





SPEECH THERAPY AND COMMUNITY-BASED REHABILITATION: LINKAGE IN THE LA PINTANA COMMUNITY REHABILITATION CENTER

Keywords:

community-based rehabilitation, community participation, disability, speech therapists.

Abstract

Community-Based Rehabilitation (CBR) is defined as a local community development strategy in means to facilitate inclusive health, ensuring access for all people with disability. In the commune of La Pintana, this strategy has been developed at the Community Center for Physical Rehabilitation (CCR), which has been in practice for 12 years, forming over time an inter and transdisciplinary team of Physical Therapists, Occupational Therapists, Speech Therapists, Administrative and Community Leaders. In January 2012, a Speech Therapist was introduced to the CCR staff, this milestone and experience over the years will be discussed further, providing insight, consideration, and suggestions on how to link new professionals in this context of care.



PRESENTACIÓN Y CONTEXTO

La Rehabilitación Basada en la Comunidad (en adelante RBC) se define como una estrategia para la rehabilitación, la inclusión social y el desarrollo comunitario (Organización Mundial de la Salud [OMS], Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] y Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2004). Existe consenso en que esta estrategia busca dar respuesta a las necesidades de las personas en situación de discapacidad (en adelante PsD) y a sus familias, así como también velar por la lucha y el cumplimiento de sus derechos. Por ello, se hace relevante y trascendental conocer estos aspectos clave de la estrategia para comprender el concepto de discapacidad como un fenómeno social, el cual ha ido evolucionando durante décadas, que considera a las PsD como sujetos y no como objetos, y donde además se evidencia una relación directa entre discapacidad y pobreza (Observatorio Estatal de la Discapacidad, [OED], 2018).

Por su parte, La Pintana es una comuna vulnerable y con uno de los mayores índices de pobreza de la Región Metropolitana (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017). A partir de las radicaciones poblacionales forzosas realizadas durante la dictadura militar, sumadas al bajo valor del suelo, la comuna duplicó su población en una década, produciéndose una extrema concentración de pobreza urbana, junto con la carencia de servicios básicos y de acceso al trabajo (Plan de Salud Comunal [PLADECO], 2020). En este contexto territorial, en 2009 se inserta el Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR), dispositivo de salud que busca generar, promover y facilitar instancias de acceso a la rehabilitación, participación e inclusión social de las PsD de origen físico, a través del funcionamiento conjunto y articulado de un equipo integral interdisciplinar, con familiares de la PsD y/o del entorno social cercano, con la red de salud municipal y el intersector comunal.

Si bien antes de la contratación de un profesional fonoaudiólogo, la lógica y sustento teórico/práctico de los integrantes del equipo principal (kinesiólogo y terapeuta ocupacional), se encontraba alineada con los conceptos clave de la RBC para su adecuado desarrollo y en armonía con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), la ausencia de un especialista fonoaudiólogo en la atención de personas con daño neurológico hacía perder la esencia del abordaje integral que requiere un ser humano con este nivel de dificultades. Es así como en 2012, mediante la postulación a un fondo gubernamental, se logró incluir a



un fonoaudiólogo en el equipo del CCR. Al tratarse de una experiencia nueva, se generaron diversas instancias de diálogo horizontal, comunitario y político, para visibilizar la disciplina y el quehacer fonoaudiológico, con el fin de demostrar la necesidad latente de mantener al profesional en el equipo, lo que se logró en 2013. Posteriormente —como resultado del trabajo sistemático y de la visualización de la ocupación de la disciplina—, en 2015 dos nuevos fonoaudiólogos llegan al equipo, vinculados en un principio a la atención de personas con discapacidad severa y luego al desarrollo de la unidad de ayudas técnicas y adaptaciones de bajo costo.

MARCO TEÓRICO

Situándonos en el territorio: aproximación a la realidad comunal

La Pintana es una comuna ubicada al sur de la Región Metropolitana, Santiago, Chile. Según datos oficiales, cuenta con una población de 177.335 habitantes (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2017) y una tasa de pobreza multidimensional de un 42,4%, lo que implica grandes brechas en salud, educación, trabajo y vivienda, entre otros ejes. En el marco de las reformas urbanas de la dictadura militar, la comuna duplicó su población en tan solo una década, evidenciándose con mayor fuerza la alta tasa de pobreza multidimensional que la representa (PLADECO, 2020). De este modo, La Pintana se configura como una de las comunas más vulnerables del Gran Santiago, lo que hace plantear y replantearse, de manera constante, cómo satisfacer las necesidades de la población con acciones que involucren la participación comunitaria y la inclusión social, las cuales son características muy valoradas por la comuna.

En cuanto al ámbito de salud, a nivel local se cuenta con una red que armoniza con los desafíos de gestión establecidos por el Servicio Metropolitano de Salud Sur Oriente, favoreciendo la desfragmentación de los servicios, integración y continuidad de cuidados. La red de salud comunal está compuesta por: seis Centros de Salud Familiar (CESFAM); un Centro de Salud Mental (COSAM); una Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO); un Servicio de Urgencia Comunal (SUC); y un CCR, entidades con las cuales se busca dar solución a las problemáticas sanitarias y sociales de la población.



Diálogo y construcción colectiva

En 2009, se creó el Centro Comunitario de Rehabilitación Física de La Pintana, el cual tuvo como objetivo dar cobertura a la demanda asistencial de la población en patologías osteomusculares y neuromusculares. En sus inicios, este centro estuvo compuesto por un kinesiólogo, un terapeuta ocupacional y un administrativo. No obstante, el equipo fue creciendo de manera paulatina en cuanto a su dotación y, dada la necesidad de brindar un abordaje terapéutico integral a las personas con secuelas neurológicas, el equipo se aventuró a desarrollar un proyecto y postular a un fondo gubernamental con la finalidad de incluir en el equipo a un profesional fonoaudiólogo y a un psicólogo durante un año. Esta postulación resultó ser exitosa y desde 2012 se ha contratado a dichos profesionales por media jornada de trabajo. Desde aquel instante —y gracias a la pluralidad de pensamientos, constructos cognitivos y multisaberes— el abordaje terapéutico de la población beneficiaria ha ido cambiando y continúa transformándose hasta el día de hoy, nutriéndose de nueva evidencia y estándares de calidad, involucrándose con temáticas asociadas al buen trato y a la generación de un ambiente protegido y alegre. Subyace en estas prácticas el concepto de trabajo en equipo y del “trans-saber” como agente vinculante que conduce a la amplitud de pensamiento, tolerancia, empatía y cuestionamiento de los procesos terapéuticos, con la finalidad de cumplir los objetivos de tratamiento consensuados con la PsD y sus acompañantes.

La RBC, equilibrio óptimo e implicancias sociales y políticas: vinculación del fonoaudiólogo

Sin el afán de denostar los enfoques de tratamiento ni otros paradigmas clínicos, se considera importante tensionar en la práctica el quehacer clínico-comunitario que nos exige la demanda asistencial, en armonía con el fundamento de la estrategia, con el objeto de relacionar conceptos relevantes para el texto con el proceso de vinculación y validación del fonoaudiólogo en el equipo. Al respecto, durante el tiempo se ha hecho profundamente necesario dialogar y cuestionar de forma analítica y consecutiva los constructos de saberes teóricos de cada sujeto que ha compuesto el equipo terapéutico, generando espacios de discusión favorecedores en pos del fortalecimiento de la comunidad, promoviendo el fenómeno de “deconstrucción” terapéutica y “reconstrucción” en la práctica educativa comunitaria, bajo una lógica dialéctica y constructiva (Freire, 1970).



Lo anterior sin duda ha desatado instancias de diálogo horizontal con las y los usuarios, generando un valor añadido de pertenencia y vinculación con el proceso de rehabilitación, lo que implica no subvalorar las deficiencias presentes en las personas, sino más bien revalorizar el concepto de rehabilitación desde una perspectiva no reduccionista e íntegra, esto es, como sujetos bio-psico-sociales y espirituales (Sulmasy, 2002).

En este sentido, centrándonos en la “reivindicación” y “revalorización” de la “R” de la RBC —como plantea García Ruiz (2014)—, el énfasis clínico no debe ser subvalorado. Es así como el fonoaudiólogo considera el abordaje de las secuelas cognitivo-comunicativas y/o deglutorias como deficiencias que forman parte de un cúmulo de consecuencias no aisladas, gatilladas por un tipo de daño cerebral. Dicho esto, durante el periodo inicial del proceso en el año 2012, se hizo trascendental visibilizar la existencia de dichas alteraciones las que —como es comprendido de modo general en salud—, generan un impacto directo en el desempeño cotidiano de la PsD y en sus niveles de participación. No obstante, el proceso evangelizador apuntó, en primer lugar, a la dupla de trabajo existente en el centro: al grupo de PsD que se encontraba bajo control en el CCR junto con sus redes de apoyo y, en segundo término, al grupo político local, puesto que la continuidad del fonoaudiólogo —que en ese entonces se encontraba financiado para un año a través de un contrato a honorarios de media jornada—, dependía de la venia municipal a través de la distribución de recursos locales. Originalmente el panorama no fue alentador, debido a la negativa de las autoridades para financiar al profesional como consecuencia de la ausencia de presupuesto, consideración comprensible por el contexto político y económico de La Pintana.

Tras un año de trabajo, el impacto de las alteraciones de la comunicación y/o deglución en la calidad de vida de las PsD fueron comprendidas y visibilizadas por la comunidad. Ello quedó de manifiesto cuando, al enterarse de la no continuidad del fonoaudiólogo en el centro, algunas de las personas que fueron atendidas y/o que se encontraban bajo tratamiento, manifestaron de forma autónoma su descontento con la máxima autoridad municipal, sin previo aviso al equipo, lo cual sin dudas e independientemente de las consecuencias que se podrían generar tras dichas movilizaciones (positivas o negativas), fue enternecedor y estremecedor para el equipo, debido a la tendencia a subestimar el poder que, desde el continuo desamparo histórico, tiene y puede ejercer la voz de la comunidad organizada y el impacto político que pueden generar como sujetos que demandan igualdad de derechos, equidad, justicia y acceso a una salud digna, integral y de calidad.



Cuando la máxima autoridad municipal se informó de lo acontecido, decidió conocer in situ el origen del descontento ciudadano. Para aprovechar esta oportunidad, gracias al apoyo y compromiso del encargado del CCR se elaboró una sistematización del trabajo anual realizado, destacando el rol del fonoaudiólogo en el abordaje, deficiencias, limitaciones y restricciones del grupo de personas intervenidas durante 2012. Como consecuencia de ello, a través de una decisión política y sin duda con el afán de satisfacer la necesidad elevada desde la comunidad, el alcalde de la comuna ordenó a las autoridades sanitarias locales financiar al profesional fonoaudiólogo, incluyendo el costo de dicho esfuerzo dentro del presupuesto de salud del año 2013, además de instruir un aumento de su jornada de 22 a 44 horas.

Posteriormente en 2015, y gracias al trabajo intercomunicado con el Programa de Dependencia Severa y con cada uno de los CESFAM de la comuna, surge la propuesta de atender a las PsD severas de La Pintana, no tan solo desde una mirada clínico-asistencial, sino más bien integral, enfocada en la rehabilitación y participación en comunidad, considerando como factor principal que los usuarios y usuarias que presentaban este nivel de dependencia, no lograban acceder a los servicios ofrecidos por los centros de salud. Nuevamente la propuesta tuvo una grata aceptación en la autoridad, y se incorporó en el presupuesto de salud comunal el financiamiento de un equipo de atención domiciliaria interdisciplinario, compuesto por un kinesiólogo, un terapeuta ocupacional, un psicóloga y un fonoaudiólogo para el año 2016.

En sus inicios, el camino transitado por este equipo estuvo marcado por la creación y gestión del Programa de Dependencia Severa con un componente rehabilitador, el cual se encontraba asociado al CCR, mientras que existía también otro equipo asociado al trabajo asistencial, con otras prestaciones y otro tipo de profesionales. Dentro de las funciones principales del nuevo equipo estaba aplicar de manera fidedigna la estrategia de RBC en esta población específica, con todas las barreras que ello implicaba y con el sello distintivo de realizar sus atenciones a través de visitas domiciliarias y mantener una comunicación fluida con la red intersectorial.

En forma paralela, en la comuna se realizó una importante adquisición de dispositivos tecnológicos dinámicos de seguimiento ocular Irisbond® destinados a mejorar el desempeño comunicativo de personas con trastornos de la comunicación. Para implementar los equipos se designó al CCR como centro a cargo de llevar a cabo su entrega y para ello, se oficializó la contratación de un



tercer profesional fonoaudiólogo como el ente principal para generar la entrega óptima y oportuna de los equipos a los usuarios que lo requerían. En la medida en que se realizaba la entrega de los equipos, el fonoaudiólogo pesquisó según criterio técnico, que no todos los candidatos requerían estos equipos, sino que más bien necesitaban la implementación de otros dispositivos o ayudas técnicas de bajo costo que colaborarían con el cumplimiento de los objetivos consensuados. Dado lo anterior, nace una subunidad del CCR dedicada exclusivamente a la confección e implementación de adaptaciones y ayudas técnicas de bajo costo, la cual se fusionó con el equipo de dependencia severa del CCR, transversalizando de este modo los saberes particulares y, de manera crítica y responsable, creando ayudas técnicas vinculadas a la comunicación, alimentación y a la funcionalidad general de la persona atendida.

Con el paso del tiempo, y a raíz de los cambios sociopolíticos que subyacen a toda administración de salud, La Pintana comenzó a implementar de manera paulatina y efectiva, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Como consecuencia de esto, cada dispositivo de salud debió alinearse con esta nueva forma de trabajo, donde el énfasis para el CCR estuvo orientado en generar nuevos lineamientos de abordaje territorial y de trabajo articulado con la red de salud municipal. Debido a esto, se realizó una nueva distribución de la dotación y orgánica institucional, donde por eficiencia del sistema, los fonoaudiólogos debieron hacerse cargo de la coordinación de los nuevos equipos que surgieron por este cambio. Así, durante todo el 2019 y hasta el día de hoy, los fonoaudiólogos del CCR se han nutrido de conocimientos acerca de lo que involucra la gestión en salud, junto con participar activamente como parte del equipo gestor, apoyando al quehacer del encargado del CCR y logrando, en conjunto, tomar acciones eficientes para mejorar la calidad en la atención de la comunidad.

Participación en comunidad: Inclusión y sano convivir

A partir de la relevancia que tuvieron tanto los aspectos clínicos como técnicos para evidenciar y demostrar la latente necesidad y los beneficios de contar con un terapeuta de la comunicación y deglución en el equipo, colaborativamente se fueron desarrollando estrategias educativas y comunitarias que aportaron en gran medida al asunto. En relación con los aspectos fundamentales de lo “basado en comunidad”, consideraremos los siguientes elementos para mencionar experiencias que permitieron visibilizar, desde esta perspectiva al fonoaudiólogo



y validar su importancia en labores de gestión comunitaria: participación, fortalecimiento, democracia y desarrollo local (García Ruiz, 2014).

La participación comunitaria es la esencia misma de la misión del CCR. El rol terapéutico canalizador y facilitador de procesos se torna elemental para erradicar las dinámicas y prácticas paternalistas/asistenciales, las cuales históricamente han funcionado como obstáculo en la liberación y emancipación de la persona. De esta forma, el trabajo con grupos en los diversos territorios y sectores de la comuna y la formación de talleres comunitarios ha permitido visualizar la importancia del rol del fonoaudiólogo —como sujeto que se inserta— en el contexto comunitario. En estas instancias, emergen de forma espontánea líderes, personas con habilidades particulares de liderazgo y de andragogía innata, las cuales suelen denominarse *monitores*. La naturalidad de estos eventos siempre se gatillará en la medida en que no exista celo alguno del profesional que facilita el proceso, entendiendo la necesidad de situarse a la par y no por sobre las personas que conforman la comunidad, aceptando cada una de las necesidades propias que subyacen al grupo, desarraigándonos de prejuicios y comprendiendo la configuración reflexiva de cada sujeto.

En algunas de las experiencias, tales grupos de manera natural se han transformado en organizaciones funcionales, gracias al trabajo mancomunado de la sociedad civil y del equipo de trabajo. Este fenómeno evolutivo ocurrió, a modo de ejemplo, en la agrupación de “Personas con Parkinson por un mañana mejor” y en la agrupación de cuidadores “Ellos harían lo mismo por ti”. Ambos grupos nacen bajo la lógica descrita previamente, para luego organizarse como agrupación comunitaria con personalidad jurídica. Destaca como hito importante del último grupo mencionado el levantamiento de datos y necesidades que se hizo a través de la elaboración de diagnósticos participativos en cada uno de los seis territorios emblemáticos de la comuna, los cuales contaron con la colaboración de funcionarios de los CESFAM, representantes de los Consejos de Usuarios (CDU), líderes comunitarios, PsD y sus familias. Esta instancia imprescindible de diálogo ciudadano y de ejercicio democrático, permitió pesquisar la latente necesidad de las personas que cumplen el rol de acompañantes y de los familiares de apoyo y generar alianzas y vínculos humanos para promover el autocuidado ante la alta sobrecarga que muchos manifestaron como problema principal, dada la función que cumplen como cuidadores de PsD.

Luego de esto, el rol del facilitador —que en este caso recayó en los profesionales fonoaudiólogos—, comenzó a orientarse puramente hacia la gestión. Ambas



agrupaciones han logrado adjudicarse fondos concursables ministeriales y locales, como consecuencia del ejercicio de la democracia, del diálogo horizontal, de la distribución de roles y de la coordinación despojada de prejuicios con las personas pertenecientes a los grupos y sus familias. Así, el éxito no es propio de los profesionales, sino más bien de todas y todos los involucrados.

Líneas de acción en pandemia: revalorización y adaptación

A finales del año 2019, la situación mundial dio un vuelco inesperado en materia de salud, puesto que comenzó a desarrollarse la pandemia por COVID-19, lo que arrastró consigo otros ejes importantes como la esfera social, económica y mental, entre otras. Frente a esto, muchos han vivido o siguen experimentando sufrimiento y dolor, no solo quienes han sido afectados por el virus, sino también sus familiares y entorno en general. Por otra parte, el mundo entero ha tenido que reformular procesos y procedimientos de su quehacer diario y el sector salud no ha estado indiferente a este periodo de transformaciones.

En este contexto, el rol del fonoaudiólogo ha sido múltiple, es decir, ha abarcado desde la atención de las secuelas que genera la estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos, UCI (Sheehy, 2020), como también promover, en conjunto con el equipo, el retorno a la vida común y a los niveles de participación que tenía la persona afectada antes de contraer el virus, considerando las complejas alteraciones psicológicas, afectivas y sociales que genera la hospitalización prolongada (Ohtake et al., 2018). Durante este periodo, la flexibilidad ha tomado un rol protagónico y, considerando el contexto de encierro, los profesionales fonoaudiólogos se han vinculado con la comunidad por medio de la elaboración de material audiovisual educativo para la población acerca de los cuidados preventivos de la deglución y el desarrollo de estrategias de estimulación cognitiva en el hogar, junto con consejos sencillos que favorecen la comunicación y el cuidado de la salud mental. La distancia no fue un impedimento para continuar con las líneas de trabajo previas y, paralelamente, se desarrollaron conversaciones virtuales con especialistas y líderes comunitarios respecto de temáticas de salud y rehabilitación. Es importante destacar aquí la activa participación que tuvieron los profesionales en la elaboración de protocolos y la adaptación a nuevas formas de tratamiento mediante la telepráctica, con resultados favorecedores desde el punto de vista asistencial, comunitario y de gestión.



En la actualidad, el rol de los fonoaudiólogos se ha vuelto muy versátil y se vincula con diversas funciones, tanto en tareas de atención clínica de las PsD derivadas por la red de salud comunal, como también en funciones educativas, coordinación de equipos, articulación con la red de salud comunal e intersector, gestión de la demanda asistencial y en labores de desarrollo comunitario. El equilibrio óptimo de los matices referidos promueve sin duda, junto con la colaboración de cada integrante del equipo y de la comunidad, la participación en comunidad de las PsD.

CONCLUSIONES

Producto de la historia cursada en el plano local descrito, se considera fundamental la participación ciudadana en todo tipo de fenómenos político-sanitarios y la voz de aquellas personas que históricamente se han concebido como desposeídas — producto de un sistema que segrega y es injusto—, en el desarrollo de políticas que les favorecen directamente.

De manera puntual, se releva la importancia de visibilizar desde múltiples aristas el rol del profesional fonoaudiólogo en el nivel de Atención Primaria de Salud (APS), como agente de cambio que promueve la transformación de la sociedad, como seres que desde su saber teórico y propio de la vida en particular de cada individuo —llenos de vivencias y experiencias no enajenables—, son capaces de colaborar en el desarrollo de una sociedad justa e inclusiva.

El trabajo por medio de la estrategia RBC requiere de una constante capacidad de adaptación, tolerancia a la frustración y versatilidad en los procesos. Como agentes comunicadores, en medio del proceso de rehabilitación debemos considerar que la lógica de inclusión de todos los actores en el proceso terapéutico es elemental para conseguir estándares de participación óptimos y cumplimiento de objetivos, ya sea del o la principal acompañante de PsD en el hogar, como de los participantes de agrupaciones comunitarias, congregaciones religiosas, redes de trabajo, etc. De esta manera, si poseemos una mirada amplia respecto de cada situación de salud y discapacidad, ello posibilitará el trabajo articulado con la red de salud y el intersector, colaborando en la resolución de las problemáticas de la población en general.

Destacamos igualmente la necesidad de despojarnos del ego y del orgullo terapéutico, porque creemos en los positivos resultados vinculares que genera



este ejercicio, ante lo cual podemos entender la estrategia RBC desde adentro, cuando la vivimos desde los fundamentos de su concepción en la práctica y no de forma enajenada como palabrería y teoría atractiva.

Se hace necesario tensionar día a día nuestro rol en la comunidad, qué proyectamos y qué sentimos. El crecimiento y madurez profesional en un equipo y contexto de trabajo como este se da, principalmente, gracias al desarrollo de confianzas que brinda el tiempo, a través de la manifestación de opiniones, criticando procesos sobre la base el respeto, el diálogo constructivo recíproco y la escucha activa.

El alcance e impacto en la comunidad como profesionales fonoaudiólogos en el nivel primario de atención de salud es cuantioso. El trabajo en los territorios nos brinda una perspectiva distinta de la rehabilitación y la vida. Es allí donde se generan espacios de empatía, diálogo y comprensión de cuáles son las verdaderas problemáticas de las personas que atendemos, entendiendo que existen necesidades que se sobreponen a cualquier tipo de secuela neurológica, lo cual nos invita a sacar la venda de nuestros ojos y enfrentarnos cara a cara a lo que se les ha quitado a muchos: la dignidad.

REFERENCIAS

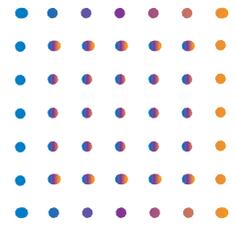
- Departamento de Salud (2020). *Plan de Salud Comunal La Pintana*. PLADECO. <https://pintana.cl/wp-content/uploads/2019/12/plandesaludcomunal.pdf>
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Proyecto Ensayo Hispánico. <http://www.ensayistas.org/critica/liberacion/varios/freire.pdf>
- García Ruiz, S. (2014). La RBC donde la pobreza, la riqueza y el desarrollo local de encuentran. En A. Guajardo, E. Recabarren, y V. Parraguez (Eds.), *Rehabilitación de Base Comunitaria: diálogos, reflexiones y prácticas en Chile* (pp. 21-22). Servicio Nacional de la Discapacidad, SENADIS y Universidad Andrés Bello.
- Instituto Nacional de Estadísticas [INE]. (2017). *Síntesis de resultados*. INE. <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2017). *Situación de pobreza. Síntesis de resultados*. CASEN. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados_pobreza_Casen_2017.pdf



- Observatorio Estatal de la Discapacidad, [OED]. (2018). *Personas con discapacidad y situación de pobreza*. OED. <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/personas-con-discapacidad-y-situacion-de-pobreza>
- Ohtake, P. J., Lee, A. C., Scott, J. C., Hinman, R. S., Ali, N. A., Hinkson, C. R., Needham, D. M., Shutter, L., Smith-Gabai, H., Spires, M. C., Thiele, A., Wienczek, C., y Smith, J. M. (2018). Physical impairments associated with post-intensive care syndrome: Systematic review based on the world health organization's international classification of functioning, disability, and health framework. *Physical Therapy*, 98(8), 631-645. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy059>
- Organización Mundial de la Salud [OMS], Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] y Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (1994). *Rehabilitación basada en la comunidad: RBC con y para personas con discapacidad*. OIT, UNESCO y OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63970>
- Sheehy, L. M. (2020). Considerations for post acute rehabilitation for survivors of COVID-19. *JMIR Public Health Surveill*, 6(2), e19462. <https://doi.org/10.2196/19462>
- Sulmasy, D. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist*, 42(3), 24-33. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24



INSERCIÓN Y DESARROLLO DE LA FONOAUDILOGÍA EN EL HOSPITAL COMUNITARIO DE COMBARBALÁ



VALERIA VALENCIA¹

Resumen

Desde el inicio de la fonoaudiología en Chile, las y los fonoaudiólogos se han incorporado en diferentes campos, siendo uno de ellos el de la salud. Su desempeño ha evolucionado de acuerdo con la contingencia nacional y epidemiológica. La concentración de su quehacer está en el sector secundario y terciario, mientras que en la salud primaria se han integrado de manera paulatina, respondiendo a las necesidades de la población chilena, lo que ha permitido la apertura de su campo ocupacional. El objetivo de este capítulo es visibilizar y describir el proceso de inserción y desarrollo de la fonoaudiología en el Hospital de Combarbalá, Región de Coquimbo, luego de la incorporación de una profesional del área a partir del año 2016, evidenciando cómo en este transcurso de tiempo la población ha modificado su visión y conocimiento de la profesión de manera positiva, ya que se han abordado problemáticas y necesidades de manera temprana e integral.

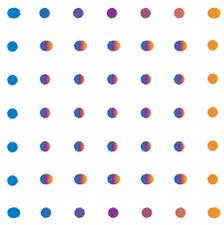
Palabras clave:
atención primaria,
desarrollo,
fonoaudiología,
inserción.

¹ Fonoaudióloga por la Universidad Pedro de Valdivia. Hospital de Combarbalá. Combarbalá, Chile.

✉ valeria.valencia@redsalud.gov.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-0532-0786>





INTEGRATION AND DEVELOPMENT OF SPEECH THERAPY IN COMBARBALÁ COMMUNITY HOSPITAL

Keywords:

development,
insertion, primary
care, therapy speech.

Abstract

From the beginning of the Speech Therapy the Speech Therapists have been introduced in different areas, one of them is health. Their performance has evolved according to national contingency and epidemiological. The focus of its work is on the secondary and tertiary area, while the primary health has been integrating gradually, responding to the Chilean people necessities and this has allowed the opening of the occupational field. The objective of this chapter is to visualize and describe the process of the insertion and the development of the Speech Therapy by first time in Combarbalá's hospital, a specialized professional in the area was included in 2016, helping to make visible how the population positively perceives the treatment once problems and needs are early and comprehensively addressed.



PRESENTACIÓN Y CONTEXTO

La atención primaria de salud (APS) se considera una parte esencial o nuclear del sistema sanitario: es la puerta de entrada a través de la cual los usuarios y pacientes toman contacto inicial con los servicios de salud. Esta aproximación es ciertamente simplista y no permite visualizar de forma suficiente la importancia y complejidad del rol que debe desempeñar la APS en los procesos de atención de salud individual y colectiva (Zurro y Jodar, 2011).

Desde 2005, y en el marco de la reforma de salud de Chile, se comenzó a desarrollar una nueva forma de atención centrada en la APS. Este modelo, basado en la salud familiar y sus principios, fundamenta y orienta el quehacer de los equipos en la red asistencial desde la anticipación del daño hasta la rehabilitación, de manera cada vez más inclusiva de otras necesidades en el espacio de la salud y la comunidad (Ministerio de Salud [MINSAL], 2005).

En esta red APS, se encuentra el Hospital de Combarbalá, establecimiento de baja complejidad de la red asistencial, denominado también como Hospital de la Familia y la Comunidad (HFC). El organismo tiene entre sus actividades la provisión de cuidados básicos en salud, con énfasis en acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de baja complejidad y en modalidad preferentemente ambulatoria, atención de urgencia y servicios de hospitalización.

La ciudad de Combarbalá se ubica en la parte sur oriental de la Provincia del Limarí, con una población de 13.322 habitantes (con predominio rural y de adultos mayores) y una población de 6.929 habitantes adscrita al único hospital. Las actividades económicas están relacionadas con la agricultura, ganadería, minería y artesanía en piedra combarbalita (INE, 2019). De acuerdo con la encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN) realizada el año 2015, la comuna presenta una pobreza de 25% (Ministerio de Desarrollo Social, 2016) y las personas en situación de pobreza por ingresos llegan a un 16,2%.

Particularmente, la comuna de Combarbalá incorporó la fonoaudiología en salud en 2016 a través del fondo de intervenciones de apoyo al desarrollo infantil, lo que permitió sumar por primera vez a una profesional fonoaudióloga al hospital, específicamente al programa Chile Crece Contigo, teniendo como misión apoyar de manera integral a las niñas, niños y a sus familias en las necesidades atingentes al área.



En consideración a la gama de servicios de atención —y con el propósito de avanzar hacia una atención integral de las personas y sus familias por medio de una relación de continuidad con el equipo de salud—, se levantaron de inmediato necesidades al recibir interconsultas para otros servicios, por lo que la Dirección solicitó la educación y participación de la profesional fonoaudióloga en diversos equipos, con el objetivo de visibilizar el alcance de la profesión. Con ello, se logró que actualmente se tenga participación en la gestión del modelo de atención integral de salud (MAIS), el servicio de hospitalización, el comité de lactancia materna, el comité de promoción y el box de atención fonoaudiológica, así como también en programas como Chile Crece Contigo (ChCC), de atención domiciliaria dependientes severos (PADI), cuidados paliativos y otros.

MARCO TEÓRICO

La constitución de la OMS establece que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (Fundación FEMEBA, 2017).

La organización de los sistemas de salud presenta otro conjunto de valores y estos son los que se encuentran abarcados en la conferencia de la Organización Mundial de la Salud [OMS] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef] (1978), la cual estableció que la APS significa:

Asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (p. 3).

En este acuerdo los países, incluido Chile, se comprometieron a desarrollar la APS como un componente esencial de todo sistema de salud y garantizar su acceso y cobertura a toda la población. Entre los principios fundamentales en esta declaración se pueden mencionar: la equidad, la justicia social, la participación comunitaria y la colaboración intersectorial (Universidad del Desarrollo, 2019).



Como parte de las estrategias de atención primaria de salud es que se encuentran los hospitales de la familia y la comunidad (HFC), que tienen por objetivo organizar el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, donde la prevención es tan importante como la cura y, por ello, se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención. En este marco, estos centros brindan una amplia gama de servicios de atención: ambulatoria, cerrada, urgencia, domiciliaria y hacia la comunidad; todo ello desde la perspectiva de las necesidades y preferencias de la población y del territorio al que pertenece (MINSAL, 2016).

Al respecto, el Hospital de Combarbalá es una fiel representación de estos aspectos al ser el único hospital de la comuna de Combarbalá, el cual fue fundado en 1978 con la particularidad de haber sido el primero en Chile y segundo en Sudamérica en contar con calefacción solar. Hoy posee una dotación de 121 funcionarios y ofrece prestaciones en atención cerrada y abierta, unidad de emergencia de baja complejidad y atenciones domiciliarias, tiene unidades de apoyo diagnóstico, terapéutico, administrativo y logístico. De igual modo, al entregar atención tanto abierta como cerrada se deben integrar los dos modelos de atención de salud vigentes, los cuales se enmarcan en el modelo general de atención primaria de salud con enfoque familiar.

Es en este contexto que la necesidad inminente de realizar acciones de mejora en salud ha permitido la inclusión de diversos profesionales al sistema de salud, con el fin de contribuir en la cobertura de las necesidades de la población como lo evidencia el MAIS.

Ahora bien, al surgir como una rama de la medicina que tenía por objetivo brindar apoyo a otros profesionales de la salud, desde que se inició la carrera de Fonoaudiología (1974) en Chile, las y los fonoaudiólogos se han incorporado a las instituciones de salud donde desempeñan una gama de labores. Con el pasar de los años estos fueron adquiriendo independencia en su labor tanto a nivel internacional como nacional. Actualmente, la fonoaudiología tiene cuatro áreas de especialidad: voz, audiología, motricidad orofacial (deglución y habla) y lenguaje, las cuales evalúan, diagnostican, previenen, habilitan y rehabilitan las patologías propias de cada área (López y Paredes, 2018). Por último, las y los fonoaudiólogos se desempeñan principalmente en la atención secundaria y terciaria de salud, con una escasa participación en APS, cuya incorporación ha sido paulatina (Figueroa et al., 2015).



Inserción de la fonoaudiología en el Hospital de Combarbalá

En 2016, se solicitó la incorporación de profesionales fonoaudiólogos en el programa Chile Crece Contigo a nivel comunal, el que mediante el fondo de intervenciones de apoyo infantil tiene por objetivo brindar tratamiento a niñas y niños que presenten rezago, riesgo u otras situaciones que puedan afectar su normal desarrollo. Es a raíz de lo anterior que se produce en el mismo año, la incorporación de una fonoaudióloga por primera vez en la historia del Hospital de Combarbalá, la cual debía cumplir funciones en la sala de estimulación del establecimiento durante 11 horas semanales destinadas a la evaluación e intervención dentro de un equipo interdisciplinario perteneciente al ciclo vital infantil compuesto por un médico, una enfermera, una psicóloga, una kinesióloga, una trabajadora social, una educadora de párvulos, una matrona y una nutricionista.

Ahora bien, es sabido que el beneficio de una adecuada y/o eficaz estimulación del lenguaje es primordial en los primeros años de vida y así lograr también el desarrollo de otras importantes áreas del ser humano. Desde esta perspectiva, estas estrategias implementadas fueron significativas al generar un impacto positivo en la población, pero la cantidad de horas destinadas y los cupos de ingreso con los que se contaba eran insuficientes, considerando que hubo una alta cantidad de derivaciones desde el control de niño sano y también de demanda espontánea, donde la población solicitaba controles por la fonoaudióloga, asociados específicamente al lenguaje infantil. Por otro lado, el resto de los profesionales del establecimiento comenzó a realizar derivaciones con la expectativa de rehabilitar de manera integral a los pacientes. Por ello, con el objetivo de abordar de la mejor posible esta demanda y considerando los recursos disponibles, la Dirección solicitó un perfil de las actividades desarrolladas profesionalmente como fonoaudióloga y asignar más horas para suplir las demandas de la población.

Ante la solicitud descrita es que se inicia un proceso de educación de la comunidad hospitalaria y población en general acerca de las prestaciones que ofrece la profesión en relación con la prevención, la promoción de los diversos ciclos vitales, a fin de detectar tempranamente problemas de las áreas de abordaje de la fonoaudiología y anticiparse a eventuales dificultades en relación con problemáticas de salud que pudieran generar un impacto en la calidad de vida de los pacientes.



Desarrollo y alcance de la fonoaudiología

Debido al levantamiento de necesidades expuesto anteriormente se visibiliza en el mismo año 2016, la necesidad de contar con una profesional fonoaudióloga en otros programas del establecimiento. Es así como en primera instancia se abre el campo al servicio de hospitalización, para realizar evaluación, rehabilitación, habilitación y posteriormente seguimiento de los pacientes y educación de los familiares y/o cuidadores. Con el transcurso del tiempo se hizo evidente la necesidad de realizar actividades educativas para el personal que se desempeñaba en el área, logrando con ello demostrar la importancia de la labor de la fonoaudiología y la necesidad de realizar una intervención continua que desarrollara diversas estrategias para lograr los objetivos con los pacientes.

Posteriormente, surgió la posibilidad de trabajar con el programa de atención domiciliaria dependientes severos (PADI), estrategia de atención en salud que incorpora los ámbitos promocionales, preventivos y curativos de la salud, así como también el seguimiento y acompañamiento centrados en personas con dependencia severa y en sus cuidadores. Con este propósito, en 2017 se incorporó una fonoaudióloga al equipo de trabajo y con ello potenciar una evaluación e intervención oportuna. Además de entregar a las y los cuidadores herramientas y formaciones necesarias para el cuidado de su familiar, resguardando en todo momento la continuidad y oportunidad de la atención, junto con realizar derivaciones oportunas de acuerdo con su necesidad.

Desde 2017 a la actualidad, complementariamente a la participación en los programas mencionados, se realizan prestaciones en el box de atención fonoaudiológica, en las cuales se entrega asistencia a diversos grupos etarios derivados de otros programas insertos en la red hospitalaria (PSCV, servicio dental, servicio de urgencia, programa adolescente y otros). Esto tiene como finalidad el mejoramiento continuo del estado de salud de los usuarios en relación con las necesidades que se puede cubrir desde la fonoaudiología.

De este modo, debido a la transversalidad de la fonoaudiología y de su desarrollo en el establecimiento, también en 2017 se inició la participación profesional en comités de lactancia materna, de promoción, prevención y participación con la comunidad. Estas estrategias se orientan en modificar determinantes de la salud, enfocados en fomentar hábitos de vida saludable a través de la participación de la población en general.



Fusión de la fonoaudiología y el modelo de atención de salud familiar y comunitario en el Hospital de Combarbalá

El modelo de salud familiar entiende que la atención de salud debe ser un proceso integral y continuo que centre su atención en las personas y sus familias, entregando herramientas para su autocuidado, promover los estilos de vida saludable, fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria a fin de mejorar las condiciones de salud. La integración de nuevos profesionales, especialmente de aquellos que nunca habían sido considerados, fortaleció todos los objetivos de este modelo en el establecimiento.

En 2018 se evidenció localmente el alcance de la fonoaudiología inserta en diversos programas, a raíz de lo cual se consideró que, como profesionales, también se tenía la capacidad de observar y comprender los fenómenos a partir de la integración de perspectivas y puntos de vista, los cuales permitían tomar conciencia acerca del rol y de los aportes que los profesionales fonoaudiólogos pueden ofrecer en el contexto en el que están inmersos. Es por este motivo que se propone llevar a cabo la gestión del modelo de atención integral de salud (MAIS), teniendo como principal función la organización de un equipo de trabajo compuesto por diversos profesionales, con el objetivo de dar cumplimiento a los compromisos propuestos por el establecimiento para potenciar e instaurar el MAIS, de manera permanente.

Rol de la fonoaudiología en la pandemia COVID-19

En 2019, se notificó a la OMS respecto de un brote de infección respiratoria aguda asociada a un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), sepa denominada COVID-19. Esto se convirtió en un evento de salud pública de importancia internacional. Los equipos de rehabilitación, bajo su enfoque preventivo, detectaron la presencia y la gravedad de las deficiencias relacionadas con la función física, respiratoria, nutrición, comunicación, deglución, actividades de la vida diaria y necesidades psicosociales, contemplando la situación individual y particular antes del ingreso.

Ante este evento es que se considera la importancia de la rehabilitación, entendiéndose como el conjunto de medidas que apoyan a aquellos que viven con una o más condiciones de salud, para optimizar su funcionamiento, interactuando con su entorno y disminuyendo la discapacidad, al tiempo de maximizar sus habilidades y potencial. Para cumplir este propósito es necesario



el trabajo con equipos multidisciplinarios con adhesión de fonoaudiólogos, los cuales debemos en conjunto con el equipo, asegurar una atención integral, realizar derivaciones oportunas y pertinentes. Las prestaciones fonoaudiológicas en el hospital se orientaron en brindar atención a las personas con problemas de salud de menor complejidad, disminuir los tiempos de recuperación y/o prevenir la pérdida de la funcionalidad, así como también es importante mencionar la relevancia que se tiene en el proceso de rehabilitación y/o seguimiento posterior a la etapa subaguda.

Además del proceso de rehabilitación se evidenció un efecto colateral producto de la pandemia, el cual dificultó las atenciones presenciales en el box fonoaudiológico. Por ello se tuvo que considerar el uso de tecnologías para lograr dar continuidad en la atención.

Desarrollo y beneficios de la fonoaudiología en el Hospital de Combarbalá según equipos directivos, red intersectorial, profesionales y usuarios

Con el objetivo de considerar estas perspectivas se realizaron diversas entrevistas semiestructuradas individuales, cuyo propósito era emitir una opinión libre según la temática abordada en relación con: cómo se suplía la atención antes de la inserción de una fonoaudióloga, inserción de la fonoaudióloga, acceso a la atención fonoaudiológica, la importancia de tener fonoaudiólogos en APS, eficiencia en procesos de rehabilitación y modificación de la perspectiva sobre la profesión.

De acuerdo con lo abordado las opiniones tuvieron en común lo siguiente:

- Las atenciones asociadas al área de la fonoaudiología no estaban siendo cubiertas por especialistas: algunas eran atendidas por otros profesionales y otras eran derivadas a otros hospitales de la región según la necesidad, con lo cual se aumentaban los costos económicos, los requerimientos en la red y la dificultad para realizar seguimiento de casos.
- Existía un desconocimiento del rol del profesional fonoaudiólogo en salud, por lo común asociado al área de lenguaje infantil y/o al ámbito educacional. Mientras que los profesionales destacaron la falta de formación académica respecto de las funciones de otros profesionales de la salud.



- El acceso a las prestaciones fonoaudiológicas permitió a la población tener una atención oportuna y abordar sus problemáticas, mientras que antes de la incorporación de la profesional fonoaudióloga las personas debían ser derivadas a otros hospitales para acceder a este tipo de atenciones.
- Recalaron la eficiencia en el proceso de rehabilitación, graficada en la resolución de las problemáticas asociadas al área, diagnósticos oportunos, disminución de costos económicos y de interconsultas, descongestión de sectores secundario y terciario, y mejora en la calidad de vida de los pacientes y familiares.
- Por último, manifestaron que, desde la incorporación de la profesión al hospital, han experimentado un cambio de perspectiva del rol de la fonoaudiología y destacan que hoy su trabajo es fundamental en salud.

Importancia de la fonoaudiología en una comuna rezagada

Las necesidades actuales del sistema de salud en Chile —y específicamente en APS—, requieren equipos integrales para la rehabilitación de los pacientes, especialmente en aquellas zonas donde el acceso a la salud y a los especialistas es complejo. Durante estos años en el Hospital de Combarbalá, se ha podido reflexionar con la comunidad acerca de la importancia que tiene en la actualidad la fonoaudiología en el establecimiento, ya que mediante la participación en la evaluación y rehabilitación, se proyecta que los fonoaudiólogos están contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los pacientes a corto y largo plazo, además se visibilizan los esfuerzos realizados anteriormente para el acceso a estas prestaciones y en la actualidad la población sabe que, a pesar de pertenecer a una zona rezagada, tienen el derecho de recibir una atención integral y de calidad.

CONCLUSIONES

La declaración de Alma-Ata, define la APS como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad.

Sin embargo, existen diversos modos de entender la atención primaria de salud: como un nivel de complejidad de servicios, un programa de paquete de servicios,



una estrategia política para lograr un conjunto de resultados sanitarios y, por último, como una filosofía que impregna a actores sociales, funcionarios y a los mismos servicios (Giraldo, 2015).

Hemos ingresado en la era de la renovación de la APS, donde el objetivo es la mejora sostenible que permita resolver los sistemas de salud existentes para toda la población. Ello hace fundamental que, tanto los profesionales de la salud ya involucrados como los que se van integrando a lo largo del tiempo, sean agentes activos para contribuir al logro de este propósito.

En el caso de los profesionales fonoaudiólogos, estos presentan competencias que contribuyen de manera positiva a la mejorar de la calidad de vida de la población. Al respecto, si bien se ha mencionado que el mayor desempeño se concentra en los sectores secundario y terciario es esencial continuar con la apertura del campo laboral en APS, ya que es el primer nivel de acceso y, por lo mismo, aborda a una mayor cantidad de usuarios.

El Hospital de Combarbalá nunca contó con una fonoaudióloga, lo cual es determinante para el desconocimiento generalizado de la población en torno al quehacer de la disciplina, los recursos que se disponen en la prevención de la enfermedades asociadas a la fonoaudiología, la detección precoz y para el proceso de rehabilitación, todo lo que contribuye en la disminución de los costos posteriores y en el deterioro de la calidad de vida de los individuos, familias y comunidades.

Mediante un proceso de educación continua desde el quehacer fonoaudiológico dentro de las atenciones, en conjunto con el equipo directivo se ha logrado que la comunidad hospitalaria, los profesionales de la red local y los usuarios, tengan conocimiento del alcance fonoaudiológico y convertirse en agentes activos que fomentan el abordaje temprano y local de las problemáticas de salud de la comunidad, lo cual logra disminuir la derivación hacia otros hospitales de la región

Es primordial, además, que desde el proceso formativo en pregrado de la carrera de Fonoaudiología exista una formación en temáticas de salud primaria, de modo que los estudiantes visualicen cómo pueden contribuir con sus conocimientos y habilidades al sistema de salud y ser también agentes activos de cambios en la promoción y prevención, mediante el liderazgo desarrollado desde la transversalidad y el conocimiento de la población en diversas temáticas.



En Chile, existen territorios rezagados en relación con el desarrollo como lo es Combarbalá, por lo que necesitan de acciones que permitan a sus habitantes una mejora constante del acceso a servicios, independientemente del lugar en el que habitan, y que su ubicación territorial no sea una dificultad para dar continuidad a la atención de la comunidad.

Por último, luego del trabajo realizado y de la continuidad en las prestaciones realizadas se puede afirmar que un importante porcentaje la comunidad combarbalina conoce las funciones del profesional fonoaudiológico y actualmente considera su presencia y participación como una necesidad para la población.

REFERENCIAS

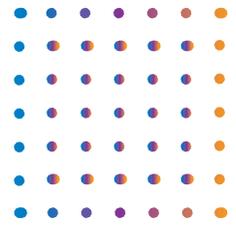
- Figueroa, A., Iturra, R., Matus, C., y Muñoz, F. (2015). *Caracterización de las concepciones del ejercicio fonoaudiológico en Chile en los últimos 40 años*. <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138217/Figueroa%20Iturra%20Matus%20Mu%C3%B1oz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fundación FEMEBA (2017). *La salud es un derecho humano fundamental*. <https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/oms-la-salud-es-un-derecho-humano-fundamental-dia-de-los-derechos-humanos-2017-45176>
- Giraldo, F. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(2), 414-424. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11>
- Instituto Nacional de Estadísticas [INE]. (2019). Análisis censo de población y vivienda 2017. <https://regiones.ine.cl/documentos/default-source/region-iv/estadisticas-r4/an%C3%A1lisis-demogr%C3%A1ficos/analisis-censo-2017---regi%C3%B3n-de-coquimbo.pdf>
- López, V. y Paredes, M. (2018). Caracterización laboral de los fonoaudiólogos que trabajan en salud pública en la comuna de Talcahuano [Tesis de licenciatura]. Universidad del Desarrollo. <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/2947/Documento.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



- Ministerio de Desarrollo Social (2016). *Situación de la pobreza en Chile. Encuesta CASEN 2015*. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2015/CASEN_2015_Situacion_Pobreza.pdf
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2005). *Modelo de atención integral en salud*. MINSAL. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2016). *Marco referencial hospitales de la familia y la comunidad*. MINSAL. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/20.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef]. (1978). *Atención primaria en salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre atención primaria en salud Alma-Ata*. OMS-Unicef. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=5A7C068C0EBAC324F10E45D3B9A60F11?sequence=1>
- Universidad del Desarrollo. (2019). *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno*. <https://medicina.udd.cl/files/2019/12/Estructura-y-funcionamiento-del-sistema-de-salud-chileno-2019.pdf>
- Zurro, A. y Jodar, G. (2011). *Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria*. https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/1_0.pdf



FONOAUDIOLOGÍA EN SALUD MENTAL: EXPERIENCIAS EN ATENCIÓN AMBULATORIA Y COMUNITARIA



ALAN MILLÁN ALEGRÍA¹

Resumen

La inserción y desarrollo de la fonoaudiología en contextos sanitarios ambulatorios y comunitarios de salud mental ha ido en aumento durante los últimos años en nuestro país, con una creciente contratación de profesionales en distintas regiones. El capítulo presenta una revisión de las experiencias de trabajo, desafíos, barreras y aprendizajes durante tres años de desempeño fonoaudiológico en salud mental comunitaria y ambulatoria, para visualizar la necesidad de ampliar las perspectivas y paradigmas tradicionales enseñados en pregrado de la carrera. Dentro de las actividades descritas se incluyen intervenciones a usuarios de forma individual y grupal y acciones comunitarias y de coordinación con equipos intersectoriales, donde el trabajo interdisciplinario está presente. Se concluye que el ejercicio de la fonoaudiología en este contexto permite ampliar la perspectiva de cómo se concibe la salud de las personas, generando conocimiento y saberes fonoaudiológicos específicos en el marco de la práctica basada en la evidencia.

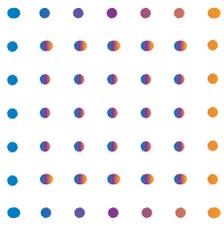
Palabras clave:
centro de salud
mental comunitaria,
fonoaudiología, salud
mental.

¹ Fonoaudiólogo por la Universidad de Chile. Constitución, Chile.

✉ alan.millan@ug.uchile.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-6568-8959>





MENTAL HEALTH SPEECH THERAPY: EXPERIENCES IN OUTPATIENT AND COMMUNITY CARE

Keywords:

communitarian
mental health center,
mental health, speech
therapy.

Abstract

The insertion and development of speech therapy in outpatient and community mental health contexts has been increasing in recent years in our country, with a growing hiring of professionals in different regions. The chapter presents a review of work experiences, challenges, barriers and learning during three years of speech therapy performance in community and outpatient mental health, to visualize the need to expand the traditional perspectives and paradigms taught in undergraduate careers. The activities described include individual and group interventions for users and community and coordination actions with intersectional teams, where interdisciplinary work is present. It is concluded that the exercise of speech therapy in this context allows broadening the perspective of how people's health is conceived, generating knowledge and specific speech therapy knowledge within the framework of evidence-based practice.



PRESENTACIÓN Y CONTEXTO

En nuestro país, la inserción y desarrollo de la fonoaudiología en contextos sanitarios ambulatorios y comunitarios de salud mental ha ido en aumento durante los últimos años, con una creciente contratación de profesionales en distintas regiones. La necesidad de usuarios con situaciones de salud de origen mental y sus familias, el diagnóstico oportuno de los mismos, el desarrollo de investigaciones en el área de salud mental y la perspectiva de conformación de equipos interdisciplinarios de salud comunitaria han puesto sobre la mesa requerimientos de intervenciones del quehacer fonoaudiológico que no se encontraban suficientemente cubiertas.

En efecto, la enseñanza de pregrado de la mayoría de las universidades de Chile que imparten la carrera de Fonoaudiología no cuenta con una formación extensa ni específica en temáticas de salud mental como, por ejemplo: suicidio, vulneración de derechos, consumo de sustancias, contención emocional, protección a la infancia, y políticas públicas en salud mental, entre otros. Dada su complejidad, estas materias debieran conocerse y tenerse presentes al momento de trabajar con usuarios, sus familias, comunidades y con otros equipos de áreas educativas, sociales y de salud, lo cual constituye un desafío para la formación de los fonoaudiólogos (Del Campo et al., 2019), donde el 45% de los fonoaudiólogos docentes entrevistados “piensa que la actual formación de pregrado no está alineada con los retos que enfrentarán los profesionales jóvenes al ingresar al mundo laboral (p. 6)”.

Así también, la preparación de las y los fonoaudiólogos en habilidades socioemocionales para enfrentar temáticas tan difíciles como las mencionadas, queda relegada al aprendizaje y desarrollo autodidacta de cada profesional, junto con lo que se puede adquirir una vez que se ha comenzado a trabajar en el área: saber cómo desenvolverse en situaciones complejas con los usuarios y sus familias, como por ejemplo encuadrar a familiares ante negligencias, informar decisiones clínicas durante el proceso terapéutico o dar contención emocional ante una descompensación. Parece relevante, entonces, que el aprendizaje clínico en los profesionales de salud no se restrinja solo a los aspectos técnicos de la formación, sino que también considere una educación psicosocioemocional que permita reconocer las distintas realidades que existen en cuanto a necesidades de salud y socioculturales de los usuarios, familias y comunidades con las que se va a trabajar (Matus et al., 2020).



Cabe mencionar que no se pretende aquí dar una cátedra de cómo debe desarrollarse la fonoaudiología en salud mental, sino más bien mostrar la experiencia particular de un profesional fonoaudiólogo inserto en el contexto de atención de especialidad en salud mental ambulatoria y comunitaria, en una ciudad y región de la zona centro-sur del país.

Desde esta perspectiva, la invitación parece clara: continuar ganando y desarrollando espacios en un área relativamente novedosa para la fonoaudiología como es la salud mental, visibilizar con los equipos de salud, usuarios y familias los apoyos que se pueden entregar desde la disciplina en las distintas situaciones de salud, así como también sistematizar las experiencias profesionales en el área que permitan demostrar su necesidad y utilidad en estos contextos, como en el caso del presente capítulo.

MARCO TEÓRICO

Para comprender con mayor precisión la necesidad de dialogar acerca de la fonoaudiología en salud mental y cómo esta se contextualiza, es prudente mencionar algunos conceptos y datos clave.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es:

un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (Ministerio de Salud [MINSAL], 2018, s/p).

En el marco nacional, el MINSAL (2018) la define como la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. Esta perspectiva de mayor dinamismo entiende la salud mental como un proceso de cambios e influencias multifactoriales en los usuarios que presentan una condición necesaria de intervenir profesionalmente, lo cual se evidencia en la práctica clínica.

Sin embargo, la construcción del concepto de salud mental en la actualidad se encuentra en discusión considerando que las concepciones biomédica,



conductual, cognitiva, y socioeconómica al respecto son variadas, ya que cada una aporta matices y genera una nueva visión del concepto. Lo que sí es claro es que la salud mental es un campo plural de desarrollo que recibe aportaciones de diferentes disciplinas (Macaya et al., 2018).

Ahora bien, al estudiar los antecedentes de profesionales fonoaudiólogos ejerciendo en salud mental, el *Atlas Mundial de Salud Mental 2020* (World Health Organization [WHO], 2021) los incluye dentro del grupo de otros trabajadores especializados e informa que la cifra de fonoaudiólogos ejerciendo en servicios de salud mental para niños y adolescentes por cada cien mil habitantes es de 0,01 (N = 96) a nivel global y de 0,02 (N = 17) en el continente americano. Mientras que en el *Atlas de la salud mental de las Américas 2017* (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018) la mediana de fonoaudiólogos por cada cien mil habitantes corresponde a 0,1 en América del Sur. A nivel nacional, se puede mencionar que en su portal institucional la Subsecretaría de Redes Asistenciales no ofrece datos desagregados o específicos de profesionales fonoaudiólogos que trabajen en centros y/o servicios especializados de salud mental ambulatoria y/u hospitalaria.

En cuanto a la experiencia específica del ejercicio fonoaudiológico descrita en este capítulo, es relevante contextualizar que esta se lleva a cabo en un centro de salud mental comunitaria (en adelante, CSMC) de la ciudad de Constitución, Región del Maule el cual corresponde a un nodo de atención ambulatoria de especialidad en salud mental que, como tal, forma parte de la red nacional de salud. Su quehacer se enmarca en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria y en el modelo comunitario de atención en salud mental.

Los CSMC se rigen por una orientación técnica denominada *modelo de gestión centro de salud mental comunitaria*, el que organiza la atención, estandariza su funcionamiento y especifica las características de estos centros, dentro de las cuales se cuenta con equipos multidisciplinarios con altas competencias técnicas y entrega de servicio de alta densidad tecnológica, tales como: equipamiento, medicamentos, sistemas organizativos y de apoyo, procedimientos y aplicación de evaluaciones, así como también atención temporal a la población durante todo el curso vital (MINSAL, 2018).

Al indagar respecto de lo poco que se especifica y describe acerca de las funciones del quehacer fonoaudiológico en la política pública de salud mental —como puede evidenciarse en la orientación técnica mencionada—, nuestro gremio no es



considerado dentro del recurso humano clínico, a diferencia de otros profesionales no médicos como psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Es a partir de ese sentido de especialidad y alta densidad tecnológica de los CSMC —junto con la visualización emanada de los equipos sanitarios en cuanto a las crecientes necesidades sentidas por los usuarios y sus familias—, que las y los fonoaudiólogos han sido contratados en estos centros durante los últimos años, principalmente para trabajar en los equipos clínicos infantoadolescentes.

Desde un punto de vista social, la salud mental no puede reducirse al escenario individual de la persona afectada. Por el contrario, se debe comprender al individuo con condiciones de salud mental dentro del conjunto de sus relaciones interpersonales familiares, grupales y sociales. Por tanto “depende de cómo se siente el individuo frente a sí mismo, cómo se siente frente a otras personas y en qué forma responde a las demandas de la vida y de su ambiente” (Macaya et al., 2018, pp. 6-7). En este contexto, la comunicación ocupa una posición importante, puesto que ciertos estilos de relación interpersonal y/o informacional pueden contribuir a crear tensiones, y estas a su vez precipitar la aparición de sintomatología en personas con estados mentales de riesgo (Gaspar et al., 2020). Ante esta situación, las y los fonoaudiólogos como profesionales de la comunicación tienen un rol relevante que desempeñar, interviniendo en las dificultades comunicativas, cognitivas y de alimentación que pudieran presentarse en los usuarios con situaciones de salud mental.

Parece ser, entonces, que se mira la fonoaudiología con bastante desconocimiento respecto de sus campos de acción en la salud y calidad de vida de las personas de todas las edades, quedando la impresión de que su práctica se reduce solo a una edad y diagnóstico específico, quizás influida por el creciente diagnóstico del trastorno del espectro autista (TEA) y la antigüedad que tiene en su *Guía de práctica clínica* (MINSAL, 2011), en donde se mencionan con especificidad las funciones y prestaciones fonoaudiológicas, a diferencia de otras guías ministeriales de salud en donde esto no se considera.

Dicho lo anterior, desde la experiencia particular que se relata es preciso mencionar que, a diferencia de esta mirada reduccionista, desde un comienzo del ejercicio de la profesión existió libertad para intervenir con población de distintas edades y con diversos diagnósticos de salud mental en los campos de acción fonoaudiológica, lo que sin duda implicó desafíos laborales importantes que se comentarán más adelante.



METODOLOGÍA

Los antecedentes expuestos dan cuenta de la necesidad de continuar dialogando respecto de los saberes fonoaudiológicos en la salud mental de las personas, para así dar a conocer las experiencias actuales que distintos colegas están llevando a cabo en el área gracias a espacios de difusión como esta publicación, lo que permitirá crear interés dentro de la comunidad fonoaudiológica y aportar desde narrativas basadas en experiencias particulares y en investigaciones formales.

La metodología del capítulo considera una revisión de los desafíos, barreras y aprendizajes, tanto en el trabajo individual con los usuarios y sus familias, como también en las experiencias de equipo con grupos y comunidades específicos, experimentados durante tres años de desempeño en salud mental comunitaria y ambulatoria.

El propósito central del capítulo es, pues, entregar una experiencia particular de ver y desempeñar la fonoaudiología, para generar en los lectores una reflexión respecto de cómo se está realizando la práctica disciplinaria en la actualidad y ampliar la perspectiva profesional y campos de acción, más allá de lo tradicional, con participación en espacios de salud en donde las y los fonoaudiólogos desarrollen acciones promocionales y preventivas a nivel comunitario, conociendo la relevancia que hoy más que nunca tiene la salud mental en la calidad de vida de las personas.

RESULTADOS

El principal desafío que se presenta al iniciar el ejercicio de la fonoaudiología en el contexto de salud mental comunitaria es el de ampliar las perspectivas y paradigmas tradicionales enseñados en pregrado, ya que solo así se puede comenzar la búsqueda y ocupación de espacios poco explorados por la disciplina. En este apartado se relatan algunas de las situaciones presentadas durante el desempeño profesional fonoaudiológico en un CSMC.

Un primer aspecto por relevar es que no existía una descripción de las funciones y prestaciones específicas de fonoaudiología en los CSMC, y más particularmente: la experiencia relatada corresponde a la del primer fonoaudiólogo contratado por el centro. Si bien ello puede ser desafiante, entrega cierta libertad y ofrece retos en cuanto a cómo se lleva a cabo el trabajo profesional, teniendo que definir dentro



de la cartera de prestaciones disponibles, aquellas que se pueden encuadrar en el quehacer fonoaudiológico, incorporar otras nuevas (como atención en domicilio y evaluación y terapia fonoaudiológica), así como también definir su tiempo de duración y los recursos terapéuticos requeridos (tales como test y materiales). Desde la práctica clínica, esta situación inédita ha significado un trabajo minucioso para estandarizar los procedimientos que configuran la fonoaudiológica ambulatoria en salud mental. En este sentido, el trabajo colaborativo con otros colegas ha sido fundamental.

Dentro de las prestaciones mencionadas, las horas de trabajo clínico y administrativo se distribuyen en una agenda virtual donde la mayor parte del tiempo está destinado a atenciones de evaluación y tratamiento individuales (una hora de duración cada una), con énfasis en la población infantoadolescente y, en menor proporción, en adultos.

Los usuarios llegan a la atención fonoaudiológica como resultado de una pesquisa al momento de la evaluación de ingreso, la cual es realizada por el equipo multiprofesional del CSMC, o bien, por derivaciones internas de otros profesionales. Una vez que llega el paciente, por lo general la evaluación fonoaudiológica es realizada en dos sesiones de una hora cada una, la cual entrega como resultado una retroalimentación y sugerencias para el hogar. Estas horas de dedicación también contemplan visitas domiciliarias, las cuales son una valiosa fuente de información para comprender, a partir del contexto cotidiano, algunas situaciones y conductas de los usuarios.

Ahora bien, dado que el apoyo fonoaudiológico apunta principalmente a niños y adolescentes con necesidades educativas especiales tales como TEA, discapacidad intelectual y/o trastorno por déficit atencional e hiperactividad, las actividades terapéuticas se enmarcan en metodologías ecológicas en donde el juego es el motor principal de las actividades, pues permite entregar y modelar estrategias de estimulación del lenguaje y la comunicación a los cuidadores, haciéndolos partícipes como coterapeutas.

En las sesiones es común el uso de recursos terapéuticos concretos como juguetes, imágenes, y juegos de mesa, entre otros, los cuales logran captar la atención de los usuarios y mantener la concentración y motivación durante la sesión. Así también, ha sido de utilidad terapéutica el material digital como los juegos virtuales, presentaciones interactivas y videos educativos o de entretenimiento.



Ahora bien, como funcionario y prestador de servicios en un CSMC es necesario contar con competencias y habilidades psicoemocionales suficientes para enfrentar y saber proceder en situaciones críticas y/o complejas. En este sentido, compartir y trabajar en coordinación con equipos multiprofesionales psicosociales aporta significativamente y nutre la propia experiencia para el trabajo con usuarios y sus familias.

De igual modo, contar con capacitaciones y nutrir la formación autodidacta en temas de salud mental (como primera ayuda psicológica, prevención del suicidio, contención física y psiquiátrica, etc.), contribuye al enriquecimiento de competencias personales y laborales y a la adquisición de herramientas prácticas de utilidad en la cotidianidad laboral.

Respecto del trabajo interdisciplinario, como único profesional fonoaudiólogo del CSMC existe una participación transversal, lo que implica colaborar con el equipo infantoadolescente y con el de adultos. Se realizan, pues, reuniones semanales con cada equipo para revisar los nuevos ingresos de usuarios, casos clínicos e intervenciones que se hacen desde cada disciplina, así como también para organizar y programar las actividades psicosociales grupales y comunitarias.

Al trabajar colaborativamente con profesionales de otras disciplinas se ha nutrido el quehacer fonoaudiológico, al igual que la visión de cómo contribuir a la salud mental de los usuarios, sus familias y comunidades. De igual modo, la participación en reuniones de coordinación con otros equipos de trabajo intersectoriales en representación del CSMC y en la mesa comunal de discapacidad ha representado un aporte personal y social.

Complementariamente, la colaboración con terapeutas ocupacionales para el abordaje de áreas comunes como alimentación y cognición e intercambio de conocimientos desde las respectivas disciplinas ha resultado gratificante y beneficioso para los usuarios. Cabe destacar también la realización de ciclos de talleres para familiares y cuidadores de nuestros usuarios con TEA, educando y derribando algunos mitos en torno a esta condición, así como la organización de actividades comunitarias de difusión de temáticas de salud mental en plazas ciudadanas, juntas de vecinos y en establecimientos educacionales.

Desde el punto de vista del trabajo administrativo, al igual que en todos los campos, la labor en el CSMC exige dar cumplimiento a tareas propias de la institución, tales como el uso de plataformas específicas de registros de



prestaciones, agendamientos y/o solicitudes como funcionario y, además estudiar y desempeñarse bajo orientaciones técnicas de funcionamiento de un modelo de gestión. Al respecto, es importante señalar que, puesto que el CSMC descrito es nuevo y con pocos años de funcionamiento, el trabajo administrativo e institucional representó tanto un aprendizaje cotidiano para el ejercicio profesional fonoaudiológico, como para todo el equipo que lo conforma.

En relación con las principales barreras, una de las más relevantes es el desconocimiento de otros funcionarios (clínicos y no clínicos), así como también de los usuarios y sus familias respecto de qué es la fonoaudiológica y sus campos de acción en la salud de las personas. Si bien esto puede generar en ocasiones cierto grado de malestar y/o frustración, constituye al mismo tiempo una oportunidad para, mediante el ejercicio profesional, desarrollar reuniones clínicas y actividades comunitarias que permitan visibilizar y relevar los aportes que puede hacer un profesional de la disciplina fonoaudiológica.

A lo anterior se suma una visión reducida solo a intervenciones en el área infantoadolescente, con diagnósticos específicos como el TEA, mientras que para la población adulta existe un alto desconocimiento de las dificultades en áreas sociocomunicativas, de alimentación e incluso vestibulares en las cuales las intervenciones fonoaudiológicas pueden ser de beneficio para los usuarios y familias que las presentan.

A partir de esto, surge la inquietud personal por aprender acerca de temáticas vinculadas con la fonoaudiología como es el caso de comunicación positiva, habilidades sociales en adolescentes y adultos, cognición y emocionalidad en torno a la alimentación, trastornos de habla de origen psicogénicos y no orgánicos, por mencionar algunas.

Tras las experiencias vividas durante tres años de ejercicio profesional, entre los principales aprendizajes por rescatar se cuentan el trabajo en equipo (multidisciplinario) dentro de un CSMC, así como la articulación y organización estamental con otros profesionales fonoaudiólogos que se desempeñan en el área. El abordaje multidisciplinario permite que la intervención fonoaudiológica tenga sentido en el contexto de un plan de cuidados integrales del usuario y familia que resulte en el máximo beneficio para ellos. A su vez, el trabajo con otras y otros colegas ha contribuido, entre otros aspectos, a fijar estándares mínimos de ejercicio profesional en cuanto el proceso de evaluación de los usuarios, selección de modelos y enfoques de intervención que hacen sentido en el contexto de salud



mental ambulatorio y comunitaria para la fonoaudiología, además de generar reuniones con jefaturas para informar del desempeño fonoaudiológico en estos centros y levantar necesidades para mejorar la calidad de las prestaciones que se realizan.

Finalmente, cobra una importancia fundamental el aprendizaje personal y laboral que se internaliza en el trabajo diario con los usuarios y sus familias, sus redes de apoyo y la red intra e intersectorial en la que están inmersos (establecimientos educacionales, otros organismos de salud, oficinas municipales, programas de protección a la infancia, empresas, entre otros). Sin duda estos conocimientos y experiencias generan una reconstrucción de la mirada hacia la salud mental propia, de los usuarios y las comunidades.

CONCLUSIONES

Durante los tres últimos años, el trabajo fonoaudiológico en el ámbito de la salud mental ha implicado desafíos profesionales y personales, que involucraron el estudio de temáticas diferentes de las típicas que se consideran en la fonoaudiología, lo que ha permitido ampliar la perspectiva de la concepción de salud en general y ha contribuido a la conformación de puntos de vista propios respecto de temas que se vinculan con la salud mental.

Desde esta perspectiva particular, la fonoaudiología en salud mental ambulatoria y comunitaria tiene mucho más por desarrollar, posicionarse y aportar con evidencia basada en la práctica. En ese sentido, la experiencia relatada en este capítulo es una contribución para informar y visibilizar lo desarrollado profesionalmente en estos espacios comunitarios desde hace algunos años.

Dado este escenario, aún son muchos los desafíos para el futuro: en primera instancia, continuar dialogando en torno a la práctica de la fonoaudiología en la salud mental comunitaria, organizando jornadas y/o espacios en los que se pueda compartir experiencias entre colegas y fijar estándares mínimos del ejercicio de la profesión. Para ello, resultaría perentorio conformar una red nacional de profesionales fonoaudiólogos que se desempeñen en salud mental comunitaria y que, de manera organizada, generen un trabajo colaborativo sostenido en el tiempo, vinculándose con el colegio profesional, universidades e instituciones gubernamentales.



Sumado a lo anterior, surge como aspecto fundamental continuar generando conocimiento y saberes específicos de este contexto fonoaudiológico, desarrollar investigaciones y posteriormente publicaciones en el marco de la práctica basada en la evidencia. Solo en la medida en que este campo de acción para la fonoaudiología crezca y se visibilice, será posible su posicionamiento y consideración dentro de los equipos de salud.

REFERENCIAS

- Del Campo, M., Silva-Ríos, A., y Valdés, J. (2019). Perspectivas y desafíos de los fonoaudiólogos en la actividad académica en Chile: una descripción preliminar. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, (18), 1-10. <https://revfono.uchile.cl/index.php/RCDF/article/view/55330>
- Gaspar, P., Maturana, A., Ulloa, K., Corral, S., Castillo, R., Labra, M., Prieto, P., Villar, M. J., Ramos, P., y Mayol, R. (2020). *Manual psicoeducativo para comprender los estados mentales de riesgo. Una mirada preventiva para el desarrollo integral del adolescente y joven*. Psiquis Lab-Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes. https://www.imhay.org/wp-content/uploads/2019/10/Manual-Estados-Mentales-de-Riesgo_Pisquislab-Imhay.pdf
- Macaya Sandoval, X., Pihan Vyhmeister, R., y Vicente Parada, B. (2018). Evolución del constructo de salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 338-355. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000200338&lng=es&tlng=es
- Matus Betancourt, O., Ortega Bastidas, J., Pérez Villalobos, C., Mccoll Calvo, P., Navarro Hernández, N., Silva Orrego, V., Arellano Vega, J., Campos Cerda, I., Solís Grant, M., Schilling Norman, M., Espinoza Parcet, C., y González Brevis, S. (2020). Formación clínica en carreras de la salud: ¿dónde se incluye la diversidad? *Revista Médica de Chile*, 148(4), 444-451. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400444>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2018). *Modelo de gestión. Red temática de salud mental en la red general de salud*. MINSAL. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf



Ministerio de Salud [MINSAL]. (2011). *Guía de práctica clínica. Detención y diagnóstico oportuno de los trastornos del espectro autista (TEA)*. MINSAL. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bd81e3a09ab6c3cee040010164012ac2.pdf>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). *Atlas de la salud mental de las Américas 2017*. IRIS-PAHO. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49664/9789275320419_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

World Health Organization [WHO]. (2021). *Mental Health ATLAS 2020*. WHO. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1376861/retrieve>





Acogidas

4 Beneficios en Salud de la vejez mayores.

Fallas de la vejez

El papel social de la familia

El papel social de la familia

El papel social de la familia



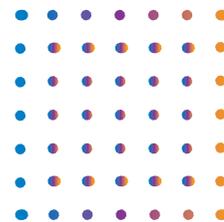
2

2

2

LUGAR

FONOAUDIOLOGÍA SOCIAL Y COMUNITARIA DESDE UNA PRAXIS TERRITORIAL. EXPERIENCIA DE APOYO EN LA CRISIS DE ALIMENTACIÓN¹



NICOLE LOBOS-VILLATORO² Y PAULA PULGAR-NÚÑEZ³

Resumen

El capítulo describe la experiencia de apoyo en la crisis de alimentación durante la pandemia por COVID-19, desde un trabajo multidisciplinario por medio de una articulación entre la academia y los territorios. A partir de la constitución de un grupo motor donde convergen las inquietudes y opiniones de los diferentes actores sociales, se elaboró una serie de documentos que acompañan la labor de las ollas comunes y se realizan encuentros de saberes que posicionan el carácter reflexivo del quehacer frente a la realidad. Se considera necesaria la vinculación territorial desde una perspectiva de salud positiva, donde los activos se relevan en la construcción social del bienestar. En este contexto, la fonoaudiología surge como un saber y accionar dialogante con los saberes populares de los territorios, capaz de facilitar el bienestar y derecho a la alimentación.

Palabras clave:
alimentación,
fonoaudiología,
territorio.

¹ Departamento de Salud comunitaria de la Facultad de Salud de la Universidad de Las Américas [UDLA].

² Fonoaudióloga por la Universidad de Valparaíso. Magíster en Salud Pública por la Universidad de Chile. Universidad de Las Américas. Santiago, Chile.

✉ nicolelobosvillatoro@gmail.com

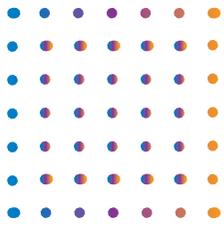
🆔 <https://orcid.org/0000-0001-9797-9347>

³ Fonoaudióloga por la Universidad de Chile. Magíster en Gerencia Educacional por la Universidad Mayor. Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.

✉ Paula.pulgar@udp.cl

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-8573-6177>





SOCIAL AND COMMUNITY SPEECH THERAPY, FROM A TERRITORIAL PRAXIS. SUPPORT EXPERIENCE IN THE FOOD CRISIS

Keywords:

food, speech therapy,
territory.

Abstract

The chapter describes the experience of support in the food crisis during the COVID-19 pandemic, from a multidisciplinary work through an articulation between the academy and the territories. From the constitution of a motor group where the concerns and opinions of the different social actors converge, a series of documents were elaborated that accompany the work of the common pots and knowledge meetings are held that position the reflexive nature of the task in front of reality. Territorial linkage is considered necessary from a positive health perspective, where assets are relieved in the social construction of well-being. In this context, speech therapy emerges as knowledge and actions in dialogue with the popular knowledge of the territories, capable of facilitating well-being and the right to food.



PRESENTACIÓN Y CONTEXTO

Las respuestas a las crisis desde el tejido social en las comunidades y sectores populares han sido activadas en diferentes momentos de la historia de Chile, generándose respuestas desde organizaciones propias de la economía social y solidaria, así como también a partir de actividades económicas populares en respuesta a la crisis económica y al aumento de la pobreza durante la dictadura militar e instalación del modelo neoliberal en los años 80, entre otros momentos clave de nuestra historia (Hardy, 2020).

En la actualidad, la crisis sociosanitaria como resultado de la pandemia por COVID-19 se ha producido en un contexto de profunda desconfianza institucional, la que se reflejó en la crisis social y política desatada el 18 de octubre de 2019, denominada *Estallido social*. Sin embargo, la gravedad de la pandemia conllevó a un accionar colectivo de diferentes sectores por medio de asambleas territoriales autoconvocadas a partir del sentido de lo común.

Así, en un momento social, económico y político profundamente complejo —en el que las dinámicas de convivencia se vieron tensionadas y las inequidades se profundizaron al quedar más expuestos aquellos grupos vulnerables estratificados en el gradiente social más bajo— un gobierno institucionalmente frágil estableció estrategias que priorizaron el funcionamiento económico por sobre el bienestar de la comunidad y desconoció la precarización de las condiciones de vida del grueso de la población (Heiss, 2020).

Dado este escenario, es relevante que el fenómeno organizativo en los territorios desarrollara una respuesta inmediata ante la crisis sociosanitaria y, frente al hambre como problema emergente, naciera el sentido de lo colectivo arrastrado desde el estallido social, en el contexto de un movimiento político incipiente apoyado por las organizaciones comunitarias territoriales existentes.

Respecto de la crisis alimentaria se debe considerar que, dentro de la Declaración Universal de Derechos Humanos, así como en el Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales, se detalla que la alimentación es un derecho que debe desarrollarse en condiciones de dignidad, incorporando como elementos la cantidad, calidad y cultura (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO], 2007). Cabe mencionar que, pese a su relevancia social, este derecho aún no ha sido ratificado por Chile.



El presente capítulo reflexiona respecto del actuar del fonoaudiólogo y fonoaudióloga en función de las necesidades sentidas de los territorios, comunidades y/o colectivos, así como de los recursos existentes en ellos para procurar un trabajo horizontal, donde el saber científico técnico se vincula con el saber popular, trascendiendo la práctica tradicional que se sitúa en un paradigma restrictivo-patogénico. De este modo, se busca inquietar al lector respecto de la praxis habitual de la fonoaudiología. Para ello, se ofrece una revisión del acompañamiento de ollas comunes e iniciativas de alimentación solidaria, desarrolladas en territorios de Talcahuano, Huechuraba, Santiago, Lo Prado, La Florida, Maipú y Concón, a partir del trabajo multidisciplinario realizado durante la crisis sociosanitaria resultante de la actual pandemia.

MARCO TEÓRICO

Fonoaudiología, bienestar y territorio

La fonoaudiología fue definida en 1999 en Chile como “La disciplina cuyo objeto de estudio es la comunicación humana oral como elemento principal de interacción entre los individuos, sus trastornos y las estrategias diagnósticas y terapéuticas que hacen posible su recuperación” (Maggiolo y Schwalm, 2017).

No obstante, en el desarrollo del campo de acción el desempeño profesional fonoaudiológico ha sostenido no solo la comunicación, sino también la alimentación oral como ámbito (Tobar-Fredes et al., 2021). De la construcción del desempeño de la disciplina es posible observar, entonces, la convivencia de dos paradigmas del actuar en el proceso de salud-enfermedad: la patogénesis y la salutogénesis.

La primera, tiende a manifestar una dicotomía entre la salud y la enfermedad, donde las acciones están centradas en la curación de la afección dada la emergencia de su presencia, presentando un carácter reduccionista-biomédico. La segunda, en cambio, establece un proceso continuo de salud-enfermedad, donde las percepciones tienen un rol relevante en la tarea de enfrentarse a las vicisitudes de la vida, incorporando una perspectiva social-expansiva. La salutogénesis, entonces, pone de manifiesto que las personas deben construir y reconstruir su salud a partir de los recursos generales de resistencia (experiencia, autoestima, dinero, compromiso, apoyo, inteligencia, tradiciones, etc.) y de un sentido de



coherencia (comprensión, manejo y significancia de la vida), colaborando con la posibilidad de hacer frente a cualquier dificultad. En este sentido, la salutogénesis pone el énfasis en la salud positiva que se constituye a partir de la reflexión y el uso adecuado de los activos que existen en el curso de vida y contexto social de las personas, para mejorar y contribuir a su bienestar y desarrollo humano y de las comunidades (Ramos, 2011).

De igual modo, la salutogénesis ha sido adscrita al marco conceptual de la promoción de la salud, incorporándose a las acciones comunitarias como un aporte para relevar el empoderamiento de las agrupaciones, en tanto reconoce las fortalezas, talentos y habilidades de personas y colectivos, siendo una estrategia para reforzar elementos de equidad, intersectorialidad y participación, al buscar la generación de alianzas que contemplan el bienestar social (Cofiño et al., 2016).

Por su parte, uno de los escenarios clásicos en donde se desarrolla la acción comunitaria es en los territorios, los que pueden definirse como el espacio en el que transcurre el diario vivir. El territorio configura el proceso de salud-enfermedad y muertes de quienes lo habitan, incorporando las formas en que estos eventos ocurren, así como también expresa las formas y posibilidades de bienestar. Este espacio no es meramente geográfico, sino que también dice relación con la existencia de dinamismos, construcción de historia, identidad, cultura, vínculos y saberes (Borde y Torres-Tovar, 2017). Igualmente, los territorios pueden estar contruidos por diversas personas, comunidades, organizaciones e instituciones, observados desde el apoyo social comunitario, lo que se traduce a nivel individual en la posibilidad de establecer sentido de identidad, pertenencia, compromiso mutuo y eficacia (Gracia y Herrero, 2006).

La fonoaudiología, por sus definiciones y campos de desempeño, puede enmarcarse en la perspectiva de bienestar, considerando el trabajo en un escenario diferente de la práctica clínica, al generar salud positiva a partir de los activos en salud de las personas, comunidades y territorios. Desde esta perspectiva, la disciplina tendría un rol de facilitador de los procesos de salud-enfermedad, considerando la comunicación humana y la alimentación oral fuera del paradigma patogénico, pero asumiendo que las acciones patogénicas son igualmente necesarias y complementarias. Sin embargo, estas últimas requieren que, desde el rol de actor de salud, se incorporen elementos que sitúen en el centro a la persona y sus dimensiones, sin desagregar su historia, contexto económico, social y político, motivaciones, condiciones y propósitos.



Crisis alimentaria y ollas comunes

A nivel mundial, la pandemia por SARS-Cov-2 ha impactado fuertemente la alimentación de las personas, lo cual generó un retroceso en los avances de la lucha contra el hambre. En efecto, las medidas no farmacológicas tomadas por los diferentes Estados han repercutido negativamente en los ingresos económicos, sumadas a la interrupción de las cadenas de suministro y al aumento de precios de la canasta básica de alimentos, entre otros. La calidad y cantidad de los alimentos se ha visto mermada, afectando directamente la ingesta de nutrientes, lo que se profundiza en los grupos más vulnerables (Banco Mundial, 2021).

En Chile, la Encuesta Social COVID-19 (Ministerio de Desarrollo Social, 2020), evidenció una reducción de los ingresos familiares durante la pandemia que llegó a un 59,4%. En tanto que en términos laborales un 38,4% de los hogares disminuyó su ocupación, observándose una profundización en la insuficiencia del gasto principalmente en aquellos liderados por mujeres, población más vulnerable socioeconómicamente y aquellos domicilios con niños, niñas y adolescentes. Dentro de las respuestas para el manejo del gasto familiar en medio de la crisis llama la atención la reducción del consumo en alimentación, el cual llegó a un 54,6% (Ministerio de Desarrollo Social, 2020).

Por otra parte, es necesario apuntar que la alimentación es un proceso fisiológico con un fin nutricional y de goce, un fenómeno sociocultural que cobra significancias simbólicas dependiendo de la comunidad a la que se pertenece o con la que se identifica, la historia vivenciada, los vínculos desarrollados en ella y los actos sociales comprendidos (Aguilar Piña, 2014).

De igual modo, y como ya se mencionó, la alimentación es un derecho humano ratificado en diversos pactos internacionales que los Estados se han comprometido a respetar, proteger y facilitar para garantizar el acceso regular, permanente y libre, sin importar el medio, a una alimentación adecuada y suficiente, en cantidad y calidad, adecuada a las prácticas culturales de la población consumidora (Jusidman-Rapoport, 2014).

Las organizaciones comunitarias territoriales han comprendido tempranamente que la alimentación es una necesidad humana fundamental que debe abordarse, por lo que estas han emergido a lo largo de la historia de Chile en respuesta a crisis políticas y sociales: antes del golpe de Estado estas organizaciones se



erigieron como una acción de denuncia relacionada con las huelgas sindicales y tomas de terreno, mientras que durante la dictadura en la década de los 80 fueron permanentes, debido a la persistencia del hambre y se consolidaron como acción resolutive de la situación social. No obstante, no solo han respondido a una necesidad fisiológica, sino que también han servido para agrupar a las familias de un mismo territorio, entregando alimentos y constituyéndose como espacios de encuentro y apoyo comunitario (Hardy, 2020).

Durante 2020, con la pandemia y arrastrando una crisis social, el inicio de una serie de restricciones como las cuarentenas golpeó fuertemente a los sectores populares, lo cual agravó la escasez de ingresos económicos y contribuyó a la crisis de hambre. Ante esto, nuevamente los territorios se organizaron generando resistencia y solidaridad frente a la crisis social y sanitaria, no solo a través de la creación de ollas comunes, sino de diversas expresiones que fueron fruto del apoyo comunitario contra el hambre, ante la ausencia de respuesta por parte del Estado (Espinoza, 2020).

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Contexto y levantamiento de necesidades sentidas por los territorios

En el contexto del trabajo territorial desarrollado por el Programa de Intervención Comunitaria de la Universidad de Las Américas (UDLA), mediante la figura de “Facilitador/a Territorial”, se desarrollan vinculaciones permanentes con los territorios, entendiendo que estos son espacios geográficos que sostienen sus dinámicas comunitarias mediante vecinos y vecinas, organizaciones y sus dirigentes sociales, recursos e instituciones existentes en los barrios, así como también constituyen parte de su identidad e historia.

Las vinculaciones desarrolladas durante la crisis social de octubre de 2019 y la situación de la pandemia ayudaron a levantar información del estado de los barrios y organizaciones emergentes, así como de sus problemáticas y necesidades sentidas, siendo en un principio comunes las inquietudes respecto del proceso constitucional, los derechos humanos y los sistemas de protección social, entre otros.



Es así como durante 2020 se visualizaron como problemáticas transversales:

- el aumento de cesantía;
- el aislamiento y profundización de precariedad de las personas mayores, migrantes, mujeres, en situación de discapacidad, entre otros;
- dificultad de acceso a las ayudas sociales por falta de manejo tecnológico y desinformación;
- ausencia de manejo de enfermedades crónicas.

Sin embargo, un problema igual de transversal y urgente fue la crisis de hambre, a la que se hizo frente desde las organizaciones comunitarias mediante diversas acciones entre las que destaca la instalación de ollas comunes y comedores sociales.

Lo anterior fue el resultado de que los territorios se vincularan debido a:

- la preocupación por mejorar la alimentación entregada a la comunidad;
- la búsqueda del balance nutricional entre las preparaciones alimenticias y el bajo costo que debían tener;
- mejoras en el manejo e higiene de los alimentos y su manipulación, considerando las formas de propagación del virus;
- los requerimientos de las personas mayores solas y personas en situación de discapacidad;
- la dificultad en el abastecimiento dada la alta demanda y la falta de medidas de higiene en la alimentación.

Trabajo multidisciplinario en grupo motor

Como consecuencia de las demandas en los territorios se convocó a las escuelas de Nutrición y Dietética, Fonoaudiología y al Departamento de Salud comunitaria de la Facultad de Salud de la UDLA, con lo cual se conformó un grupo motor de académicas y académicos y dirigentes sociales para acompañar el proceso de alimentación en las ollas comunes y comedores sociales existentes en los barrios. En las reuniones del grupo motor se dieron a conocer las necesidades sentidas, la realidad de los barrios, se crearon y adecuaron estrategias de apoyo desde la institucionalidad, pero con apertura y flexibilidad hacia la dinámica de los barrios.



Por último, se contempló la elaboración de documentos que acompañaran y recogieran las inquietudes de los habitantes, además la realización de dos encuentros académicos territoriales de saber popular y saber técnico-científico.

RESULTADOS

Resultados generales de la experiencia

A partir del diálogo multidisciplinar se observó, por parte del grupo motor, una motivación permanente y proyectiva por la articulación académica en respuesta a las inquietudes reales de los territorios, facilitando el acompañamiento en función de los recursos existentes.

Sin embargo, el proceso de aculturación disciplinar en salud⁴, genera una primera interrogante que interpela a la formación centrada en lo patogénico-reduccionista, y que se observa como una construcción desagregada de la realidad, que al mismo tiempo busca fragmentarla: ¿cómo colaboramos?, ¿cuál es nuestro papel desde nuestra disciplina?, ¿nos centramos en lo patológico?

Para sortear y coarticular los conocimientos por medio de una posición más cercana al paradigma social-expansivo, se sostuvieron reuniones de carácter dialéctico, tanto en el diseño y planificación, como en la escritura de los documentos, lo que se reforzó a medida que se profundizaba el diálogo con los actores sociales.

También se realizaron campañas para apoyar el abastecimiento de alimentos e insumos de higiene en el contexto de pandemia, con entregas regulares para las diferentes organizaciones vinculadas.

Igualmente, se produjeron seis textos por parte de académicos y académicas en los siguientes temas:

- Recomendaciones para la implementación de las ollas comunes.
- Recomendaciones prácticas de alimentación en disfagia.
- Consideraciones para la alimentación y deglución segura en personas con trastorno de la deglución y/o adultos mayores en contexto COVID-19.

⁴ Cambios conductuales y cognitivos desarrollados a partir de la inmersión cultural en la formación disciplinar de las profesiones de salud, que se establecen en relación con la fragmentación de la realidad, es decir, la observación e intervención de las partes, sin considerar “el todo”. Esto último aludiendo al curso de vida, contexto socioeconómico, aspectos cognitivos, y conductuales, entre otros.



- Participación y rol de las mujeres de sectores populares en las ollas comunes.
- Economía solidaria: otra economía es posible.
- Las ollas comunes frente a la pandemia: una experiencia histórica de organización popular solidaria en el territorio.

Se construyó y difundió una minuta que consideró la adaptación calórica y el balance nutricional con un presupuesto bajo e ingredientes habituales de las organizaciones que sostenían las ollas comunes.

Por su parte, en el primer encuentro denominado “Apoyo solidario en alimentación, en tiempos de pandemia”, se entregaron los textos elaborados y se produjo el diálogo entre las y los académicos y las organizaciones territoriales a cargo de ollas comunes y comedores sociales, considerando los territorios vinculados al Programa de Intervención Comunitaria pertenecientes a las comunas de Maipú, Huechuraba, Lo Prado, Concón, La Florida y Talcahuano. Además de ello, se desarrolló una valoración de las diferentes experiencias territoriales para enfrentar el hambre en los territorios.

La amplitud de experiencias vinculadas y las nuevas incorporaciones trajeron como resultado un segundo evento denominado “Redes comunitarias y otras economías frente a la pandemia”, en el cual se presentaron las acciones en los territorios y se utilizó una metodología participativa adaptada a la virtualidad, para dialogar grupalmente. Se reveló allí la importancia de la vinculación de la academia con los territorios, para favorecer la horizontalidad de los diálogos entre sus participantes.

En el relato de las y los dirigentes estuvo presente el abandono del Estado y la distancia entre “la realidad de los políticos” y su realidad. Se mencionó igualmente el objetivo de que, desde los territorios, se responda a las necesidades actuales de hambre debido a la existencia de las desigualdades vinculadas a problemáticas estructurales de la sociedad chilena. Apareció el miedo frente a la incertidumbre (“no sabemos hasta cuándo podemos sostenerlo”), pero también lo hace la esperanza en el proceso eleccionario constituyente (“esperemos que esto cambie con la constitución”), discurso que es común en las organizaciones formales del territorio como las juntas de vecinos, o en las articulaciones que se originaron a partir del estallido social y que acompañaron el proceso político del plebiscito por la opción “Apruebo” por una nueva constitución para el país.



Complementariamente, durante las actividades realizadas se destacó la presencia de jóvenes y adultos en la organización y distribución de los alimentos, algunos de los cuales mencionaron la herencia familiar en la organización de esta histórica práctica chilena: “mi mamá estuvo a cargo de la olla común durante la dictadura y es un honor para mí continuar su legado”.

Así mismo, los actores sociales insistieron en la preocupación por las personas mayores solas, en situación de discapacidad o de abandono, abriéndose a la posibilidad de que estos procesos fueran más duraderos en el tiempo, como respuesta a estas situaciones.

Resultados del trabajo en fonoaudiología

Desde el rol de las y los fonoaudiólogos en distintos espacios, en una vinculación permanente con el territorio y en la gestión y la academia, se observó la disposición de servicio, inicialmente con una visión más inclinada hacia la patogenia. Sin embargo, a medida que se generaron los encuentros con otros actores sociales y académicos, emergió la reflexión desde la salutogénesis, entendiendo que el saber que está vinculado a nuestro ámbito de acción incorpora el bienestar y, por supuesto, el derecho a la alimentación.

Al respecto, en el material desarrollado para las actividades se describe —en una terminología adecuada— la detección de alteraciones en la alimentación en respuesta a la afección del aislamiento social, así como también se elaboraron recomendaciones para personas mayores con y sin trastornos de la deglución diagnosticados. Complementa lo anterior una guía de manejo de consistencias de los alimentos, utilizando espesantes de bajo costo, aplicable a la acción de las ollas comunes.

Considerando lo anterior, el equipo de académicas, egresados y egresadas participantes de los encuentros con dirigentes y dirigentas, evidencia las posibilidades de adecuar los saberes propios a la crisis sanitaria en organizaciones territoriales. Sin embargo, de las reflexiones destacadas el bienestar alimenticio vinculado al derecho a la alimentación debe movilizar acciones desde el saber fonoaudiológico en diálogo con el saber popular, esto es, considerar los elementos sociales, culturales e históricos en cualquier práctica alimenticia, así como también apoyar las acciones tendientes a respetar este derecho humano con la incorporación de los activos existentes en las personas, comunidades y territorios.



COMENTARIOS FINALES

El desafío del saber fonoaudiológico es encontrarse en un diálogo democrático con los otros saberes y constructos sociales, avanzar en el proceso como profesionales facilitadores del bienestar tanto en la alimentación, como en la comunicación.

Lo anterior repercute no solo en el hacer, sino también en los espacios de acción y la ampliación del territorio, es decir, llegar al lugar donde transcurre el diario vivir, puesto que ello permite colaborar en la comprensión y detección de problemas y activos existentes en los barrios, los que tributan a la salud positiva de las personas y las comunidades.

En el caso de la alimentación, la promoción de la salud como fonoaudiólogas y fonoaudiólogos nos empuja a considerar nuestro accionar no solo en la rehabilitación, sino también en la promoción y movilización de la calidad de vida de los territorios, apelando al apoyo de las organizaciones sociales en la tarea de afrontar la crisis del hambre.

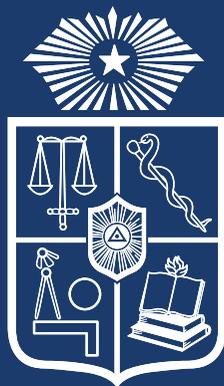
REFERENCIAS

- Aguilar Piña, P. (2014). Cultura y alimentación. Aspectos fundamentales para una visión comprensiva de la alimentación humana. *Anales de Antropología*, 48(1), 11-31. [https://doi.org/10.1016/s0185-1225\(14\)70487-4](https://doi.org/10.1016/s0185-1225(14)70487-4)
- Banco Mundial. (13 de diciembre de 2021). *La seguridad alimentaria y la COVID-19*. Banco Mundial. <https://www.bancomundial.org/es/topic/agriculture/brief/food-security-and-covid-19>
- Borde, E. y Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Em Debate*, 41(spe2), 264-275. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s222>
- Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Paredes-Carbonell, J. J., y Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria*, (30), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
- Espinoza, D. (23 de julio de 2020). *Ollas comunes: Lección de resistencia y solidaridad en tiempos de crisis*. Palabra Pública. <http://palabrapublica.uchile.cl/2020/07/23/ollas-comunes-resistencia-solidaridad-crisis-2/>



- Gracia, E. y Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 327-342. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n2/v38n2a07.pdf>
- Hardy, C. (2020). *Hambre + Dignidad = Ollas comunes* (segunda edición). LOM ediciones. https://eurososial.eu/wp-content/uploads/2020/10/Hambredignidad_web.pdf
- Heiss, C. (2020). *Chile: entre el estallido social y la pandemia*. Fundación Carolina. https://doi.org/https://doi.org/10.33960/AC_18.2020
- Jusidman-Rapoport, C. (2014). El derecho a la alimentación como derecho humano. *Salud Pública de México*, 56(1), S86-S91. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2014.v56suppl1/s86-s91>
- Maggiolo, L. M. y Schwalm, A. E. (2017). Escuela de Fonoaudiología: notas acerca de su historia. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, (16), 1-6. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2017.47556>
- Ministerio de Desarrollo Social. (3 de septiembre de 2020). “Encuesta social COVID-19” revela impacto de la pandemia en los hogares del país. Desarrollo Social y Familia. <http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/noticias/encuesta-social-covid-19-revela-impacto-socioeconomico-de-la-pandemia-en-los-hogares-del-pais>
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación [FAO]. (2007). *El derecho humano a la alimentación*. FAO. <https://www.fao.org/3/a1601s/a1601s.pdf>
- Ramos, F. R. P. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicancias para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, (85), 129-139. https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n2/02_colaboracion1.pdf
- Tobar-Fredes, R., Olivares-Matus, C., y Tapia-Saavedra, S. (2021). Fonoaudiología en cuidados paliativos para adultos y adultos mayores: fundamentos, roles, abordajes y desafíos. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, (20), 1-16. <https://revfono.uchile.cl/index.php/RCDF/article/view/58486>





FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE
