

**UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA  
SEDE REGIONAL ROSARIO  
FACULTAD DE MEDICINA  
LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA**



---

**VISIÓN FONOAUDIOLÓGICA ACERCA DE LA  
ATENCIÓN INTERDISCIPLINARIA CON KINESIOLOGÍA  
EN PACIENTES PORTADORES DEL SÍNDROME  
NEURO LINGÜÍSTICO**

---

**AUTOR: GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

**TUTOR: LIC. LERDA, ANA MARÍA**

**ASESOR METODOLÓGICO: LIC. CAPPELLETTI, ANDRÉS**

**MAYO 2005**

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

## **RESUMEN**

El siguiente trabajo de investigación está fundamentado en el análisis de diversas opiniones recolectadas a partir de entrevistas realizadas a Licenciados en Fonoaudiología y Fonoaudiólogos de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, con respecto a la mirada que poseen sobre el trabajo interdisciplinario junto a Licenciados en Kinesiología y Fisiatría en la atención de pacientes portadores del Síndrome Neuro Lingüístico (SNL) originados por Accidente Cerebro Vascular (ACV).

Para la elaboración de esta investigación se realizaron cuatro (4) entrevistas de cinco (5) preguntas a dichos profesionales; durante el período correspondiente a los meses de Marzo a Mayo del 2005.

Mediante los datos obtenidos llegamos a la conclusión que la noción de los Fonoaudiólogos hacia la labor kinésica, en relación a las patologías neurológicas en general, es muy buena; también hemos constatado que dichos profesionales han participado en equipos interdisciplinarios junto a kinesiólogos, entre otros terapeutas.

En cuanto a la actividad kinésica propiamente dicha, han demostrado correctos conocimientos acerca de las incumbencias del Kinesiólogo en relación a este y otros tipos de pacientes; además de hacer hincapié sobre los beneficios del tratamiento kinésico en pacientes neurológicos.

# INTRODUCCIÓN

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

## **1 - INTRODUCCIÓN**

En la sociedad actual, “la comunicación es considerada omnipotente, ya que todo pasa a través de ella. No hace falta más que mirar alrededor y ver que los canales televisivos se multiplican, la televisión se transforma en interactiva; los teléfonos se encuentran en cada habitación de una casa, en cada oficina, en cada negocio, hasta inclusive en los autos. Y todo va a mayor velocidad”<sup>1</sup>. Por lo tanto, podemos mencionar que la distancia es un obstáculo cada vez menor para la comunicación instantánea. En tales condiciones, se puede imaginar fácilmente el estigma, que puede representar para un individuo, el hecho de no poder establecer eficazmente una comunicación. Se encuentra limitado, discapacitado.

Según Tsevtkova, podemos afirmar que “la lengua es el símbolo de identidad para una colectividad. Sucede exactamente lo mismo con un individuo que puede, gracias a su capacidad de comunicarse, afirmar su inteligencia, actuar sobre su medio; de alguna manera existir. La imposibilidad para llevar a cabo una comunicación desconecta al individuo de la realidad y le quita una parte de su humanidad”<sup>2</sup>.

Cuando se habla de una persona afásica, toda ella está afectada o disminuida por la incidencia de esta patología, como si todo ese ser se volviera limitado y no sólo su capacidad de comprender y/o expresarse. Las modificaciones que la misma implica a la vida de un individuo no se limitan únicamente a la comunicación, sino que encontramos disturbios tanto motores como sensitivos - visuales que alcanzan otras funciones cognitivas diferentes, a saber: memoria, percepción, organización de gestos, entre otras. Tales cambios pueden estar ligados a problemas de todo orden, que tienen su origen en el individuo en sí mismo o cuando se encuentra en interacción obligada con otras personas.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

El motor de nuestra investigación fue el hecho de que, para lograr resultados óptimos en el proceso de recuperación de esta patología neurológica, a la clínica, y por lo tanto a la complejidad de la misma, consideramos necesario plantear la importancia de un trabajo de carácter interdisciplinario; debido a que una sola disciplina profesional se encuentra limitada para lograr un abordaje integral de este tipo de paciente.

Además, otros puntos que hacemos mención en este trabajo son:

⇒ Determinar el conocimiento de los fonoaudiólogos acerca de las incumbencias de otros profesionales (principalmente el kinesiólogos).

⇒ Comprobar si se le da la trascendencia necesaria a aquellas cuestiones que no están íntimamente relacionadas con la neta incumbencia de la disciplina personal.

⇒ Demostrar si existen límites que atenten contra la Interdisciplina y/o formación de Equipo Interdisciplinario. Y, en caso de existir, aclarar de donde vienen originados.

La información extraída se obtuvo por medio del análisis de entrevistas confeccionadas y diagramadas para tal motivo. Las cuales fueron efectuadas a terapeutas del lenguaje con el fin de indagar acerca de su concepción de Interdisciplina - Trabajo Interdisciplinario (con kinesiólogos), y en alusión a pacientes portadores del Síndrome Neuro Lingüísticos (SNL) originados por Accidente Cerebro Vascular (ACV).

# **PROBLEMÁTICA**

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

## **2 - PROBLEMÁTICA**

El Síndrome Neuro Lingüístico (SNL) ocasionado por Accidente Cerebro Vascular (ACV) es una entidad generadora de “problemas múltiples” (tanto motrices como comunicativos, entre otros); por lo tanto, vemos oportuno afrontarlo mediante una terapéutica integradora - interdisciplinaria. Dichos problemas múltiples, son tanto de incumbencia fonoaudiológica como kinésica (entre otras disciplinas), razón por la cual elaboramos entrevistas dirigidas a fonoaudiólogos de la ciudad de Rosario durante el período comprendido entre Marzo y Mayo del corriente año, para identificar la existencia o no de esta terapéutica integradora por parte de los mismos, de su postura hacia los componentes de la Interdisciplina (flexibilidad, cooperación, territorialidad, reciprocidad, etcétera) y de la concepción acerca de la labor kinésica.

El Trabajo en Equipo Interdisciplinario nace para “dar una respuesta global y única a todos y cada uno de los problemas múltiples en los aspectos médicos, sociales, educativos y psicológicos, convergiendo en él todas las profesiones capaces de dar respuesta eficaz a los problemas planteados”<sup>3</sup>.

A raíz de lo anteriormente expresado, creemos que la Interdisciplina es un buen método para abarcar - tratar dichos problemas complejos; implicando un cuestionamiento de saberes disciplinarios, rompiendo con la idea de que es posible fragmentar la realidad (en este caso, una situación clínica en particular) y de que cada disciplina se ocupa de una porción de ésta.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

Este tipo de equipo permitirá “lograr un código superior a cada discurso, una coordinación dialéctica de las disciplinas como así también imbricar métodos y conceptos sobre una problemática común”<sup>4</sup>.

Para concluir, podemos afirmar que “el principal objetivo de la comunicación humana es la transferencia rápida y exacta de información por medio del habla, la escritura y la gesticulación. Dado que la mayoría de nosotros adquirimos el lenguaje verbal nativo con un esfuerzo mínimo”<sup>5</sup>, no nos percatamos de la complejidad de su adquisición hasta el momento que intentamos aprender un segundo idioma o hasta que experimentamos una deficiencia en la comunicación.



# FUNDAMENTACIÓN

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

### **3 - FUNDAMENTACION**

#### **3 - 1 - INTERDISCIPLINA**

La Interdisciplina no supone una liquidación de las disciplinas particulares, “sino su integración práctica en un nivel posterior - superior, que asume la existencia previa de esas disciplinas. Tal integración, por otra parte, no es presentada como un fruto automático del ponerse a trabajar en común, sino que requiere un largo y profundo proceso de operación conjunta sobre la realidad empírica de que se trata. La integración (siempre parcial y conflictiva) de los enfoques disciplinares en la resolución de un problema concreto no opera por decreto, sino a través de una larga y difícil construcción colectiva”<sup>6</sup>.

Se puede concebir que un trabajo multidisciplinario consiste en “estudiar diferentes aspectos de un problema y desde su propia disciplina, ya sea dando respuestas en cuanto a tales especialistas, como constituyendo un equipo polivalente que se enriquece por el cruzamiento de diferentes enfoques teóricos. En el fondo se trata de una lectura de un problema, según el enfoque selectivo de cada disciplina. Por ejemplo: con respecto a una silla... si un especialista de la rama de la física decidiera estudiarla, la vería como una combinación de peso y equilibrio; un biólogo especializado en anatomía la vería como un receptáculo de la forma humana y podría determinar sus efectos sobre la columna vertebral; un economista podría verla como el resultado de la producción en masa, como una unidad de costo y de precio; el psicólogo podría verla como parte del esquema perceptual del estudiante; finalmente, el sociólogo podría ver en esa silla un símbolo de estatus”<sup>7</sup>. El ejemplo es claro, no hay interdisciplinariedad sino una comprensión desde múltiples puntos de vista; se trata de la multi o pluridisciplinariedad. Existen concepciones con lógicas y

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

leyes de funcionamiento distintas, el lenguaje, los criterios de salud y enfermedad, los modelos de trabajo, los procedimientos terapéuticos, el estatuto del cuerpo, la actitud clínica, etcétera.

Asimismo, tampoco es un Trabajo Interdisciplinario “cuando un especialista en una determinada ciencia, tiene colaboradores de otras disciplinas. Puede darse una cierta compenetración interdisciplinar, pero la tarea científica está centrada en un determinado campo del saber”<sup>8</sup>. En sentido estricto es una labor *monodisciplinar*, enriquecida con la perspectiva de otras disciplinas.

Mayor confusión es aquella que proviene de quienes “consideran *disciplina* como equivalente a *profesión*, e *interdisciplinario* como equivalente a *interprofesional*. O lo que es una confusión mayor, cuando la interdisciplinariedad se define como “*aquella circunstancia en la cual, como mínimo, dos profesionales de dos disciplinas diferentes abordan la misma situación*”<sup>9</sup>. Entender la interdisciplinariedad con un carácter tan amplio, conduce a que casi todo sea interdisciplinariedad, con lo cual se pierde toda especificidad en torno a esta cuestión.

Así lo explica Roland Barthes “...para hacer algo interdisciplinario no es suficiente elegir un tema y juntarse dos o tres ciencias a su alrededor. La Interdisciplina consiste en crear un nuevo objeto que no pertenece a ninguna...”<sup>10</sup>.

Tenemos pues, como primer problema, un uso ambiguo y vago del término y, en algunos casos, una confusión de lo interdisciplinario con el trabajo conjunto de diferentes profesionales sobre un mismo problema.

Según lo expresado por Alicia Stolkiner, “el hecho de que varios profesionales trabajen con el mismo paciente y en el mismo lugar no quiere decir que estén realizando Trabajo

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

Interdisciplinario”<sup>11</sup>. Para que se llegue a ello es preciso que sus miembros estén ligados por una misma concepción de trabajo, por una misma postura ante la enfermedad, ante el paciente, ante la acción terapéutica, ante el resto del equipo.

“Vemos que cada disciplina no se funde con las otras, sino que subordina su objeto particular a los conceptos de las demás que le puedan servir. Hablaremos de este caso de articulación entre disciplinas, lo cual a todas luces no constituye interdisciplinariedad. Encontramos a menudo que los límites entre determinadas disciplinas no parecen demasiado claros o precisos, ya sea por una insuficiente delimitación de los respectivos objetos teóricos (por ejemplo, sociología y psicología infantil) o por la evidente aproximación que existe entre los objetos reales a que esas ciencias hacen referencia (por ejemplo: física y química, química y biología). Así, *una ciencia no acaba donde empiezan los derechos de las demás*, sino que muchas veces halla confusamente su fin en el contacto con otras aledañas, y existe respecto de ellas una cierta superposición conceptual, una especie de cuestión de límites que no resuelta de manera acabada”<sup>12</sup>.

“Una epistemología de las relaciones entre disciplinas debe partir por analizar cuáles son los caracteres disciplinarios que se acercan y en qué grado se conjugan. Así, dos disciplinas pueden compartir: objeto, dominio de estudio, métodos, paradigmas y discurso, instrumentos, campo de aplicación, etc. Algunos de ellos tienen mayor importancia que otros para la definición de la interconexión”<sup>13</sup>.

Sobre esta base, se desarrolla una clasificación interdisciplinaria en seis grados. Pero, para los fines prácticos es suficiente una clasificación como la de J. Piaget, quien establece tres niveles de organización, según sea el grado de interacción alcanzado entre los componentes:

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

- Nivel inferior o de Multidisciplinariedad (o pluridisciplinariedad por otros autores): consiste en estudiar distintos aspectos de un problema desde varias disciplinas, mediante una sumatoria de competencias específicas. Cada uno busca respuestas desde su propia ciencia y, en el mejor de los casos, se intercomunican resultados. Así se amplía la comprensión del objeto de conocimiento, pero las disciplinas no se transforman: simplemente cooperan. Constituye la primera fase del acercamiento entre disciplinas.

Entre otros ejemplos, están los estudios complementarios realizados por diversas disciplinas en el marco de un trabajo cooperativo sobre un mismo objeto, al cual abordan desde diversos ángulos y con métodos diferentes, aportando información acumulativa.

- Nivel medio o de Interdisciplinariedad: nivel donde la cooperación entre varias disciplinas o sectores heterogéneos de una misma ciencia lleva a interacciones reales; es decir, hacia intercambios que resultan en un enriquecimiento mutuo.

Algo sobre lo cual poco se ha reflexionado, es la interdisciplinariedad interna. Cuando una disciplina adquiere cierta complejidad, puede comenzar un trabajo crítico sobre sí misma, pluraliza su campo y aparece la posibilidad de un diálogo entre enfoques al interior de la misma disciplina.

- Nivel superior o Transdisciplinariedad: no sólo cubrirá las reciprocidades entre proyectos especializados de investigación, sino que también situaría estas relaciones dentro de un sistema total que no tuviera fronteras sólidas entre disciplinas.

Para concluir con el tema, podemos afirmar que, de acuerdo a lo expresado por Ander-Egg y Follari, “lo interdisciplinar (el logro de una conjunción teórica nueva más allá de las disciplinas particulares puestas en curso) sólo podría lograrse con equipos de representantes de las diferentes disciplinas aunados en un trabajo a largo plazo que posibilite una conceptualización y un lenguaje común. Nunca un solo profesional podría ser considerado

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

*interdisciplinar*, ni siquiera un grupo formado por varios profesionales de la misma disciplina; simplemente porque sólo hay Interdisciplina cuando hay portadores de diferentes disciplinas. Sin cada ciencia en su máxima especificidad y nivel, no hay Interdisciplina. Y por supuesto, juntarse no es condición suficiente sino sólo necesaria; habrá que ver si a mediano plazo se logra estipular un marco conceptual común o no. Este marco no puede ser una suma ni combinación de lo que aporta cada disciplina, sino una conformación conceptual nueva”<sup>14</sup>.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

3 - 2 - COMPONENTES INTERDISCIPLINARIOS

Según Ander-Egg y Follari, los prerequisites (los cuales constituyen la base de nuestra investigación) necesarios para la puesta en marcha interdisciplinaria son:

**A - Trabajo en Equipo:** la labor grupal hace mención a “la formación de actitudes cooperativas en el grupo”<sup>15</sup>.

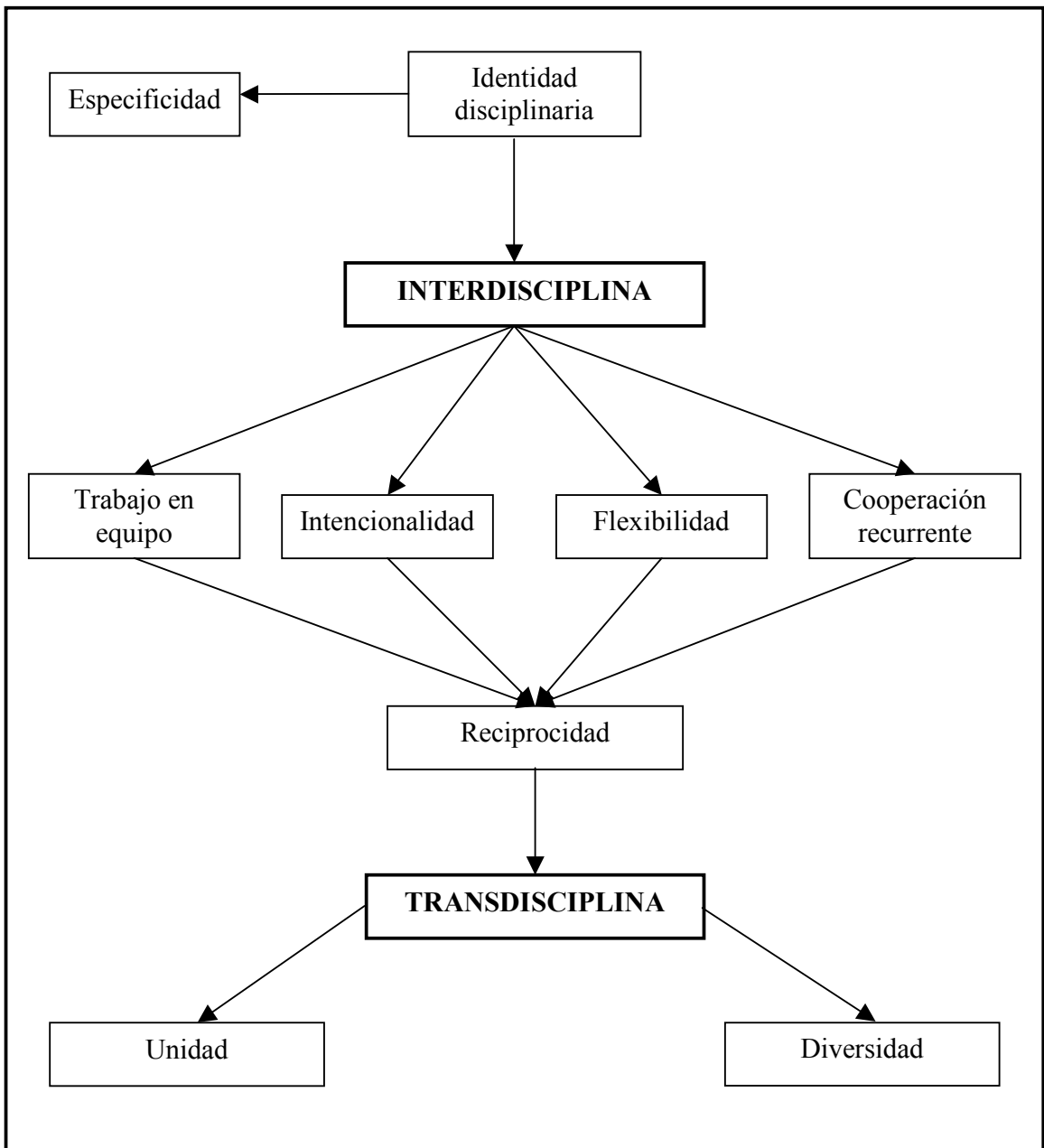
**B - Intencionalidad:** podemos comprender Intencionalidad como la voluntad de trabajo con otras disciplinas. "El encuentro fortuito entre disciplinas no es Interdisciplina”<sup>16</sup>.

**C - Flexibilidad:** corresponde al “reconocimiento de divergencias, disponibilidad al diálogo, cambios metodológicos, etcétera; a que exista apertura en cuanto a la búsqueda de modelos, métodos de trabajo, técnicas, etcétera; sin actitudes dogmáticas, sino con reconocimiento de discrepancias y disponibilidad para el diálogo”<sup>17</sup>.

**D - Cooperación Recurrente:** como ya se ha mencionado anteriormente, una cooperación ocasional no es Interdisciplina; en cambio sí lo es “la cooperación recíproca entre disciplinas diferentes que convergen y combinan puntos de vista a fin de resolver problemas que exceden el enfoque disciplinario, implica una *construcción colectiva de conocimiento*”<sup>18</sup>.

**E - Reciprocidad:** la reciprocidad laboral está dada por la interacción entre las disciplinas, “la cual lleva al intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas de trabajo, resultados”<sup>19</sup>, etcétera.

Con estos prerequisites básicos asegurados, nos ubicamos en el nivel máximo, desde el punto de vista estructural, de las relaciones interdisciplinarias, que es el de la *integración sistémica*. A continuación, Ander-Egg y Follari, detallan gráficamente los prerequisites en cuestión:



En este nivel de articulación interdisciplinaria, cada disciplina es importante en su función, en su individualidad. *“El sistema funciona si cada disciplina desempeña sus funciones individualmente, pero no independientemente”<sup>20</sup>*. Esta integración sistemática nos lleva a la orientación Transdisciplinaria.

La Transdisciplinariedad “es una aproximación metodológica que compatibiliza la unidad y diversidad de la ciencia; supone un sistema total que integra las distintas



**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

disciplinas a través de un marco conceptual común. La aproximación Transdisciplinaria no se lograría con generar interacciones o reciprocidades entre investigaciones especializadas, sino que situaría estas conexiones en el interior de un sistema total sin fronteras estables entre las disciplinas”<sup>21</sup>.

---

En términos de Piaget, la etapa de las relaciones Transdisciplinarias es aún incipiente:

*“... se trata aún de un sueño, pero NO parece irrealizable...”<sup>22</sup>.*

---

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

### 3 - 3 - TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

Según Ander-Egg y Follari, podemos alegar que el Trabajo en Equipo Interdisciplinario “nace para dar una respuesta global y única a todos y cada uno de los problemas múltiples en los aspectos médicos, sociales, educativos y psicológicos, convergiendo en él todas las profesiones capaces de dar respuesta eficaz a los problemas planteados.

La aproximación interdisciplinaria surge ante problemas complejos y por la evolución interna de las ciencias que constituye un movimiento epistemológico. Implica un cuestionamiento de saberes disciplinarios, rompe con la idea de que es posible fragmentar la realidad y de que cada disciplina se ocupa de una porción de ésta. Parte de una concepción constructivista de la realidad, como una totalidad estructurada pero a la vez estructurante<sup>23</sup>.

El Trabajo Interdisciplinario tiene como objetivo “la formación de profesionales para el diagnóstico y para el tratamiento con miras a una proyección social. Este tipo de equipo permitirá lograr un código superior a cada discurso, una coordinación dialéctica de las disciplinas como así también imbricar métodos y conceptos sobre una problemática común<sup>24</sup>. También permite ver las posibilidades de restablecer los hábitos cotidianos y las condiciones laborales, familiares y sociales.

“Tal vez parezca obvio, pero viene el caso subrayarlo: *sólo puede haber Interdisciplina en la medida en que existan disciplinas previas que entren en contacto*. Por lo tanto, no se trata de una práctica que borra las *obsoletas* divisiones entre las ciencias para instaurar el ancho mar de un saber totalizante y sin delimitaciones internas, sino de un trabajo a realizar en base a las disciplinas ya establecidas y, por ende, no se ignoran sus mutuas diferencias de objeto y de método. Todo intento de mezclar elementos que

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

previamente no se han definido y depurado, sólo puede ofrecer confusión y retorno a la época en que las disciplinas aún no estaban definidas”<sup>25</sup>.

Para finiquitar la idea anteriormente citada, “la no precisión en los límites entre dos disciplinas científicas no significa en modo alguno que ese campo de indefinición pudiera ser tildado de interdisciplinario. Sin embargo, es a partir de tales cercanías e indefiniciones en los límites científicos que surge una posibilidad válida de interrelacionar orgánicamente disciplinas entre sí”<sup>26</sup>.

La conjunción de todos estos datos determinarán la planificación de un tratamiento integral e integrado, tarea que debe estar a cargo de los mismos profesionales que han efectuado los diferentes diagnósticos con unidad de criterios.

Pero también, hay que tener en cuenta que el Trabajo Interdisciplinario, en su proceso evolutivo, puede conformar nuevas entidades independientes; es el caso de, por ejemplo, “la biofísica o la bioquímica. Ambas surgidas de la conjunción de disciplina establecidas previamente como autónomas y que encuentran un campo común de conceptualización y experimentación. Este campo no borra los aspectos específicos de cada una de las disciplinas componentes, sino que constituye la apertura de un campo nuevo, inexplorado previamente y surgido, precisamente, del sector indefinido de límite y conjunción que las disciplinas tenían ya entre sí.

Claro que en estos casos no dejamos de encontrarnos con una paradoja: a medida que más avanza el trabajo en esta conformación interdisciplinaria, ésta va independizándose y constituyéndose a su vez en una disciplina independiente, que toma a las otras a nivel de articulación. Es decir, nos encontramos frente a una especie de interdisciplinarietàad momentánea”<sup>27</sup>.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

De acuerdo a lo expresado por Kalinsky y Arrué, “es imperativo impulsar el Trabajo Interdisciplinario para explorar la posibilidad de combinación e integración con otras ciencias y buscar el nivel de intervención para cada situación. Una concepción interdisciplinaria supone, por una parte, programar un marco básico que, sin yuxtaponer disciplinas, posibilite la labor”<sup>28</sup>. Este marco presupone una territorialización en la que el dispositivo asistencial y los recursos profesionales tengan especialización en un tema.

Ello implica accionar para:

- ⇒ “Planificar programas;
- ⇒ Elaborar criterios y estrategias clínicas;
- ⇒ Procurar recursos;
- ⇒ Diseñar distintos dispositivos y seleccionar medios;
- ⇒ Proveer una asistencia integral mediada por acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación;
- ⇒ Delimitar tareas;
- ⇒ Garantizar la continuidad asistencial;
- ⇒ Conducir tratamientos
- ⇒ Y coordinar intervenciones para facilitarlos.

Además, presupone refundar modelos instituidos que, desde una perspectiva hegemónica, disponen de servicios o equipos que *fagocitan* especialistas. En tal sentido, utilizar conceptos y elementos teóricos de disciplinas diferentes contribuirá a expresar y resolver dilemas. El propósito es poner los conocimientos respectivos al servicio del sujeto humano *enfermo* para mostrar sus propias perspectivas acerca del padecer y el sufrir”<sup>29</sup>. Por consiguiente, el concepto de interdisciplinariedad impulsa el trabajo en equipo, que suele llevarse a cabo desde diversas perspectivas y modalidades.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

Durante el Trabajo Interdisciplinario, sus integrantes intervienen como, si se puede decir, visitantes en territorio ajeno. La Interdisciplina consiste en la intervención en sí. Si algo deben mostrar los Equipos Interdisciplinarios, es la capacidad para proponer cambios y responder a demandas.

A nuestro entender, la interdisciplinariedad establece vínculos múltiples, complejos y variables entre conocimiento y habilidades generados por diferentes discursos-recursos y prácticas. Esto exige flexibilidad por parte de los “actores, de los servicios y de las instituciones, para generar recorridos que establezcan esos vínculos. Implica rechazar la *súper especialización*, es decir, disciplinarse a un discurso único y un saber singular”<sup>30</sup>.

Ante cada caso, la Interdisciplina abre la posibilidad de interactuar con otros campos del conocimiento; entonces, “los conceptos, metodologías y las jergas (que en principio podrían funcionar a modo de obstáculo), cuando hay disposición de todos y deseos con un propósito común, se superan. En ese sentido se puede expresar que: *...la Interdisciplina no se aprende, ni se enseña... la Interdisciplina se vive. Es una instancia que se construye. Es imposible imponerla...*”<sup>31</sup>.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

### 3 - 4 - PUNTOS CONFLICTIVOS

#### 3 - 4 - A - Fronteras Disciplinarias

La Orientación Interdisciplinaria surge de una “concepción constructivista de la realidad, siendo ésta considerada como una totalidad estructurada pero a la vez estructurante. Desde esta visión, la Interdisciplina reconoce que la realidad no es algo obvio, unívoco y simple que se puede comprender fácilmente, sino que es contradictoria. En este sentido, la Interdisciplina se basa en la complejidad y unidad de la realidad, por un lado, y en la división del trabajo científico para la evolución de la ciencia, por otro.

Cada disciplina emplea parámetros que son variables estratégicas para otras disciplinas, lo que abre un vasto campo de investigación a las colaboraciones interdisciplinarias; pero, como no se dispone de una descomposición lineal del sistema en subsistemas, las colaboraciones se reducen demasiado a menudo a meras yuxtaposiciones”<sup>32</sup>.

La integración de los conocimientos científicos y los esfuerzos de diferentes ciencias por estudiar de manera conjunta los mismos problemas, es una de las características de la revolución científico-tecnológica a la hora actual. La tendencia a colaborar y a integrarse entre ciencias, real o aparentemente distintas, es un hecho bastante corriente. “Esta tendencia a la integración y a la interpenetración de las ciencias, conduce y acerca al tema y preocupación por la interdisciplinariedad”<sup>33</sup>.

“La aproximación interdisciplinaria, surge ante la demanda social, ante las situaciones de problemas cada vez más complejos y por la evolución interna de las ciencias”<sup>34</sup>. Esta orientación interdisciplinaria puede favorecer la integración y producción de conocimientos.

Citando un pensamiento de Ander-Egg y Follari: “Nuestra propuesta es partir de los problemas, no de las disciplinas. Desde esta perspectiva, la colaboración interdisciplinaria

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

es básica a través de la convergencia de problemas. Pero debemos aclarar que el tema *borde* entre dos disciplinas no constituye interdisciplinariedad”<sup>35</sup>.

Se debería considerar que los problemas no tienen fronteras disciplinarias y que los límites de cada disciplina no están fijos y determinados para siempre. En términos de Jean Piaget “...*nada nos compele a dividir lo real en compartimientos estancos, o en pisos simplemente superpuestos que corresponden a las fronteras aparentes de nuestras disciplinas científicas y, por el contrario, todo nos obliga a comprometernos en la búsqueda de instancias y mecanismos comunes. La interdisciplinariedad deja de ser un lujo o un producto ocasional para convertirse en la condición misma del progreso...*”<sup>36</sup>.

### 3 - 4 - B - Modelos Disciplinarios

Cada disciplina tiene sus propios modelos. Un modelo puede definirse como “una construcción del investigador sobre un fragmento de la realidad, cuyos límites son convencionales; por lo tanto, todo recorte es arbitrario. Ponen luz sobre ciertos aspectos y ensombrecen otros”<sup>37</sup>. Además “toda disciplina construye y organiza sus modelos, incumbencias, territorios, contenidos, lenguajes, conceptos y fronteras. A partir de sus competencias, todas recortan una realidad (objeto, situación o problema) para abordarla. Sin embargo, los límites de una disciplina no son fijos, sino que crecen, se transforman y, junto con sus avances, promueven especializaciones y articulan perspectivas interdisciplinarias”<sup>38</sup>.

El problema, según Elechery, “*se produce al confundir el modelo con la realidad y en suponer que el conocimiento obtenido a través del modelo es la Verdad*”<sup>39</sup>. Esta es una de las mayores dificultades de la Interdisciplina: las disputas explicativas que se producen a partir de la definición de los problemas que realiza cada integrante de un equipo de salud. En este marco, cada profesional piensa y cree que el cuerpo de conocimientos de su propia

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

disciplina es el que más eficazmente explica el problema. Así lo aclara Ciardiello cuando expone: “todos son, en última instancia, sólo verdades parciales. Algunos con *mejor suerte* que otros, van logrando establecerse en posiciones ventajosas en el juego de los intereses que definen la distribución social del poder”<sup>40</sup>.

“Cuando cada profesional pueda entender que existe otra perspectiva acerca del padecimiento, los límites se flexibilizarán”<sup>41</sup>. O sea, que cada disciplina define su objeto de conocimiento y los términos de su problema, y a partir de estos va a tener en cuenta un conjunto de datos-información que pueden ser compatibles o no con los de otras disciplinas, produciéndose una lucha por plantear la legitimidad de su disciplina para abordar un problema en cuestión.

### 3 - 4 - C - Enseñanza Universitaria

“Con la incorporación de la enseñanza de las ciencias sociales en las universidades, el proceso de *departamentalización* de las ciencias se expresó también en forma de enseñarlas. No cabe duda que, en muchos casos, profesores y alumnos son producto de este enfoque unidisciplinario de nuestras universidades que, en no pocos casos, llevó a la *barbarie* de la especialización; designando a aquellos que, conociendo un significativo entendimiento del saber, ignoran casi todo lo que es ajeno a su propio campo profesional importante”<sup>42</sup>.

“En el nivel universitario, los diseños curriculares y los planes de estudio muestran un parcelamiento del saber en disciplinas aisladas como comportamientos estancos”<sup>43</sup>. Esta concepción disciplinaria de la educación universitaria nos lleva a una excesiva especialización que fragmenta el conocimiento en áreas y obstaculiza la comprensión de la pluralidad y complejidad de las dimensiones de la realidad.



**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

### 3 - 4 - D - Construcción del Problema / Objetivos Interdisciplinarios

La construcción conceptual común del Problema / Objetivos Interdisciplinarios implica “un abordaje interdisciplinario, y supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción. Para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios”<sup>44</sup>.

El tiempo dedicado a la atención de las necesidades del Problema - Objetivos, sean reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de elaboración del modelo de historia clínica, etcétera, “deben ser reconocidos como parte del tiempo del trabajo. Sería bueno que los que programan acciones interdisciplinarias desde los niveles decisorios, tuvieran claro que para lograrlas se requiere algo más que un grupo heterogéneo de profesionales trabajando a destajo”<sup>45</sup>.

Uno de los obstáculos visibles de la Interdisciplina, de acuerdo al pensamiento de Alicia Stolkiner es que “así como cada disciplina define su propio objeto de conocimiento y los términos de sus problemas, a partir de allí van a relevar un conjunto de datos que pueden ser incompatibles con otro conjunto pertinente a otra disciplina. Dar luz sobre ellos puede ser una de las primeras tareas de la Interdisciplina. El punto no es dar la última palabra sobre si son o no compatibles; más bien es ponerlos todos en el mismo *movimiento*. Así, nos atrevemos a definir la Interdisciplina como *la circulación e interferencia de conocimientos*”<sup>46</sup>.

Por lo tanto, la construcción conceptual del problema debe ser el primer trabajo de un Equipo Interdisciplinario, porque es la construcción del problema de acción. Y si pensamos en constituir un Equipo Interdisciplinario, es necesario que haya una conceptualización común ideológica de la situación a abordar.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

3 - 4 - E - Coordinador Interdisciplinario

La coordinación de un Equipo Interdisciplinario es una función decisiva, la cual debe poder situarse como “facilitador y generador de los dispositivos necesarios para la producción del marco común entre disciplinas, como así también generar los espacios para la contrastación de los discursos. La dirección del equipo no corresponde a ninguna especialidad determinada, esa función, en general, está definida por otras condiciones. Lo importante es que el ejercicio de esas funciones se cumpla con respecto a la autoridad profesional de cada uno de los miembros del equipo y un excelente grado de convivencia”<sup>47</sup>.

Es sabido que, según testimonio de Alicia Stolkiner, “la tentación del poder siempre surge porque en las disciplinas existe un lugar profesional, un lugar de saber que genera un lugar de poder. Entonces, el poder también debe circular, es necesario que las decisiones no sean nunca de una persona o un profesional; o son de un grupo-equipo, o participa la comunidad en el sentido más profundo de participación socio-comunitaria”<sup>48</sup>.

3 - 4 - F - Estructuralismo, Aislamiento y Especialización Disciplinaria

A partir del pensamiento de Alicia Stolkiner podemos rescatar que, “una de las tendencias más generales de los movimientos de vanguardia en todas las ciencias humanas es el ESTRUCTURALISMO, que sustituye a las actitudes atomísticas o a las explicaciones holística. El método destinado a dominar los problemas de totalidad, que en principio parece ser el más racional y el más fecundo, consiste en explicar lo complejo por lo simple o, dicho de otro modo, en reducir los fenómenos a elementos atomísticos; la suma de cuyas propiedades daría cuenta del total que ha de ser interpretado”<sup>49</sup>.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

Por lo general, durante la atención de problemas complejos, “se tiende a la *súper-especialización* y dentro de cada disciplina se forman áreas especializadas que constituyen *escuelas*”<sup>50</sup>. La formación de tales escuelas conlleva al AISLAMIENTO y al dogmatismo disciplinario. Esta carencia de comunicación entre los miembros de la comunidad académica puede llegar a obstaculizar las relaciones entre las disciplinas.

También se evidencia una desarticulación entre la teoría y la práctica. Observamos que, en la mayoría de las carreras, “los contenidos teóricos se organizan al comienzo de la formación, dejando las prácticas para el final. Esto hace que los mismos contenidos deben ser vistos dos veces, primero como conceptualización teórica y luego como práctica. Como si no fueran teoría y práctica aspectos complementarios del un mismo aprendizaje”<sup>51</sup>.

La Tarea Interdisciplinaria es “una cuestión que está fundamentalmente a nivel de la práctica, tiene que ver más con la resolución de problemas concretos que con consideraciones teóricas”<sup>52</sup>.

Estos tres aspectos de la educación disciplinaria (excesiva especialización, división entre formación profesional y laboral, y desarticulación teórico-práctica), tienden a aislar el desarrollo del conocimiento, generando verdaderas *islas académica* descontextuadas de los problemas que nuestra realidad plantea.

A modo de cierre, en lo que respecta a AISLAMIENTO DISCIPLINARIO, es común observar en nuestro medio un predominio de prácticas multidisciplinarias. Se puede decir que “el enfoque multidisciplinario es aquel caracterizado por una simple yuxtaposición de áreas del conocimiento, en el cual cada disciplina se dedica a su especialidad sin que haya una relación ni se evidencien modificaciones o transformaciones en las disciplinas involucradas”<sup>55</sup>.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

La característica de esta perspectiva es su “visión atomista de la realidad y un total aislamiento respecto de toda demanda social”<sup>56</sup>.

Al final, y en el peor de los casos, nos encontramos, de pronto, con una “multiplicidad de especializaciones que llevan hasta el último detalle el análisis de una actividad profesional muy específica; nuevos y nuevos rótulos y posibilidades, que crean una impresión de dispersión muy marcada y que sugieren, casi siempre con razón, que sus portadores desconocen todo lo ajeno al estrecho sendero de su propia parcela”<sup>53</sup>.

Como se vio anteriormente, “uno de los grandes riesgos que percibimos en la aproximación a la tarea es la especialización absoluta, con su consecuencia de aislamiento del desarrollo científico del contexto social. Pero no es el único, ya que un segundo riesgo de importancia es el de la generalización excesiva y la falta de profundidad”<sup>58</sup>.

Para redondear el concepto de ESPECIALIZACIÓN DISCIPLINARIA, podemos citar a Elechery cuando expresa lo siguiente: “valga el símil frente al caso de la especialización: un mundo despersonalizado dirigido por fríos técnicos que sólo conocen de su especialidad, fruto de estos señores parcializados de su pequeña área... quizás cambiando la formación de los profesionales, sacándolos de la estrechez especializante, ofreciéndoles una formación más amplia, más general... se pueda llegar a conformar una tarea interdisciplinaria”<sup>54</sup>.

Lo fundamental, para formar y generar Equipo Interdisciplinario e Interdisciplina, será necesario salir del aislamiento aún vigente y abocarnos al Trabajo en Equipo, sin “*saberes absolutos*”, sino en la búsqueda constante de modelos teóricos que permitan resolver los problemas que la realidad plantea.”<sup>57</sup>.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

3 - 5 - DISCIPLINA / PODER

Según lo expresado por Michael Foucault “disciplina quiere decir poder; la construcción de un esquema referencial común en un Equipo Interdisciplinario es básicamente un proceso grupal donde se dirimen cuestiones de poder y de identidad. *Una disciplina nos provee de un lenguaje que nos identifica con nuestros pares y nos diferencia del resto*”<sup>59</sup>.

El Trabajo en Equipo implica “repensar la territorialidad de nuestra práctica, reflexionando sobre ese lugar que nos *otorga* el saber. También implica reflexionar sobre el uso que hacemos de ese saber, tomar conciencia de que puede ser utilizado como factor de poder y control sobre los colegas y/o pacientes”<sup>60</sup>.

Haciendo mención al pensamiento de Manguaz: “es innegable que el control sobre el saber da poder, pero el punto de inflexión es cómo se usa, ya que de ello depende el destino de la tarea, del paciente y del profesional mismo”<sup>61</sup>.

De acuerdo con la concepción de Alicia Stolkiner, “toda disciplina quiere decir poder, y la construcción de un esquema referencial común en un Equipo Interdisciplinario es básicamente un proceso grupal donde se dirimen cuestiones de poder y de identidad, las dos son cuestiones muy fuertes. Una disciplina nos provee un lenguaje, y ese lenguaje nos iguala a nuestros pares y nos separa del resto”<sup>62</sup>.

A modo de explicación de lo anteriormente citado, podemos rescatar una anécdota de Alicia Stolkiner, a saber: “...siempre me acuerdo de cuando terminé el post grado de Salud Pública, un compañero de estudios, que era Belga y muy ácido, me dice: *ahora somos portadores de un lenguaje que solo conoce uno por mil de la población*; por ejemplo: *cuánta gente sabe cuál es la diferencia entre incidencia y prevalencia: nosotros*”<sup>63</sup>.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

Retomando con la relación Disciplina / Poder, Garmendia asegura que “la profesionalización tiende a inculcarnos que el resto de los conocimientos valen menos que el nuestro. La Interdisciplina, en este caso, tiene que ver con aperturas conceptuales y perceptuales relacionadas con vínculos y emociones, más que con voluntades. Esto no es fácil, pues están en juego no sólo identidades profesionales sino también personales. El juego de las validaciones es parte de la historia de las miradas disciplinarias. Cada una, así como cada relación humana, tiene sus propias formas y reglas. Tanto los conocimientos como las relaciones son circunstanciales, nada es fijo”<sup>64</sup>.

*“El afán totalizador es, de alguna forma, un enemigo epistemológico de la Interdisciplina. Así, el lugar del jugador interdisciplinario es, ante todo, un anti-lugar: móvil y fluctuante, creado según las contingencias, un ir y venir por diferentes perspectivas tratando de que la propia se respete, aunque no se imponga. La tolerancia por la indefinición, la afición por la incertidumbre, la actitud descentrada sobre el problema a tratar y respecto de los propios conceptos y marcos teóricos, lo hace un lugar subvertido, difícil de captar por la institución. Por ende, hasta puede llegar a considerarse desleal o peligroso”<sup>65</sup>.*

La Interdisciplina puede ser un espacio de encuentro para pulsar la incertidumbre común. Son los límites los que, irónicamente, pueden animarnos a trascenderlos.

“Convertirnos en expertos no es acercarnos a la sabiduría. Algunos autores creen, incluso, que los expertos son más peligrosos porque creen que ese conocimiento profundo que tienen de un campo restringido puede habilitarlos para opinar sabiamente en cuestiones relativas a otros saberes o, simplemente, al sentido común”<sup>66</sup>.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

Foucault critica las epistemologías que presenta el saber como producto exclusivo de la razón, “las cuales ayudan a asegurar nuestra condición de dominados al crear la ilusión de que el saber existe con independencia del poder; el contrario, existe un vínculo inquebrantable entre ambos”<sup>67</sup>.

La concepción de Foucault acerca del Poder - Saber supone que todas las formas del saber tienen una dimensión política. Precisamente la palabra disciplina connota una actitud mental de ortodoxia, como sería dejar fuera ciertos objetos empíricos, descartar ciertos métodos, ignorar otros paradigmas, oponerse a quienes transiten por un camino alternativo. Vistos así, saber y poder, ciencia y hegemonía, disciplina y ortodoxia se parecen bastante.

---

*“...lo imagino como un flujo de reciprocidades, donde el poder otorga legalidad a un paradigma científico, desde el cual se habrá de legitimar el poder...”*<sup>68</sup>.

---

El problema del poder siempre está en juego “cuando está de por medio la articulación disciplinaria. Por ello, la Multidisciplina resultó entonces una especie de propuesta de que cada uno se ocupe de su parcela del problema: ocúpese el cuentista social del problema social del aprendizaje, ocúpese el pedagogo del problema cognitivo, el psicólogo del problema emocional, el neurólogo del problema neurológico, etc.

Pero no va a ser así como será presentado por cada uno de ellos, porque cada una de las disciplinas se otorgará la solución del problema, en la medida en que ha trabajado, no en una conceptualización común del problema, en un plateo de una estrategia en común, sino en algo así como un recorte de aquella parte del problema que se supone es homolateral al objeto de cada disciplina, al objeto teórico con el cual trabaja cada especialidad”<sup>69</sup>.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

Vista también la falencia de esto, hay como un avance, que en realidad es plantearse la cuestión de lo Interdisciplinario, o lo Transdisciplinario. Como diría Rolando García, “...*el abordaje interdisciplinario en relación a problemas complejos, implica un movimiento en el cual las disciplinas deben proponerse la construcción de una conceptualización común del problema, y la construcción de una estrategia común de abordaje de este problema*”<sup>70</sup>.

Hay que tener siempre presente que, ante todo, “hay que saber lo que no se sabe. No se puede intentar explicar problemas complejos unidisciplinariamente. Uno no puede manejar o conocer todas las disciplinas, pero se debe tener la referencialidad de que hay otras disciplinas que dan cuenta también de esta problemática que uno aborda”<sup>71</sup>.

---

Fue Sócrates quién, “a través del diálogo desmitificó toda forma de discurso; cuando acepta la respuesta del zapatero sobre qué significa ser zapatero, le advierte: ... *muy bien, pero nunca confundir el mundo con una zapatería...*”<sup>72</sup>.

---



**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

### 3 - 6 - EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Se sabe que un Equipo Interdisciplinario (EID) es “un grupo de sujetos, que actúan con alguna lógica e incorporan lo subjetivo y lo intersubjetivo, junto a la rigurosidad de toda construcción dentro del campo científico. Al ser partícipe de un equipo debe desaparecer lo individual, lo que implica numerosas renunciaciones; la primera es la renuncia a considerar el saber de la propia disciplina y reconocer su incompetitud”<sup>73</sup>.

El Equipo Interdisciplinario debe ser “un grupo heterogéneo, conformado por profesionales que representan diversas disciplinas y, a la vez, homogéneo, porque está inmerso en un ámbito institucional específico”<sup>74</sup>.

Un equipo de dichas características es fundamental para tratar al sujeto como “*ser integral*”. Dicho equipo deberá estar conformado por:

- |                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| 1 - Neurólogo.     | 6- Terapeuta Ocupacional. |
| 2 - Kinesiología . | 7- Trabajador Social.     |
| 3 - Fonoaudiólogo  | 8- Psicopedagogo          |
| 4 - Psiquiatra     | 9- Geriatra.              |
| 5 - Psicólogo      | 10-Persona de Enfermería  |

La participación de un equipo con los profesionales mencionados permitirá:

- Determinar el factor causal.
- Estudiar las alternativas psico-patológicas.
- Obtener datos acerca de la personalidad del paciente; de la dinámica familiar, del tipo y grado de déficit lingüístico, de la musculatura afectada y de su grado de incapacidad.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

El éxito de una Colaboración Interdisciplinaria depende del nivel teórico-científico alcanzado por cada disciplina en cuestión.

El objetivo primordial del Equipo Interdisciplinario consiste en “ofrecer a la comunidad, dentro del núcleo en que se produce la necesidad, los servicios que desde los diversos aspectos profesionales, previenen, detectan y mejoran los distintos problemas o discapacidades, posibilitando además, la canalización para el tratamiento adecuado y el seguimiento de un programa de desarrollo individual para cada caso”<sup>75</sup>.

El equipo puede ofrecer más y mejores respuestas, ya que pueden detectar de forma más rápida y oportuna, por la interrelación que tienen sus miembros, sirviendo como una “mente común” que aporta una mirada completa e integradora a la vez, sin caer en los riesgos de la sectorización o atomización de la persona con discapacidad.

El Equipo Interdisciplinario no debe ser un reparto de irresponsabilidades, sino una organización, cuyo objetivo será aplicar la terapéutica adecuada, conforme la prioridad de las necesidades, con una participación jerarquizada y dinámica, variable de acuerdo a su evolución y al surgimiento de nuevas necesidades.

En el proceso de recuperación, el cual puede abarcar desde meses hasta años, participarán en forma continua estos profesionales y la persona que padece la patología junto a su familia.

Para redondear el tema, podemos mencionar una frase de Roger Bastide:

“... Lo importante es hallarse en posesión, más que de un lenguaje común, de un SUPRA LENGUAJE que cubra el conjunto de los vocabularios particulares y ofrezca los *géneros*, digámoslo así, en los que puedan integrarse las *especies* correspondientes a los distintos especialistas...”<sup>76</sup>.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

3 - 6 - A - El Equipo Interdisciplinario en la atención de pacientes portadores del Síndrome Neuro Lingüístico

Trabajar conformando un Equipo Interdisciplinario implica una verdadera relación *entre* disciplinas. Éstas, siendo autónomas, “tienden a ensamblarse con las demás siempre que sea necesario y sin ninguna artificialidad”<sup>77</sup>.

Con respecto a los trastornos neurológicos del lenguaje, ya que estos constituyen cuadros de gran complejidad, es importante que los mismos sean abordados desde diferentes áreas, por distintos profesionales que trabajen interdisciplinariamente.

“Formar un todo dinámico y eficiente entre el paciente, su familia y el equipo no parece ser tan arduo si se cuenta con:

- Instituciones dedicadas a tal fin que formen parte de un plan de salud.
- Una formación universitaria interdisciplinaria apropiada a la realidad del ejercicio profesional.
- Una base conceptual común acerca de la salud, la enfermedad, la acción terapéutica y la estructura de la relación terapéutica.
- Una conducta solidaria de ayuda recíproca y de respeto mutuo con el paciente y los demás miembros del equipo destacando la actividad grupal sobre la individual.
- Valorar en igual sentido los aportes de todos los integrantes del equipo en el camino de reconstruir la unidad del individuo con afasia”<sup>78</sup>.

La estrecha cooperación entre todos los terapeutas es necesaria, tanto así como el compromiso de familiares y personal de enfermería, para evitar confundir al paciente y asegurar que toda preparación para la función se está llevando a cabo a lo largo de líneas similares.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

El reforzamiento de principios y la repetición de secuencias específicas de movimientos “puede realizarse en situaciones reales en combinación con la reeducación del habla o de las habilidades perceptuales y durante las actividades que tienen que ver con la vida diaria”<sup>79</sup>.

Una de las ventajas de este método es la facilidad con que se mantiene un nivel de función debido a la forma en que se llevan a cabo las actividades diarias, sirviendo como “tratamiento” continuo. La manera en que el paciente se mueve cuando está sentado, cómo se viste, se pone de pie a partir de la sedestación, camina y sube escaleras, entre otras actividades, ayuda a reducir la espasticidad y mantiene o inclusive mejora el nivel que él ha alcanzado.

Ninguna decisión importante debe ser tomada por un profesional sin el consentimiento del grupo. “No se concibe la posibilidad de que un profesional resuelva con igual competencia todos los problemas que plantea el caso clínico”<sup>80</sup>; debido a que se pueden lograr mejores resultados cuando varios especialistas apropiadamente preparados estudian un mismo caso y deliberan entre sí la situación.

Los miembros del equipo deberán acostumbrarse a pensar y resolver en función del problema clínico y no sólo ateniéndose al marco de la propia especialidad.

“Si hay algo que un profesional tiene que saber es lo que no sabe”<sup>81</sup>; todo trabajo de carácter interdisciplinario enseña a omitir toda explicación completa; o sea, instruye a creer que uno, desde su saber disciplinario, no puede explicar la totalidad de un problema.

Es imprescindible “instrumentar la cooperación entre diferentes disciplinas para lograr una mirada ampliada, que permita organizar estrategias más adecuadas para abordar a los pacientes”<sup>82</sup>. Sin embargo, no alcanza con la sola participación de distintos especialistas

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

para que sus acciones resulten eficaces. Es fundamental constituir un equipo; esto significa ensamblar una diversidad de funciones organizadas para lograr un objetivo en común.

Para que un Equipo Multidisciplinario alcance una integración interdisciplinaria, es necesario que los profesionales “no trabajen en compartimientos estancos sino formando una red y así construir, entre todos, un saber compartido”<sup>83</sup>.

### 3 - 6 - B - Roles de los miembros del Equipo Interdisciplinario

El objetivo primordial de un equipo de neuro-rehabilitación “es lograr en cada paciente el mayor nivel de autonomía posible, en relación con la magnitud de su lesión neurológica y con sus características personales, para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y de relación social; al mismo tiempo deberá entrenarlo en aquellas técnicas o habilidades que le permitan en el futuro mantenerse saludablemente y en forma”<sup>84</sup>. En la actualidad, estos servicios deben comenzar tan pronto como sea posible después del daño neural.

El equipo neuro-rehabilitadora debe encargarse de:

- Potenciar las capacidades preservadas.
- Prevenir la atrofia muscular y posibles retracciones y deformidades.
- Promover el aprendizaje de nuevas habilidades y capacidades físicas perdidas o no desarrolladas previamente por el paciente.
- Hacer hincapié en el entrenamiento de las actividades de la vida diaria (AVD).

### Rol del Neurólogo

“El primer profesional que debe tratar los problemas de un paciente con trastornos neurológicos del lenguaje es el neurólogo”<sup>85</sup>. Su función en el equipo diagnóstico se refiere a la determinación del factor causal o etiológico. Debe evitar las pérdidas de tiempo que

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

son potencialmente peligrosas para el futuro del paciente y de esta manera prevenir modificaciones irreversibles o más extendidas del tejido nervioso afectado.

El neurólogo es el responsable del “tratamiento biológico de la enfermedad, por ser el primer profesional que toma contacto con el paciente; de las indicaciones que él determine dependerá el manejo del mismo y la intervención de otros profesionales”<sup>86</sup>.

### Rol de Kinesiólogo

El Terapeuta Físico es el encargado de explorar y rehabilitar el aparato motor. Además, contribuye, mediante la aplicación de técnicas físicas y ejercicios activos o pasivos, a prevenir complicaciones, a recobrar la capacidad motriz y al bienestar general del paciente.

Así lo explica Teran Bleinberg cuando expresa que “la neuro-rehabilitación física esta encaminada, con el empleo de los ejercicios físico, a elevar la capacidad de rendimiento físico del paciente, la formación y reeducación de las habilidades motrices, el mejoramiento de la postura corporal y la influencia positiva sobre los rasgos de la personalidad”<sup>87</sup>.

Al kinesiólogo le será indispensable “tener información sobre la personalidad del paciente como así también de las condiciones de desintegración del lenguaje”<sup>88</sup> para, de este modo, poder determinar que tipo de comunicación deberá establecer mientras efectúa su trabajo.

El rol del kinesiólogo se torna relevante en relación al déficit motor con respecto a la hemiplejía y/o hemiparesia.

El tratamiento kinésico no mejora la capacidad del paciente para hablar, en consecuencia deberá consultar con los profesionales que estén interviniendo, para así poder informarse - instruirse acerca de las modalidades de cómo tomar contacto con el paciente.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

### Rol del Fonoaudiólogo

Este profesional está encargado de realizar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los trastornos del lenguaje. En el diagnóstico se establecerá la desorganización de los códigos del lenguaje en cuanto a la elocución y comprensión, y de este modo se podrán delimitar los procesos fisiopatológicos sobre los cuales se actuará durante el tratamiento. Asimismo y tomando referencia de documentos elaborados por Azcoaga, “a partir de la exploración, el especialista del lenguaje podrá deslindar la capacidad de reserva de la que dispone el paciente para el futuro plan de tratamiento, pues será a partir de ella con la que trabajará y no con sus limitaciones”<sup>89</sup>.

Citando a Tsevtkova, el fonoaudiólogo “es el responsable de restablecer el lenguaje y la comunicación del paciente. Debe prevenir la desconexión y formas anómalas en la elocución (estereotipias verbales) propias de la afasia y, además, debe orientar al paciente, a la familia y a los demás integrantes del equipo en todo lo atinente a las nuevas modalidades de comunicación”<sup>90</sup>.

La intervención del fonoaudiólogo no se termina con la evaluación precoz del paciente y su presunción diagnóstica, sino que “involucra también a la familia del individuo, pues a nuestro criterio, la afasia no es una patología que sufre solo quien la padece, sino que se trata de una *enfermedad familiar*, puesto que su súbita irrupción en el seno de ésta desencadena reacciones particulares de todos sus integrantes desestructurando, de este modo, un funcionamiento familiar relativamente estable y generando conflictos de difícil resolución”<sup>91</sup>.

El fonoaudiólogo debe brindar al resto del equipo las indicaciones necesarias para comunicarse con el paciente de una manera óptima. De esta forma se evitarán malentendidos que puedan influir desfavorablemente en la recuperación del paciente con un cuadro afásico.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

Uno de los componentes principales asociados a la recuperación del lenguaje es el tiempo transcurrido entre la instalación de la patología y el inicio de la valoración diagnóstica y el tratamiento, pues existe una relación directa entre el éxito del mismo y su rápido inicio.

Los cuidados en la primera etapa de la afasia “tienen como finalidad prevenir el aislamiento del paciente, así como también cuidar las presiones de familiares y personal asistencial en cuanto al establecimiento de una comunicación que el paciente no esté en condiciones de afrontar”<sup>92</sup>.

Los objetivos generales “conciernen a la estimulación del interés por la comunicación, sea esta verbal o gestual, y a la restauración del equilibrio de la actividad combinatoria de los respectivos analizadores o de la actividad nerviosa superior en general, a fin de crear condiciones para el siguiente período evolutivo”<sup>93</sup>.

Con respecto a la terapia del lenguaje, se postula que el “objetivo principal del especialista en patología del lenguaje es establecer cuál es el medio de comunicación más efectivo a través del cual el individuo afásico puede relacionarse en forma inteligible con aquellos que lo rodean, asesorando también a la familia en cuanto a las técnicas para mejorar el potencial de comunicación”<sup>94</sup>.

#### Articulación Interdisciplinaria entre el Kinesiólogo y el Fonoaudiólogo

Se torna imprescindible, para un buen abordaje integral e integrado, el conocimiento de estrategias específicas por parte del kinesiólogo, las cuales podrán ser brindadas por el fonoaudiólogo para el logro de una mejor *calidad comunicativa* con el paciente y un aprovechamiento terapéutico óptimo. Asimismo, el kinesiólogo podrá y deberá ofrecer al fonoaudiólogo todas aquellas técnicas necesarias para mejorar el control postural, cefálico, reducir la espasticidad, entre otras maniobras.



**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

Rol del Personal de Enfermería<sup>95</sup>

El enfoque general es uno de los objetivos de los cuidados de enfermería; el cual consiste en mantener las funciones actuales, previniendo complicaciones y un mayor deterioro, y restaurar las funciones perdidas por lesiones.

Dentro de una vista más estructurada, las funciones del personal de enfermería, con respecto a este tipo de paciente, son: desarrollar un plan de asistencia con y para el paciente y su familia, coordinar la asistencia del personal sanitario, realizar una evaluación continuada de los progresos del paciente hacia los objetivos, proporcionar la asistencia médico-quirúrgica que requiera el paciente, etcétera.

Los profesionales de enfermería de rehabilitación neurológica actúan como consultores, asistentes primarios, encargados, administradores, educadores e investigadores. El lugar de actuación va desde las unidades de cuidados intensivos a los centros de rehabilitación o servicios domiciliarios, coordinando los diferentes aspectos de la asistencia y del plan de alta médica.

Rol del Psiquiatra

Hay cierta imprecisión en cuanto a las áreas cubiertas por la labor del psiquiatra y del psicólogo en el equipo diagnóstico y cabe mencionar que son muy pocos los que se han interesado en este campo de trabajo afasiológico.

El psiquiatra atiende lo antes posible “tres áreas importantes:

- Personalidad previa.
- Ámbito familiar y social.
- Modo de responder a la enfermedad.

Se estima que uno de los factores determinantes de esa depresión es neurológico y se lo vincula con la lesión del hemisferio izquierdo”<sup>96</sup>.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

También hay factores psicológicos que contribuyen a esa depresión como lo que representa para el afecto la imposibilidad de comunicarse, el trato que se dispensa al paciente cuando se percibe su dificultad en la comunicación y se supone que el problema es más que del lenguaje y otros.

El psiquiatra debe actuar “desde el primer momento en el estudio diagnóstico del paciente y aplicar recursos clínicos para ahondar en el conocimiento de las alteraciones psicopatológicas suscitadas por el cuadro”<sup>97</sup>.

**Rol del Psicólogo**

Su función complementa el trabajo del profesional psiquiatra. Como se mencionó anteriormente, “se deberá tener en cuenta la personalidad previa, el marco familiar y social y el modo de responder a la patología”<sup>98</sup>.

Los psicólogos abordaran éstas áreas mediante entrevistas a los familiares, a los miembros del Equipo Interdisciplinario intervinientes y, en la medida de lo posible, al mismo paciente. Para ello, deberán “advertir las limitaciones del paciente y de sus propias limitaciones como profesional, ya que solo podrán apoyarse en las técnicas de comunicación verbal”<sup>99</sup> aportadas, oportunamente, por el fonoaudiólogo.

El diagnóstico de los aspectos antes mencionados “no pueden verse frustrados por la restricción al recurso verbal; se hace indispensable desarrollar y aplicar otras técnicas de exploración diagnóstica”<sup>100</sup>.

Los roles del psiquiatra y del psicólogo cobran significación en relación a los aspectos psicológicos de los pacientes afásicos que “tienen dos grandes vertientes:

- Las manifestaciones reactivas, emocionales que los individuos experimentan debido a su repentina pérdida del lenguaje. Tales manifestaciones son el negativismo,

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

ansiedad, regresión, egocentrismo e infantilismo, daño a la autoestima, soledad y aislamiento, labilidad emocional, reacciones catastróficas, agresividad, vergüenza y culpa, dependencia y pasividad, desinhibición.

– Otras son las manifestaciones neuroconductuales. Las lesiones cerebrales que provocan alteraciones del lenguaje también pueden inducir cambios del comportamiento, ligados a la localización de la lesión. Ellas son reacciones catastróficas, reacciones de indiferencias, anosognosia, depresión e hipomanía”<sup>101</sup>.

Las reacciones psicológicas de estos pacientes están determinadas por “la severidad y la duración de los problemas ligados a la afasia y a las limitaciones físicas que la acompañan. También pueden influir la edad, la profesión, el estatus social, la situación financiera, la importancia que se le otorgue al lenguaje, el nivel intelectual del sujeto, el hecho de que posean o no conocimientos sobre la afasia, las reacciones de las personas significativas de su entorno, sus valores, sus creencias religiosas, etcétera”<sup>102</sup>.

Estas manifestaciones o reacciones pueden aumentar o disminuir según la importancia y la duración de las secuelas, la reacción del medio, el apoyo que éste puede ofrecerle, la responsabilidad del equipo de rehabilitación y los medios con los que el paciente puede contar todavía.

**Rol del Terapeuta Ocupacional<sup>103</sup>**

Este terapeuta interviene en la recuperación de hábitos cotidianos y exploración de las condiciones profesionales o laborales; mediante la estimulación, corrección y compensación de trastornos en la esfera intelectual, psicomotriz y orientación, a fin de formar y desarrollar hábitos y habilidades necesarias para el desempeño independiente y su integración socio-laboral.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

### Rol del Trabajador/a Social

El Trabajador/a social es un “individuo encargado/a de recolectar datos sobre el medio familiar, social, laboral y económico del paciente”<sup>104</sup>.

El Trabajo Social es “una profesión que, dentro del campo de las ciencias sociales, interviene a partir de las necesidades, demandas, intereses y reivindicaciones; o sea, en las problemáticas sociales”<sup>105</sup>.

El Trabajo Social “presenta un grado de dependencia de cómo se articula la relación Estado – Sociedad. Los trabajadores sociales se han desempeñado históricamente en diferentes espacios públicos, siendo el espacio privado el de menor relevancia”<sup>106</sup>.

### Rol del Geriatra<sup>107</sup>

El geriatra controla clínicamente el estado de salud general del paciente, es el médico clínico de cabecera. El médico geriatra se ocupa tanto del envejecimiento normal como del patológico.

La enfermedad cerebro vascular es una de las principales causas de invalidez y morbi-mortalidad; su incidencia corresponde a la segunda mitad de la vida (entre 50 y 70 años) siendo los ancianos el grupo más frecuentemente afectado. El 90% sufren secuelas que limitan la autonomía del individuo en las actividades de la vida diaria, generando una gran demanda de cuidados.

### La Familia del paciente afásico

La pérdida súbita de la capacidad de comunicación “perturba el sistema de interacción familiar. La repercusión de la afasia en la familia pone en juego el equilibrio familiar, se producen cambios en el comportamiento de todos sus integrantes, genera ansiedad y se pierden las formas de comunicación conocidas”<sup>108</sup>.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

La familia del paciente afásico suele mostrar una “angustia desmedida o, por el contrario, suele mostrarse demasiado optimista, minimizando sus limitaciones y no comprendiendo que la lesión, además de afectar a la comunicación verbal o al movimiento, afecta a todo su ser”<sup>109</sup>.

Una de las consecuencias más importantes de las afasias es la dificultad de conservar el rol familiar, laboral y social. El papel ocupado por cada sujeto en la pareja y en el trabajo se ven gravemente afectados. La repercusión en este aspecto depende del grado de afección de la capacidad de comunicación y de la situación pre-mórbida.

La incorporación de la familia en el proceso de rehabilitación nos parece crucial no solamente en el ámbito de la comunicación, sino también en todo el proceso interactivo entre equipo de salud - paciente - familia.

En cuanto al aspecto social, el mundo del paciente afásico es restringido. Durante los primeros meses que siguen al accidente cerebro-vascular, las consultas, los tratamientos, cuidados y reposo, reemplazan las horas que antes eran dedicadas al trabajo, las reuniones sociales, los deportes, la lectura, la distracción, etcétera.

El paciente afásico frecuentemente “evita el contacto con los demás. Las reuniones de amigos-visitas son pocas frecuentes; se interrumpen las actividades recreativas, la participación en clubes, entidades religiosas, etcétera. Los amigos, compañeros de trabajo, vecinos y ciertos familiares pueden llegar a sentirse incómodos ante los problemas de comunicación del paciente y, por lo tanto, tratar de evitar el contacto”<sup>110</sup>.

Para el individuo afásico, lograr la reinserción social significa planificar sus actividades y aprender a diferenciar cuáles de ellas aún son posibles de realizar, teniendo en cuenta sus limitaciones y sus posibilidades - capacidades.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

En relación al aspecto laboral, generalmente las personas afásicas anhelan reanudar a sus actividades anteriores al accidente cerebro vascular; muchas veces esto no es factible, o al menos no lo es si lo que se pretende es que el individuo afásico ejerza su ocupación anterior del mismo modo que lo hacía antes. Sus secuelas neurológicas y motoras condicionan su reinserción laboral.

La sociedad ofrece cierta resistencia a integrar en su seno a personas diferentes de la mayoría. La persona afásica es un ser *distinto* a los demás y esto hace que integrarse en una sociedad que sobre valoriza la velocidad en la eficiencia (hacer bien muchas cosas al mismo tiempo) resulte difícil.

Las posibilidades de reinserción laboral varían según el tipo de actividad en particular y de la relación entre dicha actividad y el tipo de secuela. Una secuela que puede ser limitante para desempeñar un determinado tipo de actividad, puede no serlo para otra.

No es posible considerar el tratamiento como algo que puede hacerse solo durante una (1) o dos (2) horas o en unas pocas sesiones. “El sistema nervioso responde al trabajo sistematizado y no a terapéuticas esporádicas. El proceso de rehabilitación física se basará en la sistematicidad, la progresividad y la intensidad de cada sesión. Irá dirigido a cuestiones específicas para intentar activar los diferentes órganos y sistemas del organismo. Esto permite explotar sus recursos morfofuncionales a través del ejercicio físico y los factores ambientales, naturales o artificiales, que en muchos tratamientos generan potentes efectos sobre el organismo humano, superiores (en algunos casos) a determinados fármacos”<sup>111</sup>.

3 - 7 - ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

Se puede definir Accidente Cerebro Vascular (ACV) “como una alteración de los vasos sanguíneos cerebrales, caracterizada por la oclusión debida a un émbolo o a una hemorragia cerebro vascular que produce isquemia de los tejidos cerebrales habitualmente perfundidos por los vasos afectados”<sup>112</sup>.

El Ictus, sinónimo de accidente cerebro vascular, “es una definición puramente clínica, de acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud). Quedan incluidos en esta definición la mayoría de los casos de infarto cerebral, hemorragia cerebral y hemorragia subaracnoidea, pero son deliberadamente excluidos aquellos casos en los que la recuperación se produce dentro de las 24 horas. Estos últimos casos son denominados Ataques Isquémicos Transitorios (AIT)”<sup>113</sup>.

El Ictus, según Azcoaga, “es, sin duda, la causa más común de incapacidad neurológica en la población adulta. Es responsable de alrededor de la cuarta parte de las muertes en los países desarrollados y en gran medida de la discapacidad en la ancianidad”<sup>114</sup>.

Del total de los pacientes que sufran un Ictus, “alrededor de un tercio morirá, un tercio sobrevivirá con discapacidad severa y el resto hará una buena recuperación con independencia funcional”<sup>115</sup>. El comienzo es usualmente repentino con deficiencia máxima, de modo que el *choque* es extremo para el paciente y sus familiares.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

3 - 7 - A - TIPOS DE ICTUS<sup>116</sup>

A continuación se detallarán los dos tipos de Accidentes Cerebro Vasculares (ACV) más importantes en relación al origen del Síndrome Neuro Lingüístico (SNL).

### 1) Isquémico

La causa más común de Ictus es la obstrucción de una de las arterias cerebrales principales (media, posterior y anterior, en ese orden) o de sus ramas perforantes menores a las partes más profundas del cerebro.

Los Ictus del tronco cerebral, originados por enfermedad en las arterias vertebral y basilar, son menos comunes. Alrededor del 70 a 75% de todos los Ictus se deben a oclusión, tanto como resultado de ateroma en la arteria misma como secundaria a embolia, arrastrados a partir del corazón o de vasos enfermos del cuello. El paciente generalmente no pierde el conocimiento, pero puede quejarse de dolor de cabeza y se desarrollan rápidamente síntomas de hemiparesia y/o disfasia. La hemiplejía es flácida inicialmente, pero en el término de unos pocos días deja lugar al tipo espástico típico.

La arteria cerebral media irriga la mayor parte de la convexidad del hemisferio cerebral e importantes estructuras profundas, de modo que se produce una intensa hemiplejía contralateral que afecta el brazo, cara y pierna (hemiplejía fascio - braquio - crural). A menudo está afectada la radiación óptica, conduciendo a una hemianopsia homónima contralateral y puede haber una pérdida de sensibilidad de tipo cortical.

La afasia puede ser severa en las lesiones del hemisferio izquierdo y puede existir negación del lado contralateral. En las lesiones del hemisferio derecho, la injuria parietal puede llevar a alteraciones de la visión espacial. Si la parte principal de la arteria cerebral media no es afectada, pero sí lo es una de sus ramas distales, los síntomas serán menos graves.



**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

Los síntomas más prominentes que siguen a una oclusión de una arteria cerebral posterior son visuales. Los infartos bilaterales pueden seguirse de alteraciones más complicadas de la interpretación visual o ceguera completa. La arteria cerebral posterior irriga también gran parte de la cara medial del lóbulo temporal y el tálamo, de modo que los Ictus pueden afectar la memoria y las modalidades sensitivas contralaterales. La arteria cerebral anterior irriga la cara interna del lóbulo frontal y una banda parasagital de corteza que se extiende hacia atrás hasta el lóbulo occipital. En consecuencia, la oclusión de esta arteria origina monoplejía contralateral que afecta la pierna, pérdida sensitiva cortical y en ocasiones anormalidades del comportamiento asociadas con daño del lóbulo frontal.

La oclusión de las arterias vertebrales, o de la basilar y sus ramas, es potencialmente mucho más perjudicial, ya que el tallo cerebral contiene centros que controlan funciones tan vitales como la respiración y la presión sanguínea. Los núcleos de los nervios craneales están agrupados en el tallo cerebral y en las vías piramidal y sensitivas que corren a través de él. En consecuencia, el daño isquémico cerebral puede ser en sí mismo una amenaza para la vida, y si el paciente sobrevive, puede quedar severamente incapacitado por parálisis de nervios craneales, tetraplejía espástica y pérdida sensitiva. Habiendo dicho esto, sin embargo, la recuperación después del Ictus que afecta al tallo cerebral es a menudo gratificadamente completa.

## 2) Hemorrágico

Alrededor del 5 al 10% de los Ictus son causados por hemorragias en las partes profundas del cerebro. El paciente es usualmente hipertenso, condición que lleva a un tipo particular de degeneración conocidos como lipohialinosis en las pequeñas arterias penetrantes del cerebro. Las paredes arteriales se debilitan y, como resultado, se desarrollan pequeñas hernias o micro aneurismas. Estas pueden romperse y el hematoma resultante

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

puede extenderse, por separación de planos, en la sustancia blanca hasta formar una lesión masiva. Los hematomas se producen usualmente en las partes profundas del cerebro y afectan, por lo general, el tálamo, núcleo lenticular y cápsula externa, y con menos frecuencia el cerebelo y la protuberancia. Pueden romperse en el sistema ventricular y esto es a menudo, rápidamente fatal. El comienzo habitualmente es *espectacular* con cefalea intensa, vómitos y, en alrededor del 50% de los casos, pérdida del conocimiento.

La autorregulación vascular normal se pierde en la vecindad del hematoma y, ya que la lesión en sí puede tener un volumen considerable, la presión intracraneal a menudo se eleva abruptamente. Si el paciente sobrevive al Ictus inicial, pueden presentarse a continuación signos profundos de hemiplejía y hemisensitivos. Un defecto visual puede ser evidente. El pronóstico inicial es grave, pero aquellos que comienzan a recobrase a menudo lo hace sorprendentemente bien, mientras el hematoma se reabsorbe, presumiblemente debido a que se destruyen menos neuronas que en los ataques isquémicos graves. Ocasionalmente, el drenaje quirúrgico temprano puede tener éxito notable, en particular cuando el hematoma está en el cerebelo.

Los pacientes más jóvenes, normotensos, sufren a menudo hematomas espontáneos intracerebrales a partir de un defecto congénito subyacentes de los vasos sanguíneos. Tales anomalías son comúnmente Malformaciones Arterio - Venosas (MAV). Pueden demostrarse angiográficamente áreas circunscriptas de vasos dilatados y de pared delgada.

Los pacientes con MAV están expuestos a nuevos sangrados posteriores y, cuando es posible, se lleva a cabo la extirpación quirúrgica.

### 3 - 7 - B - POBLACIÓN CON PREDISPOSICIÓN AL ICTUS

Una vez que se produjo el Ictus, las neuronas quedan dañadas irreparablemente, pero existe una zona fronteriza alrededor del infarto donde neuronas que no están funcionando

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

pueden ser aún viables si puede se puede restaurar un adecuado aporte de sangre. En la actualidad no existe una forma segura de hacerlo, de modo que la atención se ha concentrado en tratar de definir en la población normal aquellos sujetos que corren riesgo de sufrir un Ictus antes de que presenten signos de compromiso circulatorio cerebral.

Los factores de riesgo serían luego sujetos a tratamiento en la esperanza de prevenir la producción del Ictus; los cuales son:

- 1 - Hipertensión arterial.
- 2 - Diabetes mellitus.
- 3 - Anormalidades cardíacas.
- 4 - Hiperlipidemia.
- 5 - Hábito de fumar / tabaquismo.
- 6 - Herencia.
- 7 - AIT (ataques isquémicos transitorios).
- 8 - Soplo cardíaco.
- 9 - Píldoras anticonceptivas con estrógenos.
- 10 - Hematocrito elevado.
- 11 - Sedentarismo.

3 - 8 - PROCESOS NORMALES DEL LENGUAJE Y DEL HABLA<sup>117</sup>

3 - 8 - A - El Lenguaje

El lenguaje verbal es un código arbitrario que asocia en forma simbólica sonido y significado en patrones que son elaborados y comprendidos, por los miembros de una comunidad lingüística. La noción de un *código* implica que el lenguaje verbal comprende numerosos símbolos y normas que son únicos para un lenguaje específico. Si bien la lectura y la escritura implican procesos del lenguaje, la forma escrita de un lenguaje en general deriva de su forma hablada. El lenguaje verbal se puede dividir en cuatro categorías: fonología, semántica, sintaxis y pragmática.

A) Fonología: la fonología comprende el área del estudio de la expresión verbal que se trata sobre las relaciones entre los sonidos. El ser humano es capaz de producir muchos sonidos diferentes, pero sólo unos pocos se emplean como sonidos del habla.

B) Semántica: la semántica se refiere al estudio de las unidades lingüísticas de significado. Durante la niñez, aprendemos que ciertas secuencias de sonidos simbolizan en forma coherente significados específicos. A medida que maduran los sistemas del lenguaje infantil, aumenta la cantidad y especificidad del vocabulario. Por ejemplo, un niño inicialmente puede nombrar *perro* a todos los animales. Sin embargo, con el tiempo, el nombre *perro* se adjudicará a un animal específico y se agregarán a su vocabulario diferentes palabras referidas a otros animales (gato, caballo, ratón, etcétera).

En el lenguaje de los adultos normales, las palabras adecuadas se seleccionan y se emiten en forma rápida, aproximadamente 160 a 180 palabras por minuto.

C) Sintaxis: la sintaxis se refiere a las reglas empleadas para establecer relaciones entre estructuras de palabras en la formación de frases y oraciones. Estas reglas son

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

complejas y numerosas. Por ejemplo, un cambio en el orden de una palabra puede dar lugar a un cambio en el significado (*el perro mordió al niño* versus *el niño mordió al perro*).

D) Pragmática: la pragmática se refiere a las reglas concernientes a la función del lenguaje en el contexto social. Las reglas de la pragmática también se aplican a las estrategias del diálogo y a las interacciones de la conversación que se producen en la comunicación humana. Este campo de estudio, relativamente nuevo, está recibiendo una atención cada vez mayor en las investigaciones del lenguaje adulto e infantil.

### 3 - 8 - B - El Habla

Poder intercambiar palabras es una necesidad básica del ser humano. Genéticamente nos es dado emplear el aire que respiramos, las cuerdas vocales, la laringe, el velo el paladar, la lengua, las mejillas, los dientes y labios no sólo para respirar o ingerir alimentos, sino también para articular sonidos que forman el habla. El sistema respiratorio es el responsable de la generación de la presión aérea subglótica por debajo de las cuerdas vocales. Esta presión se mantiene o varía según el nivel de intensidad sonora que el hablante o locutor desee lograr.

Aprendemos nuestra lengua materna de forma completamente inconsciente y automática. Imitamos sonidos y conexiones de sonidos que oímos. Poco a poco relacionamos los objetos o las actividades con dichos sonidos, construyendo de modo progresivo nuestro vocabulario.

Un bebé o un niño, en sus primeros intentos de imitar un sonido, resulta algo disártrico, es decir, la articulación no es perfecta. Como otros movimientos corporales, también éste va a necesitar muchas repeticiones de componentes que deberán estar perfectamente coordinados en el tiempo en patrones de movimientos, y estos, a su vez, deberán estar coordinados con la respiración, pues sin ésta no es posible hablar.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

El volumen o intensidad del habla aumenta en relación con el aumento de la presión subglótica de aire. Como la emisión promedio varía poco en intensidad, el mecanismo respiratorio debe asegurar que se mantenga un nivel relativamente constante de presión aérea subglótica durante toda la emisión, aún cuando cambie el nivel del volumen pulmonar y varíen los aportes relativos de las fuerzas elásticas de las estructuras pulmonares, del tórax y de los músculos espiratorios e inspiratorios. Esta interacción entre la actividad muscular y el nivel del volumen pulmonar durante el habla ha sido intensamente estudiada y se le resume de la siguiente forma: la cantidad de presión muscular necesaria en un momento determinado durante el habla depende de la presión alveolar o subglótica necesaria y de la presión de relajación disponible para el volumen pulmonar existente.

### 3 - 8 - C - Aspecto Neurofisiológico

Para formar fonemas se utiliza una actividad neuromuscular determinada. Para formar sílabas uniendo distintos fonemas se emplea una actividad neuromuscular con una determinada inervación recíproca. Para formar palabras a partir de la unión de sílabas se coordinan distintos componentes de movimiento. Para formar frases, es decir, una sucesión de palabras, se emplea una sucesión de componentes de movimiento.

La afasia y la apraxia a menudo se presentan combinadas. En distintas formas de afasia, los afectados no logran mantener la sucesión correcta de sílabas.

Algunas personas con apraxia no logran mantener la sucesión de los componentes de movimientos. Por ejemplo, algunos elevan el hombro, abren la mano y luego extienden el codo para coger un vaso que tienen delante, en vez de extender en primer lugar el codo, levantar el hombro y, un instante antes de tocar el vaso, abrir la mano.

### 3 - 9 - AFASIA

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

### 3 - 9 - A - Etapas de la afasia

Ante todo, el Doctor Juan Azcoaga define afasia como “ la incapacidad de utilizar el lenguaje como medio de comunicación y como medio de representación simbólica: el sujeto no puede expresarse oralmente o por escrito de manera inteligible, o deja de descifrar los mensajes que recibe en forma de lenguaje hablado o escrito”<sup>118</sup>.

#### 1 - Período agudo

En este período, el paciente deberá estar internado, su duración puede estimarse desde unas horas hasta algunas semanas. “En esta etapa se observa una acentuada inhibición de las funciones del lenguaje y una escasa posibilidad de comunicación. Teniendo en cuenta la extremada labilidad de las condiciones básicas para el reaprendizaje, lo más aconsejable es realizar un seguimiento diario del paciente para registrar anomalías, jerarquizar los síntomas y precisar el momento de inicio de un tratamiento regular”<sup>119</sup>.

En esta etapa se debe prevenir el aislamiento del paciente, como así también protegerlo de las presiones familiares y personal asistencial en cuanto al establecimiento de una comunicación que el paciente no está en condiciones de afrontar. “Si esta situación no se controla es común que termine en estereotipias si el paciente intenta expresar algo con los recursos que dispone. Tales estereotipias son muy difíciles de erradicar en períodos posteriores”<sup>120</sup>.

## 2 - Período subagudo

Este período puede durar algunas semanas o meses; el paciente puede estar internado o no. Comienza a manifestarse una relativa estabilización de los síntomas clínicos y, por lo tanto, es el momento en que se deberá llevar a cabo el re-aprendizaje.

En este momento, según lo explica Dalmas, se debe intentar “lograr la re-adaptación del paciente teniendo en cuenta la personalidad premórbida el tipo de trastorno del lenguaje, las dificultades motoras”<sup>121</sup>, entre otras anomalías.

## 3 - Período de estado

Esta fase se caracteriza por una “estabilización de los síntomas, tanto del cuadro clínico general, determinante del trastorno del lenguaje, como de éste mismo. Su transcurso es alrededor de uno a tres años”<sup>122</sup>.

Es este el momento en donde se debe realizar un diagnóstico complejo y jerarquizado, y así elaborar un nuevo plan de tratamiento. “Se trabajará de un modo definido en la recuperación del lenguaje y en la re-estructuración de los códigos lecto-escrito y matemático”<sup>123</sup>.

A lo largo de este período se deben poner en práctica las actividades terapéuticas de cada uno de los miembros del equipo.

## 4 - Período secuelar

Se define después de un año o más, “pero lo que marca el período de secuela no es el tiempo que lo separa del inicio del trastorno del lenguaje, sino la estabilización y la irreversibilidad de los síntomas. El terapeuta advierte que no hay progresos y no logra modificar la situación del paciente”<sup>124</sup>.

El objetivo de este período es lograr la “*máxima*”reinserción laboral y socio-familiar.



**3 - 9 - B - Tratamiento del Paciente Afásico**

El tratamiento de una persona afásica, en el afán de obtener los mejores resultados posibles, debe ser de carácter interdisciplinario y estar adecuado tanto en calidad como en intensidad.

Donoso Santander opina que “el tratamiento fonoaudiológico es el principal en un paciente afásico, pues favorece la recuperación del lenguaje y la comunicación; apenas el paciente recupera la conciencia tiene deseos de comunicarse; es allí cuando debe indicarse dicho tratamiento. La atención temprana es fundamental”<sup>125</sup>.

El momento apropiado para realizar el tratamiento fonoaudiológico corresponde a “menos de un mes desde el inicio del accidente cerebro vascular. La rehabilitación de la afasia es un proceso lento y costoso que requerirá la colaboración del terapeuta, del paciente y de la familia del mismo”<sup>126</sup>.

El familiar más cercano debe conocer claramente el problema y saber qué se puede esperar de la rehabilitación. Es fundamental no dar expectativas que no se puedan cumplir. Además es primordial “moderar y/o evitar falsas expectativas del paciente o de la familia acerca de una pronta y total recuperación. Estos principios ayudan a precaver reacciones de ansiedad y depresión”<sup>127</sup>.

La terapia debe tener objetivos claros y firmes. En la elaboración de los mismos se deben tener en cuenta las necesidades e intereses del paciente afásico, sin olvidar cuales son las capacidades y posibilidades del paciente para manejar y orientar sus energías - ansiedades hacia la recuperación.

En cuanto a la organización de la terapia, es necesario aclarar que no existen métodos generales para la rehabilitación del paciente afásico; “se debe buscar el mejor método para cada paciente. Se debe crear para cada paciente un programa individual, específico y diferenciado”<sup>128</sup>. Los métodos empleados deben ser valorados constantemente, para poder modificarlos o sustituirlos en función del resultado.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

El paciente afásico requiere de todo el esfuerzo humano y profesional posible, orientado no solo a la recuperación del lenguaje y algunas otras funciones, sino a todo lo que corresponda a su integridad como persona.

### 3 - 9 - C - MODALIDADES DE ATENCIÓN

En nuestro país, la atención que reciben los pacientes afásicos puede ser pública (hospitalaria) o privada (sanatorio, consultorio o domicilio particular).

La atención hospitalaria se brinda a través de los diferentes servicios del hospital: neurología, psiquiatría, kinesiología, fonoaudiología, etc. Además, “existen algunas instituciones hospitalarias con equipos interdisciplinarios especializados en afasia, pero en la mayoría de los casos los servicios deben atender variadas patologías y no pueden ofrecer al paciente la cantidad de sesiones que necesita”<sup>129</sup>. La atención del paciente comienza en el hospital durante la internación y puede continuar en el consultorio externo una vez que el paciente deje el hospital.

Los beneficios de este tipo de atención son:

- Los bajos costos del tratamiento.
- La interdisciplinariedad.

Por otra parte, la atención privada puede brindarse en establecimientos especializados de afasia. El paciente recibe el tratamiento requerido con la intensidad necesaria, pero los costos suelen ser elevados.

El consultorio profesional es otra forma de atención privada. Los sistemas de salud cuentan con profesionales de distintas especialidades pero lamentablemente, según Tsevtkova “la cobertura para los tratamientos de rehabilitación es mínima, dada la cantidad de sesiones anuales que cubren tanto la medicina prepaga como las obras sociales no resultan suficientes para cumplir con la intensidad requerida en el tratamiento de la afasia”<sup>130</sup>.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

La constitución del Equipo de Salud “es dificultosa por las condiciones actuales de América Latina (con escasos recursos y concentración de profesionales en las grandes ciudades)”<sup>131</sup>. Por eso, aunque el equipo no se pueda conformar, el profesional que atiende a ese paciente debe conectarse con otros profesionales aunque trabajen en instituciones muy diversas y/o distantes. Lo importante es formar lazos sólidos para dar respuestas claras al paciente.

Como se aclaró anteriormente, la efectividad del método de trabajo tiene su basamento en que el sistema nervioso no responde a terapéuticas esporádicas, ni a sesiones de 2 o 3 horas semanales. Las características de los procedimientos terapéuticos de neuro-rehabilitación se basan en el principio de la intensidad y la sistematicidad de los mismos.

La actividad asistencial neuro-rehabilitadora está regida mediante “protocolos para las diferentes líneas de trabajo y se lleva a cabo mediante programas. Además de los generales o básicos, se desarrollan programas funcionales específicos que aportan mejoras cualitativas en diferentes ámbitos de la salud y de la adaptación de las personas afectadas por la discapacidad física de origen neurológicos”<sup>132</sup>.

La rehabilitación de funciones superiores está dirigida a “optimizar la recuperación de las funciones superiores afectadas, así como facilitar estrategias alternativas que puedan compensar las secuelas cognitivas (memoria, atención, percepción, lenguaje, etcétera) y conductuales y, como consecuencia, mejorar la calidad de vida de dichas personas. La rehabilitación de funciones superiores incluye, además del tratamiento neuropsicológico, la orientación y el apoyo a la familia”<sup>133</sup>.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

La valoración neuro-rehabilitadora especializada es una evaluación que realiza el Equipo Interdisciplinario al paciente afectado por lesión neurológica en fase aguda o crónica, con el objetivo de establecer las pautas de trabajo.

Según los diferentes criterios comprobados, la rehabilitación de los pacientes con afecciones neurológicas se define como *“un conjunto de tratamientos mediante el cual una persona incapacitada se coloca mental, física, ocupacional y laboralmente en condiciones de desenvolverse lo más normal posible en su medio social. Su aplicación abarca un campo muy amplio que comprende tanto la atención médica especializada, como la terapia psicológica, ocupacional y la rehabilitación neurológica”*<sup>134</sup>.

# **OBJETIVOS**

## **4 – OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Analizar las concepciones que poseen los Fonoaudiólogos acerca de la labor interdisciplinaria y de la importancia del desempeño kinésico en el tratamiento conjunto en pacientes portadores de Síndrome Neuro Lingüístico (SNL) originados por Accidente Cerebro Vascular (ACV).

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1 -Determinar si se realiza Trabajo Interdisciplinario durante el abordaje de pacientes portadores de Síndrome Neuro Lingüístico (SNL) ocasionados por Accidente Cerebro Vascular (ACV), entre fonoaudiólogos y kinesiólogos.

2 -Precisar la concepción del fonoaudiólogo acerca de los componentes que hacen al Trabajo Interdisciplinario (Trabajo en Equipo, Intencionalidad, Flexibilidad, Cooperación Recurrente y Reciprocidad).

3 -Registrar el conocimiento que poseen los fonoaudiólogos con respecto a la labor kinésica en pacientes portadores del Síndrome Neuro Lingüístico (SNL) ocasionados por Accidente Cerebro Vascular (ACV).

## **5 - MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS**

### **TIPO DE ESTUDIO:**

El presente trabajo constituye una investigación de campo. El objeto de estudio fue analizar las opiniones de fonoaudiólogos acerca de la perspectiva que poseen en lo que respecta al Trabajo Interdisciplinario y al desempeño de Kinesiólogos, en pacientes portadores del Síndrome Neuro Lingüístico (SNL) originados por Accidente Cerebro Vascular (ACV).

### **SUJETO DE ESTUDIO:**

Fonoaudiólogos y Licenciados en Fonoaudiología.

### **ÁREA DE ESTUDIO:**

Localidad de Rosario, provincia de Santa Fe.

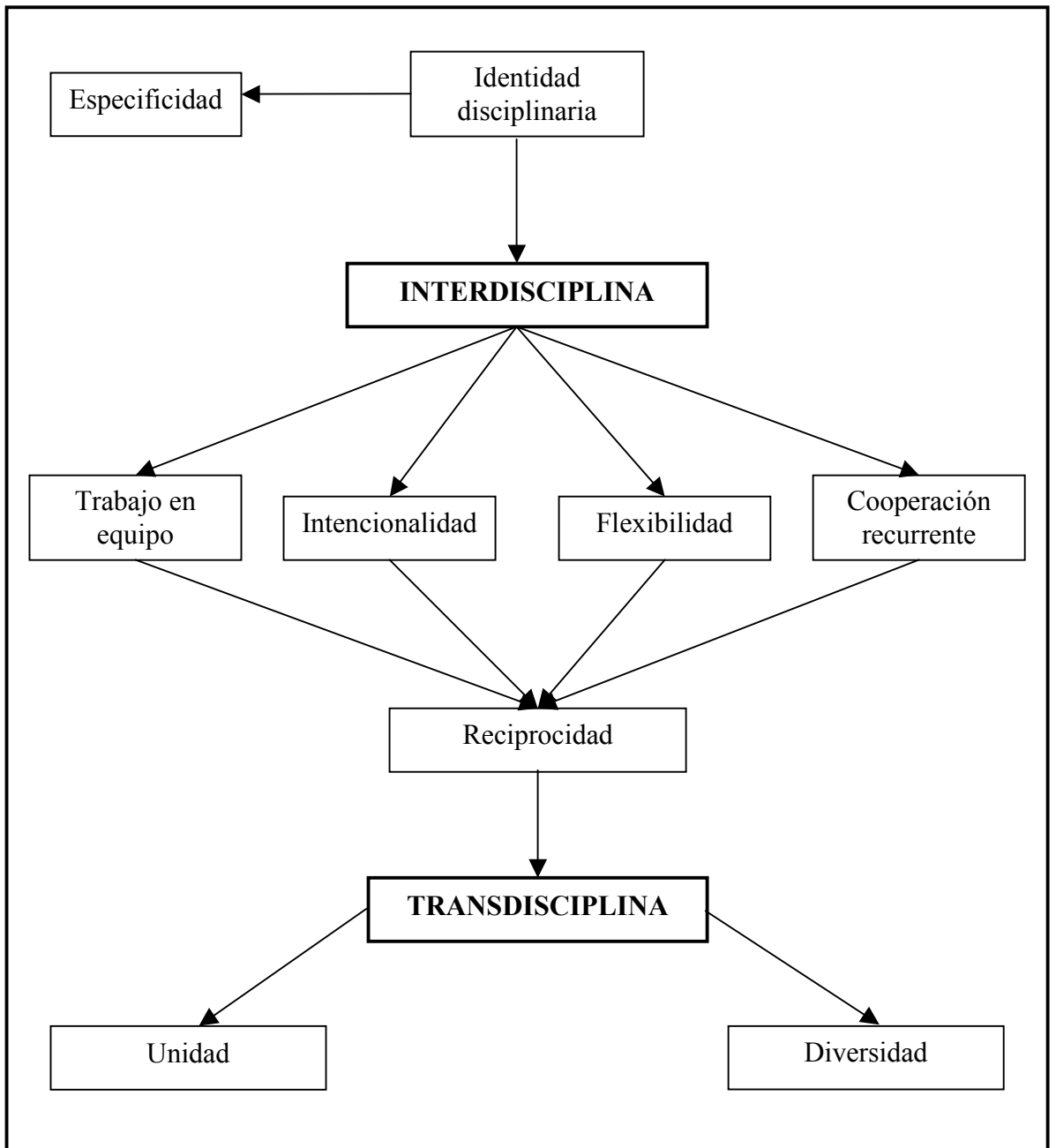
### **TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Se utilizó un modelo de entrevista, conformada por 5 (cinco) preguntas de tipo mixta, dirigidas a Licenciados en Fonoaudiología y Fonoaudiólogos, tomando nota en forma textual de cada una de ellas. El número total de entrevistas fue de 4 (cuatro).

### **PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN:**

En esta investigación utilizamos los Componentes Interdisciplinarios como unidades elementales y/o puntos a tener en cuenta durante el proceso de recolección de datos de las entrevistas; ya que a nuestro entender, y por medio de la bibliografía consultada, toman vital importancia para el desarrollo de la Actividad Interdisciplinaria

- Trabajo en Equipo Interdisciplinario. Luego de obtener las nociones – ideas de los fonoaudiólogos con respecto a estos parámetros, decidimos compararlos con los fundamentos obtenidos de la bibliografía. Dichos componentes serán reflejados a continuación en un cuadro confeccionado por Ander-Egg y Follari.





**DESARROLLO**

## **6 - DESARROLLO**

El siguiente trabajo de investigación está fundamentado en el análisis de las distintas opiniones obtenidas de entrevistas realizadas a Licenciados en Fonoaudiología y Fonoaudiólogos de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, con respecto a la noción de los mismos hacia el Trabajo - Equipo Interdisciplinario, junto a la concepción de la labor Kinésica en la atención de pacientes portadores del Síndrome Neuro Lingüístico (SNL) originados por Accidente Cerebro Vascular (ACV).

El análisis de las entrevistas efectuadas se basa en la comparación entre las muestras bibliográficas extraídas de la Fundamentación y de frases adquiridas de las respuestas de tales entrevistas.

Como observación, cada uno de los Componentes Interdisciplinarios se detallan anticipadamente a los fragmentos de entrevista que tienen relación con dicho tema, para facilitar la comprensión - comparación de los mismos, a saber:

En este punto intentamos reflejar la definición - idea acerca del concepto de Interdisciplina que poseen los entrevistados; a lo cual obtuvimos las siguientes declaraciones:

“... a mí me gusta la idea de un equipo de trabajo, de todos modos a veces es una ilusión, digamos... que haya mucha gente, muchas personas en una institución no garantiza un Trabajo Interdisciplinario...”

Otra entrevistada hace referencia al tema, mediante la diferencia entre Trabajo Interdisciplinario y Multidisciplina:

“... yo creo en la Interdisciplina y en la Transdisciplina eh... lo otro es que el paciente tiene un montón de personas que están trabajando con él y que como... no están ensamblados o trabajando en relación, me parece que eso no sirve, al pensar en intervenciones en común...”

“...no me molesta que tenga otra gente que me este mirando al lado, al contrario... y me gusta ver y meterme en el trabajo del kinesiólogo; o sea, no me gusta trabajar sola... me parece que es riquísimo el trabajo Inter y Transdisciplinario y que a mí me ha servido para aprender un montón de cosas, como que... digamos, hasta es bueno que la gente se empiece a formar de esa manera, no encerrada en un consultorio, donde uno no sabe lo que hace el otro, donde vos no sabés...”

A) Trabajo en Equipo

En esta investigación se considera al Trabajo en Equipo como a la formación de actitudes cooperativas en el grupo determinado. A raíz de esto, los terapeutas del lenguaje nos comentaron lo siguiente:

“... en la época que yo trabajaba en ILAR (Instituto de Lucha Antipoliomelítica y Rehabilitación) se hacía una reunión de equipo semanal, ya ahí se trataban los ingresos, o sea, las evaluaciones de los chiquitos que ingresaban o, bueno, reevaluaciones periódicas, ese era el contacto...”

“... en los últimos años trabajé con un chiquito paralítico cerebral, ehhh ahí di con una kinesióloga que me gustó mucho y con ella trabajamos fundamentalmente con relación a determinadas posturas...”

Por medio de la siguiente, podemos observar la postura hacia distintas disciplinas:

“... vos tenés tus limitaciones y esa es la parte de omnipotencia que lleva cada uno, uno tiene que decir “hasta acá llego”, yo con el kinesiólogo prefiero que estemos los dos, o con la kinesióloga que estemos los dos, viendo que necesitas vos, que necesito yo, para ir modificando e ir llegando a explotar sus mejores potencialidades, ¿no?...”

B) Intencionalidad / Flexibilidad

En lo que respecta a Intencionalidad y Flexibilidad Interdisciplinaria, decidimos unificar ambos conceptos para el análisis de las entrevistas, debido a que ante las respuestas de tipo abiertas de las entrevistas se pueden yuxtaponer los conceptos de las mismas.

El concepto de Intencionalidad puede definirse como la voluntad de trabajo con otras disciplinas. Mientras que la Flexibilidad corresponde al “reconocimiento de divergencias, disponibilidad al diálogo, cambios metodológicos, etc., que exista apertura en cuanto a la búsqueda de modelos, métodos de trabajo, técnicas, etc., sin actitudes dogmáticas, con reconocimiento de divergencias y disponibilidad para el diálogo”<sup>12</sup>. Teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, pudimos recolectar las siguientes respuestas que hacen alusión a dichos temas:

“... con los médicos en general, lo que me ha sucedido es que, digamos, tengo que ir yo a... este... a... solicitar una interconsulta o a solicitar aclaraciones; es más difícil que el médico demande esto, ¿no? ...”

Otro encuestado ante una pregunta de características similares se refirió al tema de la siguiente manera:

“... pero sí, he pedido ayuda y pido ayuda cuando lo necesito porque me parece importante el trabajo en común...”

C) Cooperación Recurrente

El hecho de generar o formar una cooperación ocasional no es Interdisciplina; sí se puede hablar de Cooperación Recíproca entre disciplinas diferentes cuando estas convergen y combinan puntos de vista a fin de resolver problemas que exceden el enfoque disciplinario o, si se puede decir, unidisciplinario, implicando una *construcción colectiva de conocimiento*; con relación a esto, podemos mencionar el siguiente fragmento de una entrevista:

“... había que abordar bastante en conjunto, bueno, todo lo que tenía que ver con las posturas para que el chico pudiera estar más relajado o más cómodo para trabajar el lenguaje eh... lo que tuviera que ver con lo respiratorio, eh... fundamentalmente esas funciones...”

D) Reciprocidad

Cuando comenzamos a detallar Reciprocidad en la Fundamentación de esta investigación, hacemos mención a que la misma está dada por la interacción entre diferentes disciplinas. La Reciprocidad lleva al intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas, resultados, etcétera.; por ende, pudimos obtener las siguientes respuestas de los encuestados:

“... el kinesiólogo, si bien no va a trabajar en la comunicación, pero que tiene que manejar... supongamos, un paciente, un ACV, sin lenguaje; sería bueno que él pudiera manejar sistemas aumentativos o alternativos de la comunicación, porque vos en tu sesión te estás comunicando y necesitas que el paciente sepa lo que va a hacer...”

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

“... ir más a lo fino, el material, la sillita, ponerle los pies más arriba, no le dejés los pies colgando... y yo estoy trabajando, suponete muchos programas que tengan más que ver con el lenguaje, pero por ahí me ha pasado que el nene queda con los pies colgando y no... y son cosas que por ahí uno va aprendiendo y yo ahora estoy, capaz que... no necesitas que esté la kinesióloga al lado, pero yo ya sé que con este pacientito tengo que apoyarle los piecitos... uno va aprendiendo desde otra disciplina...”

“...no me voy a dedicar a rehabilitar la parte física y hacer kinesio, pero me parece que puedo tomar, desde la kinesiólogía, algunas estrategias, que tiene que ver con la postura, con... digamos, con distintas técnicas que, yo no quiero decir que voy a tomar el papel de kinesiólogo, pero la paciente lo voy a ver como a un todo... trabajando el lenguaje, yo no me puedo olvidar de la postura, del tono muscular, del tronco, del control cefálico; entonces ahí, me parece que entra la Transdisciplina...”

Los siguientes fragmentos extraídos relacionan la Reciprocidad con la Formación Académica:

“... sí, a nosotros en todo momento nos estuvieron diciendo que no trabajemos solos, que... o sea hace a la riqueza del profesional, yo aprendo lo que haces y vos aprendes lo que hago yo...”

“...pero en la parte privada está el kinesiólogo y yo, trabajando, viendo cual es la manera de... o sea... no en interconsulta si no trabajando los dos y viendo...”

6 - 3 - TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

Desde la bibliografía vemos expresado que el Trabajo Interdisciplinario sirve para explorar la posibilidad de combinación e integración con otras ciencias y buscar el nivel de intervención para cada situación, para así responder a situaciones problemáticas que una sola disciplina por sí misma podría resolver por sí misma. En relación a lo anteriormente citado, pudimos extraer:

“... trabajamos muchísimos con el kinesiólogo, y yo en toda la parte de lo que es facial y estomatogmática y aparte el lenguaje...”

“... yo trabajo muchísimo con paciente trastorno de voz, que generalmente viene con una gran, también, disfunción, hipertonia, de cintura escapular, de cuello, de cabeza hasta de cara, entonces todo lo que es... se trabaja muchísimo con el kinesiólogo, no solamente la respiración trabajamos los dos, porque son campos que se comparten, sino la parte de cuello, la parte de todo lo que espalda, postura en general...”

La siguiente fracción de una entrevista, nos demuestra una interacción entre lo que definimos anteriormente como Reciprocidad y con el Trabajo de Equipo.

“... no importa que yo esté haciendo fonoaudiología sino que yo tenga herramientas que me dé el kinesiólogo para ehhh... tema postura, como caminar, como ayudarlo a movilizarse porque en una sesión entra en juego... todo y bueno, yo por ahí, en la parte privada trabajo mucho y uno esta como muy dado con los otros profesionales como ser el kinesiólogo...”



**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

6 - 4 - EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

A partir del hecho de que pensamos que el Trabajo en Equipo Interdisciplinario nace para dar una respuesta global y única a todos y cada uno de los problemas múltiples en los aspectos médicos, sociales, educativos y psicológicos, convergiendo en él todas las profesiones capaces de dar respuesta eficaz a los problemas planteados, implicando un cuestionamiento de saberes disciplinarios, rompiendo con la idea de que es posible fragmentar la realidad y de que cada disciplina se ocupa de una porción de ésta; pudimos extraer la siguiente frase de las entrevistas; la cual refleja una concepción mayormente dirigida a lo que es multidisciplina.

“... trabajé, por ejemplo en ILAR (Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación), así que ahí era un trabajo... bueno... estaba planteado como Equipo Interdisciplinario, mas allá que más bien era una sumatoria de disciplinas...”

“...me parece, que en nuestro caso, uno no se puede centrar en la comunicación y descuidar estas cuestiones de motricidad, o que interferían en las otras áreas, y buscando otras estrategias se modificaba la atención y yo podía atender de la comunicación... y porque ahí uno se siente respaldado por el resto del equipo, que vos no estás solita, que cualquier cosa vos pedís *auxilio...*”

6 - 5 - A - Fronteras Disciplinarias

Cuando colocamos el subtítulo de Fronteras Interdisciplinarias, nos referimos al hecho de que los límites disciplinarios no están totalmente determinados y/o fijados, y por lo tanto, pueden haber temas que hagan referencia o sean de incumbencia a más de una disciplina. Cabe destacar el hecho de que se encontraron posturas identificadas con esta definición como también aquellas que no lo están, a saber:

“... sí... sí, porque yo sé mis limitaciones, o sea yo digo, bueno... parto de lo general como también el kinesiólogo...”

“... creo que hay varias trabas... la más importante, me parece, que tiene que ver con paradigmas, o sea, yo hago esto y... digamos, yo solamente sé de esto y vos no tenés por qué meterte en lo que yo hago. Esto tiene que ver con conceptos o paradigmas viejos...”

“... vos tenés tus limitaciones y esa es la parte de omnipotencia que lleva cada uno, uno tiene que decir “hasta acá llego”, yo con el kinesiólogo prefiero que estemos los dos, o con la kinesióloga que estemos los dos, viendo que necesitas vos, que necesito yo, para ir modificando e ir llegando a explotar sus mejores potencialidades, ¿no? ...”

“... yo no tengo problema pero hay otros profesionales que sí, cada cual con su quintita, cada cual tiene que cuidar la suya y no te doy receta, y no te metas en la mía...”

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

6 - 5 - B - Enseñanza Universitaria

En el nivel universitario, los diseños curriculares y los planes de estudio muestran un parcelamiento del saber en disciplinas aisladas como comportamientos estancos.

Esta concepción disciplinaria de la educación universitaria nos lleva a una excesiva especialización que fragmenta el conocimiento en áreas y obstaculiza la comprensión de la pluralidad y complejidad de las dimensiones de la realidad. Con relación a esta definición, encontramos las siguientes respuestas:

“... nosotros en la facultad permanentemente, o sea, se estuvo hablando de la Interdisciplina bueno... pero en realidad se estaba hablando de multidisciplina... En realidad yo creo, que hasta, había errores conceptuales de los que nos estaban enseñando...”

Y cerrando, con la opinión de una ex – docente:

“... hasta hace algunos años atrás que yo fui docente no había nada que apuntar, por lo menos a la función del fonoaudiólogo, a la práctica interdisciplinaria... este... No...”

Yo creo que es algo que pasa desapercibido y que uno lo va... este... trabajando en, una vez que es profesional...”

6 - 5 - C - Construcción del Problema / Objetivos Interdisciplinarios

La Construcción Conceptual Común del Problema / Objetivos implica un abordaje de carácter interdisciplinario y, además, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción.

Para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada - organizada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios, de las formaciones de historias clínicas en común. A raíz de lo anteriormente expuesto, pudimos recolectar las siguientes opiniones:

“... que vos te podés nutrir de estrategias que tengan que ver con comunicación... y ahí está la Transdisciplina; yo creo que son las dos cosas, inter y trans... la multi, me parece, que no sirve para pensar en objetivos en común... como un todo... pero a mi no me parece que sirva...”

“... sí, sí, con psicólogos, yo trabajo mucho con psicólogos, kinesiólogos, odontólogos, sí, sí, más vale, pero lo que generalmente te piden en las historias clínicas, es para alguna institución determinada tu informe, eh, es como muy separado, claro, como que el paciente está recortado en una parte fonoaudiológica, una parte psicológica, esta recorta, está fragmentado... en realidad se hace como una sumatoria de partes para el estudio y no para mirarlo...”

“... yo creo que es más de tener una historia clínica única, deberíamos, llenar en esa historia clínica centralizada del paciente, o ahí que hay fichas de kinesio, de fono... o sea, me parece que, más que hacer una historia... una planilla, deberíamos que... estén todas en la historia clínica centralizada...”

6 - 5 - D - Coordinación Interdisciplinaria

La Coordinación de un Equipo Interdisciplinario es una función decisiva; la cual debe poder situarse como tanto como facilitador como generador de los dispositivos necesarios para la producción de un marco común entre distintas disciplinas, como así también generar los espacios para la discusión - debate de todos los discursos disciplinares. La dirección del equipo no corresponde a ninguna especialidad determinada, esa función, ese estatus, debe ser un terreno rotativo y acorde a las necesidades del paciente; a lo cual pudimos recaudar:

“... generalmente tiene que ser rotativo, para mí lo ideal es que sea rotativo, que todos aprendamos de todos y que todos aprendamos a coordinar porque es una, si se quiere, una función de grupo... tener bien en claro cuales son los roles del grupo, y pasar todos los integrantes por cada uno de los roles, ¿no?, el rol de vocero a la familia, de coordinador, el rol... no es que cada, no es sustituir roles, para que se haga una relación más estrecha y que para el paciente esté más contenido...”

“... no me parece porque si no, sería poner, capaz, en un profesional poner demasiada carga o como que... ser dueño de ese paciente; sí me parece que por ahí, se debería pensar como el vocero o como el líder de ese paciente...”

“... si por ejemplo, la mayor dificultad es en lo motriz, por ahí, el kinesiólogo debería ser el referente del equipo; y si la mayor dificultad está en la parte del habla, en la afasia, y lo otro no está tan alterado... por ahí el liderazgo lo podría llevar el fonoaudiólogo...”

6 - 5 - E - Otros

En este punto destacamos todos aquellos parámetros, tanto burocráticos, políticos, económicos como sociales, que *atentan* contra la realización - formación de un Equipo Interdisciplinario. Referido a estos temas, los encuestados acotaron lo siguiente:

“... y yo, lamentablemente, pienso que se juegan cuestiones económicas y cuestiones de poder, ¿no? Yo creo que se juegan... que cuando eso se puede dejar de lado entonces es más factible trabajar en equipo...”

“...es el problema económico, el gran problema económico, a veces cuando vos derivas, dice “*pero hoy, solamente te puede pagar a vos*” el tema, es buscar los recursos para que esa persona pueda acceder a...”

“... lo que nos pasa a nosotras como fonoaudiólogas, es que no tenemos intervención en el hospital, pero es por problema nuestro, en el hospital, apenas tiene el ACV sí o sí el médico tiene que decir “bueno, acá tienen que estar el kinesiólogo y la fonoaudióloga, desde ahora, ya” o sea no es que desde que le dan de alta, o pasado un mes...”

“...trabajando en ILAR la parte de kinesio, fono no se había trabajado y ella después aparece a los cinco años y bueno... por supuesto con toda su hemiplejía y demás, pero bueno, se manejaba sola, andaba con un bastón... yo sé que había tenido pero, por cuestiones de distancia, porque ella era de zona norte y tenía que ir al centro... yo creo que ese fue el motivo por el cual ella no pudo seguir el tratamiento... en ese momento, acá no había servicio de rehabilitación, o sea que yo creo que ahí la variable fue la distancia, movilizarse...”

6 - 6 - DISCIPLINA / PODER

Tomando como referencia las palabras de Michael Foucault, “disciplina quiere decir poder; la construcción de un esquema referencial común en un Equipo Interdisciplinario es básicamente un proceso grupal, donde se dirimen cuestiones de poder y de identidad. *Una disciplina nos provee de un lenguaje que nos identifica con nuestros pares y nos diferencia del resto*”<sup>54</sup>; y teniendo en cuenta este pensamiento, podemos destacar la siguiente frase:

“... todo lo que dice el doctor está bien y no se pone en duda ehhh, la palabra del médico siendo que el médico también es una persona, se puede equivocar, puede cambiar, no es la única... puede variar todas las variables que hacen al trastorno de la persona y el médico a veces no, no tiene todas las de ganar entonces, bueno, eso es una lucha que tenemos con los profesionales médicos, no así con los otros profesionales...”

Luego del análisis hemos encontrado opiniones dispersas - ambiguas, con relación a las preguntas enunciadas; pero es importante destacar que la mayoría de los entrevistados mostró una marcada tendencia hacia la práctica interdisciplinaria.

# CONCLUSIÓN



## 7 - CONCLUSIÓN

Razonando los datos obtenidos mediante el análisis de las entrevistas efectuadas a Licenciados en Fonoaudiología de la ciudad de Rosario y concordando con la problemática y objetivos planteados, pudimos arribar a la siguiente conclusión:

La Fonoaudiología es una disciplina de la cual se percibe una concepción uniforme de lo que es la práctica interdisciplinaria; además, hemos notado un conocimiento preciso y fundamentado en cuanto a la noción de Interdisciplina y en lo referente a los Componentes Interdisciplinarios (a saber, Trabajo en Equipo, Intencionalidad, Flexibilidad, Reciprocidad y Cooperación Recurrente). Cabe destacar que dichos profesionales también poseen una clara diferencia conceptual en lo que respecta a la Multidisciplina y a la Transdisciplina.

Asimismo, pudimos corroborar que el desarrollo de un tratamiento de carácter interdisciplinario entre Fonoaudiología y Kinesiología en pacientes portadores del Síndrome Neuro Lingüístico (SNL) originados por Accidente Cerebro Vascular (ACV) no se da frecuentemente; al contrario, la labor entre estas dos disciplinas se da más en forma multidisciplinaria.

Creemos oportuno mencionar que las pocas veces que se ha producido un Trabajo de características Interdisciplinarias entre fonoaudiólogos y kinesiólogos, este ha sido de breve duración.

La Interdisciplina, en lo que respecta a los terapeutas del lenguaje y en relación a patologías neurológicas, se percibe más comúnmente con otras entidades, tales como psicología.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

La visión de las fonoaudiólogas hacia la labor Kinésica es muy buena; las entrevistadas en su totalidad han desarrollado, aunque en breves momentos, trabajos de carácter interdisciplinarios junto con Kinesiólogos; pero dicha labor conjunta se ha corroborado principalmente en el ámbito de la neurología infantil (área en la cual las fonoaudiólogas poseen mayor relación con la psicología); en cambio, en lo que respecta a la atención de pacientes neurológicos adultos, la tarea interdisciplinaria no ha sido de tal magnitud.

En cuanto a la labor Kinésica propiamente dicha, han demostrado conocimientos de las incumbencias del Kinesiólogo hacia este y otro tipo de pacientes, de los beneficios de la misma, entre otras, cualidades.

Esto nos permite deducir que están dadas las circunstancias, desde por lo menos estas dos disciplinas, para poder interrelacionarse de manera eficaz. Pero la realización de esta investigación también nos ha demostrado que no solo existen limitaciones desde dichas disciplinas en sus concepciones individuales, sino que vemos tales límites marcados por otros factores, como los que se pueden encontrar dentro de cualquier institución; estos son de carácter administrativo, organizativo y burocrático, según lo expresado por nuestras entrevistadas.

Por último, no escapan de mención, los factores económicos que influyen negativamente para la conjunción de disciplinas en pos de formar un grupo homogéneo.

# **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

8 - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 - AZCOAGA, J., *Neurolingüística y fisiopatología (afasiología)*, 3° edición, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1985. Página 1.
- 2 - TSEVTKOVA, L., *Reeducación del Lenguaje, la Escritura y la Lectura*, Editorial Fontanella, Buenos Aires, 1997. Página 1.
- 3 - CUADERNILLO DEL SEMINARIO DE INGRESO, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER), 2000. Página 3.
- 4 - GEROMINI, N., *El equipo multidisciplinario en la rehabilitación del afásico*; Primer encuentro Argentino sobre afasiología, Mar del Plata, 1987. Página 3.
- 5 - LOPEZ BARRERA, M., *Guías para la Atención de la Salud en el Hogar. Cómo ayudar a quienes han perdido la capacidad de hablar*, Editorial La Prensa Médica Mexicana S. A., México, 1986. Página 4.
- 6 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R., *Trabajo social e interdisciplinarietà*, Editorial Hvmantas, Buenos Aires, 1993. Página 5.
- 7 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R.; OP. CIT. Página 5.
- 8 - MUCCI, M., *Psicoprofilaxis quirúrgica: Una práctica en convergencia Interdisciplinaria*, Editorial Piadós, Buenos Aires, 2004. Página 6.
- 9 - MUCCI, M.; OP. CIT. Página 6.
- 10 - MUCCI, M.; OP. CIT. Página 6.
- 11 - STOLKINER, A., *Interdisciplina: Procedimientos y Métodos*, UNER, Facultad de Trabajo Social, Maestría en Salud Mental, Paraná, 1999. Página 6.
- 12 - GEROMINI, N. G.; OP. CIT. Página 7.
- 13 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R.; OP. CIT. Página 7.
- 14 - STOLKINER, A.; OP. CIT. Página 9.
- 15 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R.; OP. CIT. Página 10.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

- 16 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R.; OP. CIT. Página 10.
- 17 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R.; OP. CIT. Página 10.
- 18 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R.; OP. CIT. Página 10.
- 19 - GARMENDIA, G., disponible en: <http://www.elmurocultural.com>; Página 10.
- 20 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R.; OP. CIT. Página 11.
- 21 - ELECHERY, N., *El niño y la escuela*, Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 1987; Página 12.
- 22 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R.; OP. CIT. Página 12.
- 23 - STOLKINER, A.; OP. CIT. Página 13.
- 24 - MUCCI, M.; OP. CIT. Página 13.
- 25 - GEROMINI, N.; OP. CIT. Página 14.
- 26 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R.; OP. CIT. Página 14.
- 27 - KALINSKY, B., y ARRUE, W., *Claves antropológicas de la Salud: El conocimiento de una realidad intercultural*, Niño y Dávila Editores, Buenos Aires, 1996. Página 14.
- 28 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R.; OP. CIT. Página 15.
- 29 - ELECHERY, N.; OP. CIT. Página 15.
- 30 - ELECHERY, N.; OP. CIT. Página 16.
- 31 - STOLKINER, A.; OP. CIT. Página 16.
- 32 - GARMENDIA, G.; OP. CIT. Página 17.
- 33 - PIAGET, J., *Tendencias de la investigación en las ciencias sociales*, Alianza Editorial, Madrid, 1970. Página 17.
- 34 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R.; OP. CIT. Página 17.
- 35 - ELECHERY, N.; OP. CIT. Página 18.
- 36 - ELECHERY, N.; OP. CIT. Página 18.
- 37 - PIAGET, J.; OP. CIT. Página 18.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

38 - DE ROSSI, A.; disponible en: <http://www.neurorehabilitacion.com>. Página 18.

39 - ELECHERY, N.; OP. CIT. Página 18.

40 - CIARDIELLO, S.; disponible en: <http://www.foniatriaizatkevich.com>. Página 19.

41 - FOUCAULT, M., *Microfísica del poder*, Editorial La Piqueta, Madrid, 1979. Página 19.

42 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R.; OP. CIT. Página 19.

43 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R.; OP. CIT. Página 19.

44 - ELECHERY, N.; OP. CIT. Página 20.

45 - STOLKINER, A.; OP. CIT. Página 20.

46 - STOLKINER, A.; OP. CIT. Página 20.

47 - KALINSKY, B., y ARRUE, W.; OP. CIT. Página 21.

48 - FERNANDEZ, A., *El campo grupal: notas para una genealogía*, Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 1989. Página 21.

49 - STOLKINER, A.; OP. CIT. Página 21.

50 - PIAGET, J.; OP. CIT. Página 21.

51 - ELECHERY, N.; OP. CIT. Página 22.

52 - ELECHERY, N.; OP. CIT. Página 22.

53 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R.; OP. CIT. Página 22.

54 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R.; OP. CIT. Página 23.

55 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R.; OP. CIT. Página 23.

56 - ELECHERY, N.; OP. CIT. Página 23.

57 - ELECHERY, N.; OP. CIT. Página 23.

58 - MUCCI, M.; OP. CIT. Página 23.

59 - GARMENDIA, G.; OP. CIT. Página 24.

60 - FOUCAULT, M.; OP. CIT. Página 24.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

- 61 - MANGUAZ, D., *Interdisciplinarietà en la investigación y la docencia*, Editorial Atlante, Buenos Aires, 1992. Página 24.
- 62 - STOLKINER, A.; OP. CIT. Página 24.
- 63 - STOLKINER, A.; OP. CIT. Página 24.
- 64 - GARMENDIA, G.; OP. CIT. Página 25.
- 65 - KALINSKY, B., y ARRUE, W.; OP. CIT. Página 25.
- 66 - KALINSKY, B., y ARRUE, W.; OP. CIT. Página 25.
- 67 - MANGUAZ, D.; OP. CIT. Página 26.
- 68 - FOUCAULT, M.; OP. CIT. Página 26.
- 69 - FOUCAULT, M.; OP. CIT. Página 26.
- 70 - GEROMINI, N.; OP. CIT. Página 26.
- 71 - CUADERNILLO DEL SEMINARIO DE INGRESO; OP. CIT. Página 27.
- 72 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R.; OP. CIT. Página 27.
- 73 - MUCCI, M.; OP. CIT. Página 28.
- 74 - KOTTKE, F., y LEHMANN, J., *Krusen: Medicina física y rehabilitación*, 4<sup>o</sup> edición, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2000. Página 28.
- 75 - GEROMINI, N.; OP. CIT. Página 29.
- 76 - BASTIDE, R., *El sueño, el trance y la locura*, Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1976. Página 29.
- 77 - DALMAS, F., *Respuestas para el paciente afásico y su familia*, Editorial Extremo, Montevideo, 1987. Página 30.
- 78 - ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R.; OP. CIT. Página 30.
- 79 - CHIPSS, E., CLANIN, N. y CAMPELL, V., *Serie Mosby de Enfermería Clínica: trastornos neurológicos*, Editorial Mosby / Doyma Libros, Barcelona, 1995. Página 31.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

80 - AZCOAGA, J. y COL, *Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones en el niño y el adulto*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1983. Página 31.

81 - LOPEZ BARRERA, M.; OP. CIT. Página 31.

82 - DALMAS, F.; OP. CIT. Página 31.

83 - LOPEZ BARRERA, M.; OP. CIT. Página 32.

84 - AZCOAGA, J.; OP. CIT. Página 32.

85 - TSEVTKOVA, L.; OP. CIT. Página 32.

86 - TERAN BLEIBERG, E., *Mosby de medicina y ciencias de la salud*, Editorial Mosby / Doyma libros, Madrid, 1996. Página 33.

87 - TSEVTKOVA, L.; OP. CIT. Página 33.

88 - AZCOAGA, J., BELLO, J., CITRINOIVTZ, J., DERMAN, B. y FRUTOS, W., *Los retardos del lenguaje en el niño*, 1º edición, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1995. Página 33.

89 - AZCOAGA, J. y COL; OP. CIT. Página 34.

90 - TSEVTKOVA, L.; OP. CIT. Página 34.

91 - TSEVTKOVA, L.; OP. CIT. Página 34.

92 - AZCOAGA, J. y COL; OP. CIT. Página 35.

93 - AZCOAGA, J.; OP. CIT. Página 35.

94 - AZCOAGA, J., BELLO, J., CITRINOIVTZ, J., DERMAN, B. y FRUTOS, W.; OP. CIT. Página 35.

95 - CHIPSS, E., CLANIN, N. y CAMPELL V.; OP. CIT. Página 36.

96 - KOTTKE, F., y LEHMANN, J.; OP. CIT. Página 36.

97 - CHIPSS, E., CLANIN, N. y CAMPELL V.; OP. CIT. Página 37.

98 - AZCOAGA, J.; OP. CIT. Página 37.

99 - LOPEZ BARRERA, M.; OP. CIT. Página 37.



**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

- 100 - DOWNIE, P., *Cash: Neurología para fisioterapeutas*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2001. Página 37.
- 101 - AZCOAGA, J.; OP. CIT. Página 38.
- 102 - DALMAS, F.; OP. CIT. Página 38.
- 103 - TERAN BLEIBERG, E.; OP. CIT. Página 38.
- 104 - TERAN BLEIBERG, E.; OP. CIT. Página 39.
- 105 - KOTTKE, F., y LEHMANN, J.; OP. CIT. Página 39.
- 106 - DOWNIE, P.; OP. CIT. Página 39.
- 107 - AZCOAGA, J.; OP. CIT. Página 39.
- 108 - DALMAS, F.; OP. CIT. Página 39.
- 109 - LOPEZ BARRERA, M.; OP. CIT. Página 40.
- 110 - PAETH, B., *Experiencias con el Concepto Bobath: Fundamentos, Tratamiento, Casos*, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2000. Página 40.
- 111 - DOWNIE, P.; OP. CIT. Página 41.
- 112 - DOWNIE, P.; OP. CIT. Página 42.
- 113 - AZCOAGA, J. E.; OP. CIT. Página 42.
- 114 - AZCOAGA, J. E.; OP. CIT. Página 42.
- 115 - KOTTKE, F., y LEHMANN, J.; OP. CIT. Página 42.
- 116 - DOWNIE, P.; OP. CIT. Página 43.
- 117 - KOTTKE, F., y LEHMANN, J.; OP. CIT. Página 47.
- 118 - AZCOAGA, J.; OP. CIT. Página 50.
- 119 - AZCOAGA, J., BELLO, J., CITRINOIVTZ, J., DERMAN, B. y FRUTOS, W.; OP. CIT. Página 50.
- 120 - DALMAS, F.; OP. CIT. Página 50.
- 121 - PAETH, B.; OP. CIT. Página 51.
- 122 - CHIPSS, E., CLANIN, N. y CAMPELL V.; OP. CIT. Página 51.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

- 123 - TSEVTKOVA, L.; OP. CIT. Página 51.
- 124 - PAETH, B.; OP. CIT. Página 51.
- 125 - AZCOAGA, J. y COL.; OP. CIT. Página 52.
- 126 - TSEVTKOVA, L.; OP. CIT. Página 52.
- 127 - DALMAS, F.; OP. CIT. Página 52.
- 128 - PAETH, B.; OP. CIT. Página 52.
- 129 - TSEVTKOVA, L.; OP. CIT. Página 53.
- 130 - KOTTKE, F., y LEHMANN, J.; OP. CIT. Página 53.
- 131 - DALMAS, F.; OP. CIT. Página 54.
- 132 - DOWNIE, P.; OP. CIT. Página 54.
- 133 - AZCOAGA, J. y COL.; OP. CIT. Página 54.
- 134 - TERAN BLEIBERG, E.; OP. CIT. Página 55.

# **BIBLIOGRAFÍA**

## 9 - BIBLIOGRAFÍA

- ANDER-EGG, E. y FOLLARI, R., *Trabajo social e interdisciplinariedad*, Editorial Hvmánitas, Buenos Aires, 1993.
- AZCOAGA, J., *Neurolingüística y fisiopatología (afasiología)*, 3° edición, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1985.
- AZCOAGA, J. y COL, *Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones en el niño y el adulto*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1983
- AZCOAGA, J., BELLO, J., CITRINOIVTZ, J., DERMAN, B. y FRUTOS, W., *Los retardos del lenguaje en el niño*, 1° edición, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1995.
- BASTIDE, R., *El sueño, el trance y la locura*, Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1976.
- CHIPSS, E., CLANIN, N. y CAMPELL V., *Serie Mosby de Enfermería Clínica: trastornos neurológicos*, Editorial Mosby / Doyma Libros, Barcelona, 1995.
- CUADERNILLO DEL SEMINARIO DE INGRESO, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER), 2000.
- DALMAS, F., *Respuestas para el paciente afásico y su familia*, Editorial Extremo, Montevideo, 1987.
- DOWNIE, P., *Cash: Neurología para fisioterapeutas*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2001.
- ELECHERY, N., *El niño y la escuela*, Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 1987.
- FERNÁNDEZ, A., *El campo grupal: notas para una genealogía*, Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 1989.
- FOUCAULT, M., *Microfísica del poder*, Editorial La Piqueta, Madrid, 1979.

GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.

- GEROMINI, N., *El Equipo Interdisciplinario en la rehabilitación del afásico*, 1º encuentro argentino sobre afasiología, Mar del Plata, 1987
- KALINSKY, B., y ARRUE, W., *Claves antropológicas de la Salud: El conocimiento de una realidad intercultural*, Niño y Dávila Editores, Buenos Aires, 1996.
- KOTTKE, F., y LEHMANN, J., *Krusen: Medicina física y rehabilitación*, 4º edición, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2000.
- MANGUAZ, D., *Interdiscipliniedad en la investigación y la docencia* Editorial Atlante, Buenos Aires, 1992.
- MUCCI, M., *Psicoprofilaxis quirúrgica: Una práctica en convergencia Interdisciplinaria*, Editorial Piadós, Buenos Aires, 2004.
- LÓPEZ BARRERA, M., *Guías para la Atención de la Salud en el Hogar. Cómo ayudar a quienes han perdido la capacidad de hablar*, Editorial La Prensa Médica Mexicana S. A., México, 1986.
- PAETH, B., *Experiencias con el Concepto Bobath: Fundamentos, Tratamiento, Casos*, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2000.
- PIAGET, J., *Tendencias de la investigación en las ciencias sociales*, Alianza Editorial, Madrid, 1970.
- STOLKINER, A., *Interdisciplina: Procedimientos y Métodos*, UNER, Facultad de Trabajo Social, Maestría en Salud Mental, Paraná, 1999.
- TERAN BLEIBERG, E., *Mosby de medicina y ciencias de la salud*, Editorial Mosby / Doyma libros, Madrid, 1996.
- TSEVTKOVA, L., *Reeducación del Lenguaje, la Escritura y la Lectura*, Editorial Fontanella, Buenos Aires, 1997.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

INFORMACIÓN EXTRAÍDA DE INTERNET

- DE ROSSI, A., disponible en: <http://www.neurorehabilitacion.com>
- GARMENDIA, G., disponible en: <http://www.elmurocultural.com>
- CIARDIELLO, S., disponible en: <http://www.foniatriaajatzkevich.com>

# **ANEXOS**

10 - ANEXO

10 - 1 - ENTREVISTA I

1 - ¿Tiene experiencia en la atención de pacientes portadores de Síndrome Neuro Lingüístico (SNL) originados por Accidente Cerebro Vascular (ACV)? ¿Hace cuanto?

Sí, de pacientes neurológicos... ¿tengo que decir más o menos lo que tuvieron? ACV, una chiquita que tuvo en una operación una hipoxia, o una anoxia, y salió con trastorno neurológico tipo PC, diskinético, distónico, entonces, bueno, trabajamos muchísimos con el kinesiólogo, y yo en toda la parte de lo que es facial y estomatognática y aparte el lenguaje, porque quedó muy mal.

No solamente empecé atendiendo pacientes neurológicos sino lo que venga, nos dedicamos a “*lu qui venga*”; el tema es que... yo veo ahora... es que vienen muchos chiquitos con trastornos del lenguaje, de la lengua materna o sea el lenguaje que se va adquiriendo y de trastorno de escritura-lectura que se apoya en el lenguaje, si hay trastornos de lenguaje, acordate que el lenguaje se apoya en sus analizadores, los cuales están en el hemisferios izquierdo, tanto Brocca en la zona frontal, como Wernicke en la zona del significado en la parte parieto-témporo-occipital; entonces al disfuncionarse el lenguaje, lo tomamos como un trastorno neurológico hummm, sea de causa psicológica, neurológica, por lo que sea pero es un problema neurológico, después las causas se verán.



**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

2 - ¿Tiene conocimiento acerca de una atención kinésica paralela? ¿La cree necesaria?

Sí, con todo, yo trabajo muchísimo con paciente trastorno de voz, que generalmente viene con una gran, también, disfunción, hipertonía, de cintura escapular, de cuello, de cabeza hasta de cara, entonces todo lo que es... se trabaja muchísimo con el kinesiólogo, no solamente la respiración trabajamos los dos, porque son campos que se comparten, sino la parte de cuello, la parte de todo lo que espalda, postura en general, no sé si vos tenés idea, bueno... yo mucho con RPG (Rehabilitación Postural Global) no trabajo, no me gusta mucho la técnica, me parece que hay... vos no le tenés que decir al paciente como se debe parar, sino a partir de lo que el tipo puede hacer vas modificando si se puede, vos al paciente le podés decir mucho, mucho, pero al tipo le entró en la conciencia pero después no lo puede hacer ni siquiera es lo correcto para él, hay que ver a partir de cada paciente.. (Es un mundo aparte...) claro... totalmente.

(¿Has notado diferencia en paciente que han sido atendidos previamente por kinesiólogos, con los que no lo han sido?)

Sí, sí porque yo sé mis limitaciones, o sea yo digo, bueno, parto de lo general como también el kinesiólogo, lo ves, lo ve desde la postura, a ver si hay trastornos de la columna, postura, si hay trastornos tanto de huesos como de músculos, ves como se para ves como acciona, o sea ves la morfología, ves la acción y la función... la vista... y entonces a partir de eso, vos sabes que podés trabajar y vos tenés tus limitaciones y esa es la parte de omnipotencia que lleva cada uno, uno tiene que decir "*hasta acá llego*", yo con el kinesiólogo prefiero que estemos los dos, o con la kinesióloga que estemos los dos, viendo que necesitas vos, que necesito yo, para ir modificando e ir llegando a explotar sus mejores potencialidades, ¿no? Porque no de acuerdo a lo que nosotros queremos porque si lo haces por lo que nosotros queremos lo haríamos de nuevo... que

GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.

sé yo... volví a nacer... pero más que nada lo que el tipo puede hacer y a partir de eso ir como exigiendo, eh, guiando... nosotros somos guías, nada más.

3 - ¿Nos podría proporcionar una idea de su concepción acerca del Trabajo Interdisciplinario (kinesiólogo - fonoaudiólogo) con respecto a este tipo de paciente?

Sí... eh... se da muchísimo para el fonoaudiólogo, con el kinesiólogo en nuestro caso que trabajamos las estructuras de estomatogmáticas, estoy hablando lo que es boca, laringe, vías respiratorias, eh... se da muchísimo con el kinesiólogo y con el odontólogo, el médico sí, el médico es muy reticente por lo que se llama la omnipotencia médica eh... ellos bueno, más que nada esta sociedad está... gira alrededor de lo que dice el médico, todo lo que dice el doctor está bien y no se pone en duda eh... la palabra del médico siendo que el médico también es una persona, se puede equivocar, puede cambiar, no es la única... puede variar todas las variables que hacen al trastorno de la persona y el médico a veces no... no tiene todas las de ganar entonces, bueno... eso es una lucha que tenemos con los profesionales médicos, no así con los otros profesionales, eh... bueno a mi me gustaría que leyeras Michael Foucault yo tengo,... lo estoy leyendo, ida y vuelta... queda grabado, es la prueba del delito... acerca de lo que es la omnipotencia médica... como la sociedad, como se fue construyendo esto del médico lo puede todo, el médico lo sabe todo, tipo, figura endiosada... claro, dueño de la verdad, donde Michael Foucault plantea que porqué es así, que esto es todo una construcción histórica, sí... y que a veces, me a pasado que el médico te dice "*que esta chiquita, nooo, que este chiquito dejalo así o esta persona no, no ya no da para más, se está muriendo, se está muriendo!!!*" . Uno dice "*pucha*", hasta cuando uno puede acompañar, cuando uno puede soltar, o darse por vencido... es depende de la persona, de la persona... del "sufriente", yo no llamaría paciente, paciente es el que espera, ¿te parece? ...el que sufre.

3 - 1 - ¿Han conformado alguna historia clínica en común?

Sí, sí, con psicólogos... yo trabajo mucho con psicólogos, kinesiólogos, odontólogos... sí, sí, más vale, pero lo que generalmente te piden en las historias clínicas, es para alguna institución determinada tu informe, eh, es como muy separado, claro, como que el paciente está recortado en una parte fonaudiológica, una parte psicológica, esta recorta, está fragmentado... en realidad se hace como una sumatoria de partes para el estudio y no para mirarlo. Si uno lo mira, lo mira en su totalidad, con todas sus posibilidades y con todas su frustraciones... y bueno con toda su carga emocional, con toda su historia... hay veces... me preguntan “¿y vos cómo haces para trabajar tal cosa?”... “y... no sé” le dije yo, yo sinceramente le pongo mucho amor, eso depende de la experiencia personal de cada uno, que ha construido a lo largo de su historia

4 - ¿De qué forma considera que se obtienen mejores resultados, mediante la formación de un grupo homogéneo (Interdisciplina) o a través de la típica atención particular de distintas disciplinas (multidisciplina), en pacientes de estas características? ¿Por qué?

También hay algo que no hablamos, es el problema económico, el gran problema económico, a veces cuando vos derivas, dice, “*pero hoy, solamente te puede pagar a vos*” el tema, es buscar los recursos para que esa persona pueda acceder a...

En el caso particular de ACV, yo me daba cuenta que bueno, el kinesiólogo, bueno, podía hasta cierto punto, bueno, a partir de acá, el kinesiólogo hizo lo que puedo, ahora tiene que ir a la parte más específica, que es Terapia Ocupacional, para la mano, no solamente la parte orgánica y de la acción sino para la función, que el kinesiólogo no lo

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

hace, porque no es competencia del kinesiólogo, por eso cada cual con su perfil, y nutriéndonos permanentemente al trabajar en grupo.

Lo que nos pasa a nosotras como fonoaudiólogas, es que no tenemos intervención en el hospital, pero es por problema nuestro, en el hospital, apenas tiene el ACV sí o sí el médico tiene que decir *“bueno, acá tienen que estar el kinesiólogo y la fonoaudióloga, desde ahora, ya”* o sea no es que desde que le dan de alta, o pasado un mes, porque, acordate que los primeros tres meses son los más importantes, es el período agudo, entonces uno tiene que intervenir, tiene que hacer las intervenciones, para que halla, si se quiere, resultados más satisfactorios.

5 - ¿Considera que la formación universitaria nos capacita para desarrollar en el ámbito laboral un Trabajo Interdisciplinario?

Ehhh... sí, a nosotros en todo momento nos estuvieron diciendo que no trabajemos solos, que... o sea hace a la riqueza del profesional, yo aprendo lo que haces y vos aprendes lo que hago yo, pero en ningún momento... o si queremos hacer un trabajo Transdisciplinario donde el terapeuta es único, vos tenés que estudiar de lo mío, yo te voy dando, te voy guiando como tenés que hacer el trabajo, para evitar el manoseo del paciente y la peregrinación de profesionales, esto de que hay veces que una persona viene muy afectada, generalmente psicológica muy afectada, o neurológicamente, porque viene de médico en médico en médico, no le han dado con la tecla, entonces, hay gente que viene muy manoseada, pasa de profesional en profesional, entonces cada uno le dice cosas distintas, y aunque le digas lo mismo, ves que esta persona hizo un recorrido y está buscando algo, entonces bueno, y vos tenés que tratar de ver y leer que es lo que ésta buscando y tenés que tratar de bueno, si tiene problemas así como vinculares, relacionales, ver si puede ser vista por muchos profesionales, tendría que ser un terapeuta único para después que eso... eso está claro que acá no se da... no se da , te

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

puedo decir que eso acá, te aclaro, no se da... se da, te podría decir, en una institución, o... o depende de cada uno, yo no tengo problema pero hay otros profesionales que sí, cada cual con su quintita, cada cual tiene que cuidar la suya y no te doy receta, y no te metas en la mía, eh... depende lo que nosotros vemos en una patología determinada que es la parálisis facial, ustedes están muy abocados, ¿no?, yo creo que no nos... que no nos sacan el campo, ni muchos menos, pero el paciente por desconocimiento va al kinesiólogo... el kinesiólogo lo que tendría que hacer es llamar también a la fono, eh... o derivárselo también a la fono, porque a veces la parálisis facial no solamente viene como parálisis facial, viene con trastornos de deglución y eso lo reeducamos nosotros, no lo reeduca el kinesiólogo...

6 - ¿Considera que el rol de coordinador de grupo, es una tarea exclusiva del médico?

Noooo... generalmente tiene que ser rotativo, para mí lo ideal es que sea rotativo, que todos aprendamos de todos y que todos aprendamos a coordinar porque es una, si se quiere, una función de grupo... tener bien en claro cuales son los roles del grupo, y pasar todos los integrantes por cada uno de los roles, ¿no?... el rol de vocero a la familia, de coordinador, el rol... no es que cada... no es sustituir roles, para que se haga una relación más estrecha y que para el paciente esté más contenido.

10 - 2 - ENTREVISTA II

1 - ¿Tiene experiencia en la atención de pacientes portadores de Síndrome Neuro Lingüístico (SNL) originados por Accidente Cerebro Vascular (ACV)? ¿Hace cuanto?

Claro, eh... y con parálisis cerebral yo he trabajado más que nada, te dijo entonces que llevo varios años. En este momento puede haber reformulaciones, entendés, en esta cuestión.

2 - ¿Tiene conocimiento acerca de una atención kinésica paralela? ¿La cree necesaria?

Sí, porque cuando yo trabajaba con parálisis cerebral, trabajé por ejemplo en ILAR (Instituto de Lucha Antipoliomelítica y Rehabilitación), así que ahí era un trabajo... bueno, estaba planteado como Equipo Interdisciplinario, más allá que más bien era una sumatoria de disciplinas. Este... y... y... en niños me parece que hay como una mayor necesidad de interrelación que en relación al adulto, como que el adulto se mantiene más estanco, el trabajo.

2 - 1 - ¿Se comunicó con dicho profesional? ¿Por qué?

Sí, sí, sí este... por allí... suponete una cuestión que había que abordar bastante en conjunto, bueno, todo lo que tenía que ver con las posturas para que el chico pudiera estar más relajado o más cómodo para trabajar el lenguaje eh... lo que tuviera que ver con lo respiratorio, eh... fundamentalmente esas funciones.

3 - ¿Nos podría proporcionar una idea de su concepción acerca del Trabajo Interdisciplinario (kinesiólogo - fonoaudiólogo) con respecto a este tipo de paciente?

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

Mirá, en la época que yo trabajaba ILAR (Instituto de Lucha Antipoliomelítica y Rehabilitación) se hacía una reunión de equipo semanal, ya ahí se trataban los ingresos, o sea, las evaluaciones de los chiquitos que ingresaban o, bueno, reevaluaciones periódicas, ese era el contacto. De todos modos, a veces no llegábamos, o sea eso era lo formal, ¿entendés?, después vos por ahí lo trabajas informalmente, a lo mejor yo me llegaba a estar en, este... donde ha sido kinesiología, nosotros lo llamábamos “*haciendo gimnasio*”. Así que bueno, ese el movimiento, después eh, en los últimos años trabajé con un chiquito paralítico cerebral, eh... ahí di con una kinesióloga que me gustó mucho y con ella trabajamos fundamentalmente en relación a determinadas posturas, para que, digamos eh... el chico... bueno, que lo beneficiaban; fundamentalmente en relación a eso... que ahí me llegué yo al consultorio para eso.

(¿Y en ese momento, plantearon determinar objetivos en común?)

No, no está planteado así como objetivo en común, no, no.

3 - 1 - ¿Ha trabajado en forma conjunta con un kinesiólogo? ¿Cómo?

Contestada anteriormente.

3 - 2 - ¿Han conformado alguna historia clínica en común?

Y yo ahora lo veo... eh, digamos como más necesario de lo que lo veía antes, porque yo lo veía como cuestiones instrumentales, me entendés... eh..., digamos, trabajo sobre determinadas cuestiones instrumentales, y en este momento yo trabajo más pensando en un sujeto, entonces, ya sea niño o adulto, digamos, se hace un sujeto constituido, sujeto en constitución eh..., si vos pensás que estás trabajando con el lenguaje de un sujeto digamos eh..., necesariamente digamos eh... bueno, eso centraliza, por eso te obliga a pensar en una cuestión más interdisciplinaria.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

Por eso te dijo, cuando, hace muchos años atrás yo creo que sobre todo desde la kinesiología eso era muy eh, recortado; se trabajaba en una cuestión más de entrenar, o se trabajaba más el músculo, eh... se trabajaba una postura pero, digamos este... estaba bastante... no aparecía la cuestión del deseo de esa persona, digamos, eh... recién te diría que cuando empezó en niños, cuando empezó toda la influencia de la gente de Buenos Aires, se empezó a hablar de estimulación temprana y demás, por lo menos en esa época... ahí hubo un quiebra digamos, ¿no?... en cuanto a poder pensar diferente. La terapia se reformó.

(Hay kinesiólogos que por ahí han pedido interconsulta con el fonoaudiólogo cuando recién tienen una traba en la terapéutica...)

Es la cuestión del obstáculo, claro eh... y bueno, ese es un buen motivo para derivar ¿no? Yo creo que uno deriva cuando aparece el obstáculo, lo mismo cuando derivas a psicología; cuando algo te hace obstáculo y vos ya dentro de tu campo no podés manejar eso, o sea... vos dentro de tu campo podés supervisar, si es por fuera si, si... digamos si esto ya no tiene que ver con tu campo, sino que te desborda eh... me parece que es el momento de derivar, ¿no?



**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

4 - ¿De qué forma considera que se obtienen mejores resultados, mediante la formación de un grupo homogéneo (Interdisciplina) o a través de la típica atención particular de distintas disciplinas (multidisciplina), en pacientes de estas características?  
¿Por qué?

Ehhh... sí, yo ya... a mí me gusta la idea de un equipo de trabajo, de todos modos a veces es una ilusión, digamos... que haya mucha gente, muchas personas en una institución no garantiza un Trabajo Interdisciplinario y a veces la Interdisciplina la podés llegar a lograr con una persona que no está trabajando con vos, bueno, si hay cierta... cierta posibilidad de intercambiar o prenderse y demás, bueno... se puede llegar a lograr con alguien que no necesariamente esté trabajando con vos, pero bueno, idealmente...

(¿Y qué trabas ves que dificultan la formación de este grupo?)

Y yo, lamentablemente, pienso que se juegan cuestiones económicas y cuestiones de poder, ¿no? Yo creo que se juegan... que cuando eso se puede dejar de lado entonces es más factible trabajar en equipo.

Con los médicos en general, lo que me ha sucedido es que, digamos, tengo que ir yo a... este... a... solicitar una interconsulta o a solicitar aclaraciones; es más difícil que el médico demande esto, ¿no?... De todos modos, yo creo que hay pediatras, hay neurólogos con los que se puede llegar a trabajar este... bien, pero en general, como el médico ve muchos pacientes, no tiene un trato tan personalizado con un paciente, entonces, digamos, esto es más bien una demanda... esta demanda de intercambio se genera más a partir de una necesidad, yo creo, de los fonoaudiólogos y supongo que de los kinesiólogos que del pedido del médico, ¿no?... Que como a lo mucho te pide algún informe escrito, este... pero esta cuestión de intercambio es más una demanda nuestra... sí.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

(Con respecto a la teoría de la posibilidad de la sobreestimulación...)

Claro, si en eso yo creo que hay que ser juicioso con niños pequeñitos, ahí... me parece que... hay que tener cuidado con... esto de ser muchos este... muchos profesionales, digamos, que atiendan a un niño pequeño; después, no reo que para un adulto pueda ser muy complejo tener una fonoaudióloga y un kinesiólogo digamos, allí no veo tanta dificultad.

5 - ¿Considera que la formación universitaria nos capacita para desarrollar en el ámbito laboral un Trabajo Interdisciplinario?

Bueno, yo desconozco los último años... hasta que conozco, hasta hace algunos años atrás que yo fui docente no había nada que apuntar, por lo menos a la función del fonoaudiólogo, a la práctica interdisciplinaria... este... No.

Yo creo que es algo que pasa desapercibido y que uno lo va... este... trabajando en, una vez que es profesional y se encuentra con la necesidad, digamos, como... lo que vos me decías antes, te aparece un obstáculo o te aparece una inserción en determinado este... plano laboral o en determinadas instituciones y ahí surge la necesidad; quizás, bueno, en fonoaudiología allá más acercamiento con psicología eh... no creo que haya realmente... que esté planteado el Trabajo Interdisciplinario en la formación, el Trabajo Interdisciplinario con kinesiología, la verdad que no.

Yo entiendo que, para ustedes, cuando se encuentran con un paciente no sabes si los comprende, si se puede expresar... ahí claramente debe surgir la necesidad... y para nosotros, bueno nos aparece cuando el problema motor obstaculiza digamos... este... la posibilidad de trabajar cómodamente con ese paciente... creo que aparece allí, ¿no?

1 - ¿Tiene experiencia en la atención de pacientes portadores de Síndrome Neuro Lingüístico (SNL) originados por Accidente Cerebro Vascular (ACV)? ¿Hace cuanto?

Mirá... yo particularmente con adultos tuve dos pacientes, una fue acá en el hospital con una secuela de ACV, pero que vino con... a los cinco años de haber tenido el ACV... y bueno, estuve trabajando un tiempo pero bueno... realmente en ese momento ya no había mucho para hacerle, los síntomas estaba como muy... había muy poca modificación por los cinco años del ACV... entonces en ese caso la derivamos a salud mental para trabajar más... desde... trabajar ella con todo lo que le había pasado con las secuelas de ACV y las pérdidas que había tenido a nivel familiar, así que no tuve posibilidad de trabajar mucho con este paciente... y después, también con un paciente con un ACV, que también abandona el tratamiento... habíamos empezado desde la parte inicial, en el período agudo... se empezaron a hacer las primeras entrevistas y después no vino más, o sea, no pudimos saber si le pasó algo... por el cual... cual fue el motivo del abandono... así que no... En realidad fueron esos dos pacientes y bueno... no es mi especialidad los adultos.

2 - ¿Tiene conocimiento acerca de una atención kinésica paralela? ¿La cree necesaria?

Ehhh..., la primera paciente no había recibido... o sea, ella había tenido todo lo que es rehabilitación cuando estuvo internada... había trabajado en ILAR (Instituto de Lucha Antipoliomelítica y Rehabilitación) la parte de kinesio; fono no se había trabajado y ella después aparece a los cinco años y bueno... por supuesto con toda su hemiplejía y demás, pero bueno, se manejaba sola, andaba con un bastón... yo sé que había tenido pero, por cuestiones de distancia, porque ella era de zona norte y tenía que

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

ir al centro... yo creo que ese fue el motivo por el cual ella no pudo seguir el tratamiento... en ese momento, acá no había servicio de rehabilitación, o sea que yo creo que ahí la variable fue la distancia, movilizarse... ella había perdido... su marido no tenía recurso económico, en un momento no tenía el pase de colectivo... o sea, yo creo que fue el tema económico del traslado y la distancia... por lo que no se pudo mantener el tratamiento... pero había empezado con kinesio.

Y el otro paciente, más que nada... había quedado con secuelas de afasia, digamos... no había problema motores, y por lo que parecía... y se pidió una evaluación fonoaudiológica.

2 - 1 - ¿Se comunicó con dicho profesional? ¿Por qué?

En el supuesto caso de haber tenido una atención paralela, sí... me hubiese comunicado con el kinesiólogo... o sea, en ese caso... en chicos me ha pasado... que se necesita kinesiología... es más, me ha pasado con pacientes que me parece importante una evaluación kinésica y bueno... por ahí hay gente que no se dedica a niños o por ahí hay algunos otros niños con trastornos del desarrollo donde, hay alteración de toda la parte motriz, pero por ahí no pueden evaluar a estos chiquitos porque... porque no es lo mismo evaluar a una persona adulta que puede comprender y ejecutar consignas y demás... pero sí, he pedido ayuda y pido ayuda cuando lo necesito porque me parece importante el trabajo en común... y aparte a mí me ha pasado en otros ámbitos, de necesitar los kinesiólogos porque... para bueno, para asesorarme de cual es la mejor manera de sentarlo, de la postura o de eh... chicos que tienen problemas en el control cefálico de bueno... cual es la manera por la cual ellos pueden estar sentados y focalizar la atención... como que me parece muy importante... no importa que yo esté haciendo fonoaudiología sino que yo tenga herramientas que me dé el kinesiólogo para eh... tema postura, como caminar, como ayudarlo a movilizarse porque en una sesión entra

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

en juego... todo y bueno, yo por ahí, en la parte privada trabajo mucho y uno está como muy dado con los otros profesionales como ser el kinesiólogo... acá en el hospital es más difícil porque son... se maneja más a nivel interconsulta... yo he bajado al servicio de rehabilitación cuando he necesitado pero me encuentro con que no hubo falta de... de ganas de poder trabajar de a dos y obviamente, el servicio tenía un perfil más de adultos y nosotros tenemos un perfil de niños... entonces tenía que ver más con eso de que con la posibilidad de trabajar en conjunto, en Interdisciplina.

3 - ¿Nos podría proporcionar una idea de su concepción acerca del Trabajo Interdisciplinario (kinesiólogo - fonoaudiólogo) con respecto a este tipo de paciente?

Contestada anteriormente.

3 - 1 - ¿Ha trabajado en forma conjunta con un kinesiólogo? ¿Cómo?

Sí, no particularmente en el hospital, pero en la parte privada está el kinesiólogo y yo, trabajando, viendo cual es la manera de... o sea... no en interconsulta si no trabajando los dos y viendo, bueno, ehhh... digamos, todo lo que tiene que ver con postura, con la parte manual, porque se necesita trabajar mucho con las manos y porque estamos trabajando con comunicación alternativa y necesitamos las manos para trabajar con cambios de figuras y por esto de que esté la kinesióloga viendo cual es... que tipo de material a él le va a resultar más fácil, desde lo manual y desde la coordinación sensoromotriz y que como por ahí, es otro trabajo, más de estar al lado y estar entre los dos viendo que estrategia... que material... e ir más a lo fino, el material, la sillita, ponerle los pies más arriba, no le dejés los pies colgando... y yo estoy trabajando, suponete muchos programas que tengan más que ver con el lenguaje, pero por ahí me ha pasado que el nene queda con los pies colgando y no... Y son cosas que por ahí uno va aprendiendo y yo ahora estoy, capaz que... no necesitas que esté la kinesióloga al lado,

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

pero yo ya sé que con este pacientito tengo que apoyarle los piecitos... uno va aprendiendo desde otra disciplina... “*mirá, no lo tomes así, tomalo de esta manera*”, “*cuando lo tengas que sentar, tené estos cuidados*” y son cosas que después uno va incorporando... que aprendió de otras... de otros saberes o de otro lugar... y después lo incorporás y son cosas que después empezás a incorporar... otras cosas y eso empezás a incorporar.

3 - 2 - ¿Han conformado alguna historia clínica en común?

No eh... acá cada servicio tiene su historia clínica, particulares digamos... si bien el paciente tiene que tener una historia clínica central, pero nosotros tenemos nuestras historias clínicas, pero nos sentamos... y porque tenemos protocolos, como más enfocados a estas áreas y, eh... a su vez, después tenemos que bajar y poner una síntesis, cuando el paciente ingresa, es dado de alta y se deriva, de la historia clínica central, digamos que es la centralizada... y entonces por ahí vamos viendo si el paciente fue a kinesio, si fue a otra especialidad, si concurre, si no concurre... pero que son datos, como que muy impreciso... yo creo que es más de tener una historia clínica única, deberíamos, llenar en esa historia clínica centralizada del paciente, o ahí que hay fichas de kinesio, de fono... o sea, me parece que, más que hacer una historia... una planilla, deberíamos que... estén todas en la historia clínica centralizada. Para que, si va la fonoaudióloga, y pueda ver, digamos todo este razonamiento, datos o historias evolutivas, no sé como se podría llamar... pero que todos tengamos acceso

Lo único que figura en la historia clínica es “*ingresó a fonoaudiología*”, cuando llega el diagnóstico de Fulanito, va a seguir en fonoaudiología, porqué... se deriva a neurología, kinesio o a abandono de tratamiento, que son como informaciones que son muy imprecisas... pero a mí me parece que sería importante que se pueda pensar como en planillas de seguimiento, de evolución, no sé como llamarlas... de todos los

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

servicios... que todos los servicios estén en la historia clínica central... si yo no estoy... me fui o me pasó algo, que el kinesiólogo pueda ir y tener un seguimiento colectivo de fonoaudiología y lo tenga a mano el pediatra y... me parece que esa sería la mejor manera de... lo más factible, lo más fácil de leer...

4 - ¿De qué forma considera que se obtienen mejores resultados, mediante la formación de un grupo homogéneo (Interdisciplina) o a través de la típica atención particular de distintas disciplinas (multidisciplina), en pacientes de estas características? ¿Por qué?

Ehhh... yo creo en la Interdisciplina y en la Transdisciplina eh... lo otro es que el paciente tiene un montón de personas que están trabajando con él y que como... no están ensamblados o trabajando en relación, me parece que eso no sirve, al pensar en intervenciones en común. La Interdisciplina me parece rica, pero yo agregaría la multi... la Transdisciplina, por esto que te decía... digamos, yo con el paciente eh... no me voy a dedicar a rehabilitar la parte física y hacer kinesio, pero me parece que puedo tomar, desde la kinesiólogía, algunas estrategias, que tiene que ver con la postura, con... digamos, con distintas técnicas que, yo no quiero decir que voy a tomar el papel de kinesiólogo, pero al paciente lo voy a ver como a un todo, trabajando el lenguaje, yo no me puedo olvidar de la postura, del tono muscular, del tronco, del control cefálico; entonces ahí, me parece que entra la Transdisciplina. Lo mismo en el kinesiólogo, si bien no va a trabajar en la comunicación, pero que tiene que manejar... supongamos, un paciente, un ACV, sin lenguaje; sería bueno que él pudiera manejar sistemas aumentativos o alternativos de la comunicación, porque vos en tu sesión te estás comunicando y necesitas que el paciente sepa lo que va a hacer... que vos le puedas preguntar y el no se pueda comunicar de manera verbal, y vos puedas utilizar una estrategia comunicativa... y ahí, más allá de que vos no estás interviniendo en el

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

lenguaje, pero, digamos, estás posibilitando que el paciente se pueda comunicar en una sesión de kinesio; y ahí, me parece que vos te podés nutrir de estrategias que tengan que ver con comunicación... y ahí está la Transdisciplina; yo creo que son las dos cosas, inter y trans... la multi, me parece, que no sirve para pensar en objetivos en común... como un todo... pero a mi no me parece que sirva.

(¿Considerás que hay trabas extra-profesionales que impidan el Trabajo Interdisciplinario?)

Sí, creo que hay varias trabas... la más importante, me parece, que tiene que ver con paradigmas, o sea, yo hago esto y... digamos, yo solamente sé de esto y vos no tenés por qué meterte en lo que yo hago. Esto tiene que ver con conceptos o paradigmas viejos, pero bueno... que no se pueda discutir o hablar de lo clínico o intercambiar opiniones o pensar distinto o correrte de lo que uno piensa... y pensar un poco en el paciente y bueno, ver, pensémoslo entre todos y bueno, ver... qué es lo mejor para él, y yo puedo estar en lo cierto o esto no es lo que está necesitando el paciente y, bueno, correrme y aceptar que el otro pueda decirme “*no, mirá esto es así...*”. Me parece que eso es un punto importante.

El segundo punto es buscar espacios dentro de la clínica, de ateneos, discusiones de caso clínico, donde vos tengas que tener, con el equipo, una reunión mensual, semanal... que sea necesario para hablar de los pacientes, pero estar en el mismo espacio físico de intercambio, de lectura, de aprender de otras disciplinas de cuestiones teóricas... me parece que no está instalado, porque uno se la pasa corriendo por acá, en lo público, y a veces eso se piensa que es pérdida de tiempo; porque cuando uno tiene que llenar la planilla, cuenta nada más la atención del paciente y esto es más importante, o sea... es tan o más importante que la atención del paciente, porque en una reunión uno puede priorizar, pensar en los objetivos en común, modificar estrategias de trabajo, reevaluar



**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

si lo que uno está haciendo, si lo que el equipo está haciendo, está encaminado o no, y... y me parece que enriquece; pero a veces, a nivel administrativo esto se ve como pérdida de tiempo... como que en realidad, uno después tiene que demostrar que esto es sumamente rico... y es también la cosa de orga... tiene que ver también con organización; imponer fijo y establecido, esos espacios clínicos... pero uno lo tiene que instalar; es difícil, a veces no coinciden los horarios, pero yo creo que hay que ser... por parte de las prácticas... es tan importante como estar sentado delante del paciente... esto es parte de la práctica profesional... lo que debería pensarse...

Habría que empezar a pensarlo por la integración en el ámbito público... yo por ahí... no con kinesio, porque ya te dijo ehhh... por ahí, por el tipo de paciente no lo estamos pudiendo hacer, pero con otras disciplinas como pediatría o salud mental se está empezando a hacer y bueno... es tan importante sentarse y esto tiene que ver con calidad y no con los números.

(Con respecto al coordinador del grupo interdisciplinario...)

Mirá, yo... no me parece porque si no, sería poner, capaz, en un profesional poner demasiada carga o como que... ser dueño de ese paciente; sí me parece que por ahí, se debería pensar como el vocero o como el líder de ese paciente, que pueda llegar a transmitir o ser el referente, pero hay veces que... cuando el paciente está con muchos profesionales, se pierde un poco el liderazgo... bueno, a ver quien es el que lleva... en realidad lo llevan a adelante todos, pero por ahí se debería pensar cual es la mayor problemática y que ese sea, un poco el líder o el referente, sin que el resto quede desdibujado, o pensarlo con el que el paciente tiene mejor referencia o mejor relación... yo creo que a eso hay que ir viéndolo caso por caso... sin que sea uno el que asuma el rol de liderazgo con ese paciente ehhh... pero a fines comunicativos de transmitirle, bueno, cuales son los objetivos, cómo transmitirle estas cuestiones a la familia, bajar

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

línea cuando hay que bajarla.. Pero eso, me parece, que tiene que ver con eso de que cuando el paciente... tiene como mejor onda, y que vos sabés que con esa persona él va a poder escuchar lo que se le está planteando, sin que el resto quede desdibujado... tiene que ver con quien transmite la información, quien es el referente de la familia... si por ejemplo, la mayor dificultad es en lo motriz, por ahí, el kinesiólogo debería ser el referente del equipo; y si la mayor dificultad está en la parte del habla, en la afasia, y lo otro no está tan alterado... por ahí el liderazgo lo podría llevar el fonoaudiólogo... pero me parece que tiene que ver con más con charlarlo en equipo y con cual el paciente se siente como más... como más... a gusto o con cual él, por ahí, acepta mejor las indicaciones. Me parece que eso es charlable y que no debe estar establecido de ante mano.

5 - ¿Considera que la formación universitaria nos capacita para desarrollar en el ámbito laboral un Trabajo Interdisciplinario?

No... No, nosotros en la facultad permanentemente, o sea, se estuvo hablando de la Interdisciplina bueno... pero en realidad se estaba hablando de multidisciplina... En realidad yo creo, que hasta, había errores conceptuales de los que nos estaban enseñando eh... era eso, era que cada uno tenía su lugar y que, bueno, se creía que el derivar tenía que ver con trabajar en Interdisciplina... porque después en la práctica uno ve que, cuando levantás el teléfono para hablar con el otro profesional, muchas veces como que crea que *“no...¿ para qué me estás hablando, qué me vas a cuestionar?”*... y no *“bueno, che, contame que está pasando con este paciente, que le pasa o que te parece, o sí pensamos alguna estrategia”*... como que siente como una invasión... porque en realidad de Interdisciplina no tuvimos nada... como que uno la empieza a construir eh... después. Después depende de la postura personal, yo particularmente, no me gusta trabajar sola, en el consultorio entran y salen otros profesionales; no me

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

molesta que tenga otra gente que me este mirando al lado, al contrario... y me gusta ver y meterme en el trabajo del kinesiólogo; o sea, no me gusta trabajar sola... me parece que es riquísimo el trabajo inter y Transdisciplinario y que a mí me ha servido para aprender un montón de cosas, como que... digamos, hasta es bueno que la gente se empiece a formar de esa manera, no encerrada en un consultorio, donde uno no sabe lo que hace el otro, donde vos no sabés... por ahí, muchas veces ha pasado que uno nunca sabe lo que hace la fonoaudióloga, porque está encerrada en su búnker y no sale ni abre la puerta; y yo creo que eso tiene que ver con cuestiones de inseguridad... pero no, uno necesita abrirse y que empiece a circular... el resto de los profesionales; porque por ahí, te pasa que no sabés lo que le pasa a un paciente y no sabés que hacer y necesitas que venga el otro, en este caso el kinesiólogo... *“decime que hago porque no tengo idea”* y esto tiene que ver con el correrse del lado de la omnipotencia, para estar abierto para aprender todo el tiempo... porque me parece, que en nuestro caso, uno no se puede centrar en la comunicación y descuidar estas cuestiones de motricidad, o que interferían en las otras áreas, y buscando otras estrategias se modificaba la atención y yo podía atender de la comunicación... y porque ahí uno se siente respaldado por el resto del equipo, que vos no estás solita, que cualquier cosa vos pedís *“auxilio”*.

(¿Te parece que el médico, en algunas situaciones, se opone al tratamiento interdisciplinario?)

Bueno, sí y no... sí, acá en el hospital, por ejemplo con algunos neurólogos y clínicos, que ellos derivan, pero después no se acercan a ver qué es lo que pasó con este paciente; no me ha pasado ni con kinesiólogos ni con pediatras... me parece que tiene que ver más con el cuerpo médico... a veces, me parece, que no tienen idea de lo que hacemos, me parece que no les interesa demasiado.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

Y en la parte privada... no, porque estoy empezando a trabajar con gente que terminamos pensando igual y que esa barrera se rompe... pero acá (en el hospital) me ha pasado, he escuchado en reuniones que ha habido muchos problemas con los médicos fisiatras... que a ellos se los ponen en el lugar de decidir que es todo el tratamiento que tiene que hacer el paciente y que, digamos, toman el poder de líder pero mal, es como que *“yo soy el jefe y yo tomo las decisiones sobre el paciente”* y eso me parece que pasa, porque he escuchado mucho con los fisiatras y con algunos neurólogos y clínicos que trabajan con adultos... los que trabajamos con niños como que me parece que... estamos empapados más en el Trabajo Interdisciplinario, no sé por qué con el adulto, me parece que esto no se da... es una percepción.

1 - ¿Tiene experiencia en la atención de pacientes portadores de Síndrome Neuro Lingüístico (SNL) originados por Accidente Cerebro Vascular (ACV)? ¿Hace cuanto?

Sí, sí... tengo experiencia con este tipo de paciente... desde hace varios años...jejeje... prefiero no especificar hace cuantos...jejeje...

2 - ¿Tiene conocimiento acerca de una atención kinésica paralela?

Sí, desde un primer momento fue atendido por el servicio de kinesiología... así que bueno... siempre estuvimos... si se puede decir... mano a mano, con el paciente.

¿La cree necesaria?

Si, obviamente... es realmente necesario la atención kinésica por el echo del trastorno motor... ese es un área de incumbencia... un área donde nosotras no estamos capacitado.

2 - 1 - ¿Se comunicó con dicho profesional? ¿Por qué?

Como te dije anteriormente... desde el primer momento de la derivación, estuvimos en contacto acerca su clínica y... bueno, todo lo que se refiere a paciente en general...

3 - ¿Nos podría proporcionar una idea de su concepción acerca del Trabajo Interdisciplinario (kinesiólogo - fonoaudiólogo) con respecto a este tipo de paciente?

Y si no, no tanto, quizás...el fonoaudiólogo, el kinesiólogo y el paciente... no siempre los tres, como que más el fonoaudiólogo y el kinesiólogo aparte... una cuestión más multidisciplinaria... que haya más contacto entre los profesionales... o sea, el hecho de que estén trabajando los tres.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

También hay que destacar si la institución presenta servicio de fonoaudiología... es, por ahí, también lo que nos pasa con fisiatría en ciertos momentos... vos podés estar trabajando con el kinesiólogos y el paciente y no hay una conexión entre el... fonoaudiólogo y el kinesiólogo, que eso es lo primero que debería haber para poder instrumentarlo en el paciente, a mí forma de expresar, no sé... va...

3 - 1 - ¿Han conformado alguna historia clínica en común?

No, no la he practicado, pero sigo insistiendo... sería lo ideal. Yo creo que primero debería haber tres historias clínicas por separado (médica, kinésica y fonoaudiológica) y después una global. Cada uno en su incumbencia y una incumbencia en general en la que todos aporten.

(¿Considerás que hay trabas extra-terapéuticas que dificultan la formación de un grupo interdisciplinario?)

Siempre... burocráticas siempre, y profesionalmente... depende con quien... o sea, depende con quien sería el profesional que te acompañe... no solo el que... el hace lo tuyo y el hace y... vos hacés... cada uno hace lo suyo... no o sea en el hecho de compartir las ideas... en eso no va... no es que vos hacés lo mío y yo hago lo tuyo... eso de que los dos tengamos la misma mirada, eso no.

También juega el hecho de que el médico “*siempre tiene la razón*” eso ya viene de historia... el médico es el médico y punto y aparte. Pero también nosotros tampoco “cedemos” nuestra parte, nuestro pensamiento... es algo en conjunto, la falta de flexibilidad es de ambos; no solamente pasa por el médico, por el fonoaudiólogo, el psicólogo.

**GARCÍA KUMAGAE, FERNANDO N.**

(¿Consideran que hay algún profesional-disciplina que esté capacitado para ocupar el rol de coordinador de grupo?)

No, no tendría que haber ningún coordinador y más si se trabaja interdisciplinariamente, a eso vamos, a que no haya uno que encabece... no un coordinador sino una coordinación de grupo. Se debería tomar un referente más que un coordinador...lo ideal sería alguien que llame y diga "¡juntémosno".

4 - ¿De qué forma considera que se obtienen mejores resultados, mediante la formación de un grupo homogéneo (Interdisciplina) o a través de la típica atención particular de distintas disciplinas (multidisciplina), en pacientes de estas características?  
¿Por qué?

Contestada anteriormente.

5 - ¿Considera que la formación universitaria nos capacita para desarrollar en el ámbito laboral un Trabajo Interdisciplinario?

Sí... de la práctica... es en lo que más se hace hincapié a que nosotros tenemos que trabajar interdisciplinariamente... de ahí en el lugar que te toque... no, aparte en el lugar o en la práctica que te toque, que puedas o no trabajar interdisciplinariamente o puedas... llegar a volcar todo... toda esa información y toda esa formación interdisciplinaria... eso depende... eso depende del lugar que te toque pero siempre... pero no en todo momento trabajás interdisciplinariamente.

Pero lo que pasa es que depende de la facultad que cada no tiene... en medicina no se trabaja interdisciplinariamente.