



# TRATAMIENTOS FONOAUDIOLÓGICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

TESIS DE LICENCIATURA  
FGA. FLORENCIA ANAHÍ GÓMEZ



TUTORA: LIC. CROCI, CLARIBEL  
ASESORAMIENTO METODOLÓGICO: LIC. MARIANA GONZALEZ  
DRA.MG. MINNAARD, VIVIAN

***“El ser humano sabe hacer de los obstáculos  
nuevos caminos  
porque a la vida le hace falta  
el espacio de una grieta para renacer”***

Ernesto Sabato

A Maximiliano, Simón y Gaspar

A mi marido, pilar fundamental en mis estudios y en mi vida, agradezco su paciencia, su compañía, y su apoyo incondicional para que aquello que en algún momento parecía tan lejano e imposible hoy esté sucediendo.

A mis hijos, Simón y Gaspar, gracias por la paciencia, por donarme mucho de su tiempo para que pudiera llegar a cumplir con los objetivos de la carrera, y por el amor que me dan, es por ustedes que este enorme sacrificio valió y vale enormemente la pena, mamá se levanta cada mañana pensando en lo mejor para ustedes.

A mis padres y mis suegros, por creer en mí, por el apoyo y por cuidar tan bien de mis hijos durante esas largas horas de estudio.

A la Lic. Claribel Croci agradezco su paciencia, tiempo y sobre todo la dedicación que tuvo para que esto saliera de manera exitosa, su generosidad a la hora de transmitir saberes y experiencias para convertirme en una mejor profesional, y sobre todo, por la pasión que contagia a la hora de ejercer la profesión que elegimos.

A Vivian Minnaard y Mariana Gonzalez, por su paciencia, exigencia e insistencia para que no bajara los brazos, gracias a ustedes tomé el impulso que me faltaba para llegar a la meta.

Y por último, pero no menos importante, a mis compañeras y amigas, Ailín, Daiana, Manuela y Camila, por la ayuda, el empuje y la contención que me brindaban todos los días para que siguiera adelante, sin duda el camino fue mucho más lindo junto a ustedes.

La Atención Primaria de la Salud es el contacto inicial entre la sociedad y el Sistema Sanitario. Las historias clínicas registradas y archivadas son un reflejo del tránsito de los pacientes por dicho sistema.

**Objetivo:** Analizar los motivos de consulta, el tránsito del tratamiento y los aspectos que determinan la finalización de la atención fonoaudiológica, plasmados en historias clínicas de pacientes que concurren a un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Mar del Plata que inicien tratamiento durante el periodo 2015.

**Materiales y método:** Investigación cuantitativa descriptiva abordando el análisis con la utilización de datos ya existentes en historias clínicas. Se trabajó sobre una muestra no probabilística conformada por 34 niños entre 3 y 14 años de edad que hayan concurrido a un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Mar del Plata y que iniciaron el tratamiento durante el periodo 2015.

**Resultados:** Los motivos de consulta son en más del 50% de los casos dificultades del habla, los cuales tienen como diagnóstico presuntivo dislalias múltiples. La mayor cantidad de ingresantes abarcan las edades de 4,5 y 6 años, predominando el sexo masculino por sobre el femenino. Como agente de derivación se encuentra en primer lugar la escuela, lo cual coincide con el mes de mayor ingresos al sistema, siendo este marzo, inicio de clases. Como agente informante en casi la totalidad de los casos se registró la madre del niño.

Más del 50% de los pacientes presentan una asistencia irregular, y un 52% de los casos estudiados fueron dados de baja antes de finalizar el tratamiento. Solo un 29% de la totalidad de los niños fue dado de alta luego de cumplir con las metas establecidas por el terapeuta.

**Conclusiones:** La mayoría de los niños ingresados al Sistema de Salud Pública por el servicio de fonoaudiología consultan por dificultades del habla, las edades predominantes abarcan entre los 4 y los 6 años, la asistencia de estos pacientes es irregular y más de la mitad son dados de baja antes de concluir el tratamiento.

**Palabras claves:** Atención Primaria de Salud – Fonoaudiología – Historia clínica- Tratamiento

Primary Health Care is the initial contact between society and the Health System. Registered and archived medical records are a reflection of the patients' transit through this system.

**Objective:** To analyze the reasons for consultation, the transit of the treatment and the aspects that determine the finalization of the phonoaudiology care, reflected in clinical records of patients who attend a Primary Care Center in the city of Mar del Plata, who begin treatment during the 2015 period.

**Materials and method:** This research is of a descriptive quantitative type based on numerical measurement and statistical analysis, to establish patterns of behavior by approaching the analysis with the use of data already existing in clinical histories. We worked on a non-probabilistic sampling consisting of 34 children between 3 and 14 years old who had attended a Primary Care Center in the city of Mar del Plata and who began treatment during the 2015 period.

**Results:** The reasons for consultation are in more than 50% of the cases speech difficulties, which have as presumptive diagnoses multiple dyslalia. The largest number of entrants covers the ages of 4.5 and 6 years, predominantly male over female. As a referral agent, the school is located first, which coincides with the highest income month in the system, this March being the beginning of classes. As informant agent in almost all cases the mother of the child was registered, and there is little or no information on the father's side, despite the fact that 70% are related families.

More than 50% of the patients presented irregular care, and 52% of the cases studied were discharged before the end of treatment. Only 29% of all children were discharged after meeting the goals established by the therapist.

**Conclusions:** The majority of the children admitted to the Public Health System by the phonoaudiology service consult for speech difficulties, the predominant ages range from 4 to 6 years, the attendance of these patients is irregular and more than half are given of low before concluding the treatment.

**Keywords:** Primary Health Care - Phonoaudiology - Clinical history - Treatment

Introducción .....	1
Capítulo 1: <i>Sistema de Salud en Argentina</i> .....	4
Capítulo 2: <i>La Fonoaudiología dentro del Sistema de Salud</i> .....	14
Diseño Metodológico .....	23
Análisis de Datos .....	32
Conclusión .....	47
Bibliografía .....	50

# INTRODUCCIÓN



Los establecimientos sanitarios son importantes dentro de la comunidad ya que dedican sus servicios a fomentar y proteger la salud individual y colectiva de las personas. Según la OMS (1978)<sup>1</sup>

*“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.”*

Lo que busca dicha atención es la descompresión de Hospitales, permitiéndole a la sociedad que sea atendida en establecimientos cercanos a su lugar de residencia.

Debido a que el índice de pobreza incrementa cada año, mayor cantidad de población acude para realizar su atención a estos centros, con el fin de perpetrar tratamientos; desde el sector de fonoaudiología se trabajan las diferentes áreas de la comunicación: lenguaje, habla, voz y audición.

*“La nuestra es una profesión que se nutre de la teoría, pero se construye en el hacer práctico, en la intervención presencial sobre la patología de la comunicación que presenta el paciente” (Vázquez Fernández, 2013)<sup>2</sup>*

Es muy importante realizar una precoz detección y diagnóstico a fin de disminuir las consecuencias que se pueden presentar en un niño en desarrollo, como así también identificar ciertos signos característicos que favorecen el inicio de un abordaje multidisciplinario que también requiere la cooperación activa de la familia.

La actividad profesional en salud, requiere del uso de informes que pueden emitirse en distintos momentos del curso del tratamiento y suelen centrarse en aspectos diagnósticos, terapéuticos, evolutivos, entre otros. El informe clínico sirve para valorar a través de la historia clínica del paciente, las pruebas realizadas de evaluación y diagnóstico, el tratamiento o intervención, el estado en el que se encuentra el niño y las indicaciones que deberá seguir en el futuro.

La primera y principal fuente de información para realizar los informes fonoaudiológicos es la anamnesis, donde quedan almacenados los datos personales y familiares del niño, actuales y anteriores a su consulta.

*“La anamnesis es la clave para hacer una primera aproximación al diagnóstico, para trazar un plan de estudio de su enfermedad y para prevenir posibles complicaciones derivadas de las pruebas exploratorias o del tratamiento” (Soto, 2011)<sup>3</sup>*

---

<sup>1</sup> OMS. Organismo de la Organización de las Naciones Unidas especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

<sup>2</sup> Patricia Vázquez Fernández, directora del doctorado en fonoaudiología en la UMSA.

<sup>3</sup> José Soto, director gerente del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Es necesaria la elaboración de informes clínicos para facilitar el mantenimiento de la historia clínica, la continuidad asistencial y el trabajo multidisciplinario, cada uno de estos informes deberá ser común para cada centro y único para cada paciente atendido en él. Según el Código de Ética y Deontología Médica (1999)<sup>4</sup>

*“La información clínica forma parte de todas las actuaciones existenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo a su propia y libre voluntad.”*

La historia clínica del niño no solo tiene datos familiares, de las observaciones clínicas y datos cuantitativos, sino también, informa sobre un presunto diagnóstico que se corrobora con el seguimiento del paciente y ayuda a orientar al profesional a abordar el tratamiento de la forma más adecuada. A su vez, dicha información es de suma importancia a la hora de hacer un relevamiento de datos para determinar qué aspectos son los más notables en el área fonoaudiológica de los Centros de Atención Primaria de Salud.

Ante lo expuesto anteriormente surge el siguiente problema de investigación:

- ¿Cuáles son los motivos de consulta, el tránsito del tratamiento y los aspectos que determinan la finalización de la atención fonoaudiológica, plasmados en historias clínicas de pacientes que concurren a un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Mar del Plata que inicien tratamiento durante el periodo 2015?

El objetivo general es:

- Analizar los motivos de consulta, el tránsito del tratamiento y los aspectos que determinan la finalización de la atención fonoaudiológica, plasmados en historias clínicas de pacientes que concurren a un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Mar del Plata que inicien tratamiento durante el periodo 2015.

Los objetivos específicos son:

- Analizar la edad de admisión, para saber si los tratamientos son iniciados de manera temprana o tardía.
- Indagar el tipo de sexo para conocer cual predomina.
- Sondear el motivo de la consulta y el agente responsable de derivación.
- Determinar el informante y los grupos de referencia para conocer composiciones familiares de la muestra.
- Examinar el diagnóstico presuntivo.
- Indagar sobre el tratamiento fonoaudiológico recibido.
- Establecer los aspectos que determinan la finalización del tratamiento fonoaudiológico.
- Indagar la percepción profesional del fonoaudiólogo encargado del área, sobre los tratamientos realizados en los CAPS.

---

<sup>4</sup> El Código de Ética y Deontología Médica, establece el reconocimiento y la necesidad de regular los colegios profesionales y el ejercicio de los profesionales titulados.

# CAPÍTULO I

SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA

La noción de salud no sólo es la no aparición de enfermedades o afecciones, sino que va más allá de eso, puede ser explicada como el grado de eficiencia del metabolismo y las funciones de un ser vivo a nivel celular o social. (Rodríguez Chicaiza, 2017)<sup>5</sup>. El estilo de vida, o sea el tipo de hábitos y costumbres que posee una persona, puede ser beneficioso para la salud, pero también puede llegar a dañarla o a influir de modo negativo sobre ella. Según OMS (1948)<sup>6</sup>

*“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*

Al hablar de sistema de salud, se hace referencia a todas las organizaciones, establecimientos y recursos cuyo primordial objetivo es mejorar la salud. En Argentina está compuesto por tres sectores poco integrados entre sí y fragmentados también en su interior: el sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado.

*“Un sistema de salud es un conjunto ordenado de instituciones, personas, legislación y procedimientos que articuladamente confluyen en un objetivo: un mejor nivel de salud para una comunidad determinada”.* (Maya Mejía, 2005)<sup>7</sup>

En el subsistema público los recursos provienen del sistema impositivo que abastece servicios de salud de forma gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de salud, supuestamente, a toda la población.

El subsistema de Obras Sociales está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud, proveen infraestructura y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de Obras Sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI). Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado.

El subsistema privado es un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios, se financia a partir del aporte voluntario de

---

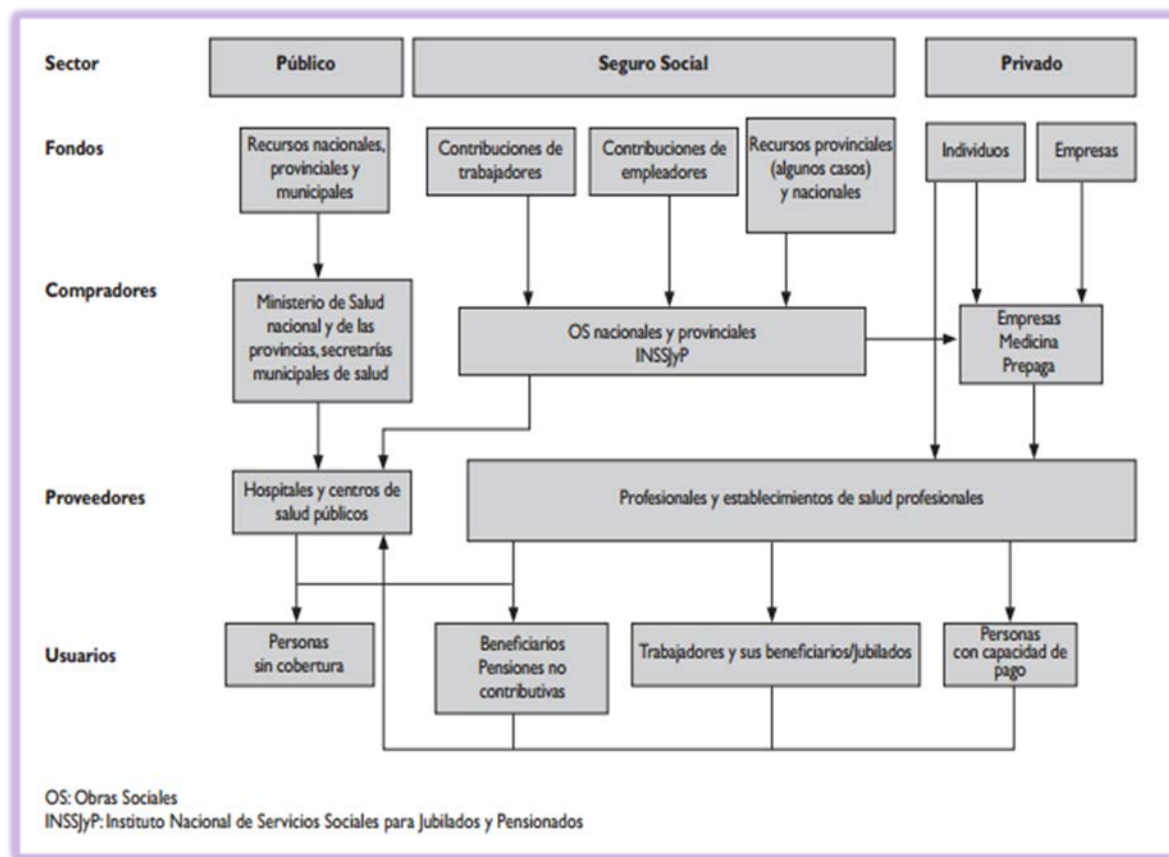
<sup>5</sup> El objetivo del proyecto de investigación fue diseñar una estrategia educativa dirigida al equipo de salud, pensando en la necesidad de optimizar el grado de calidad conjuntamente con la satisfacción en la atención al paciente que acude a Consulta externa del Centro de Salud Morete Puyo.

<sup>6</sup> Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

<sup>7</sup> Jefe de programas especiales del departamento de Antioquia; director General del Hospital La María; jefe de posgrado de Medicina de la Universidad CES, jefe de Investigación, de posgrados de Salud Pública, director médico de la Clínica El Rosario, evaluador de diferentes instituciones y programas de Educación Superior del país por encargo del Ministerio de Educación Nacional desde 1996 a la fecha, decano de la Facultad de Medicina del CES y rector desde el 2000.

sus usuarios que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos y que muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social (doble afiliación).

Imagen N°1: Organización del Sistema de Salud en Argentina



Fuente: Belló - Becerril Montekio (2011)<sup>8</sup>

Según Tobar (2001)<sup>9</sup> la Argentina se diferenci6 durante muchos a6os por la eficacia y calidad de su sistema de salud, pero hace ya prolongado tiempo que el 6rea ve reducidas sus capacidades y afronta problemas cada vez m6s significativos. En las 6ltimas d6cadas, el sistema p6blico, que est6 compuesto por los hospitales p6blicos y los centros de atenci6n primaria de la salud que se desempe6an bajo la coordinaci6n de Ministerios y Secretar6as de la Salud de las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial o municipal) y que proporciona servicios de provisi6n gratuita, sufri6 un gran detrimento. A su vez, este escenario actu6 como disparador de un incremento expansivo del sistema de seguridad social (Obras Sociales) que se convirti6 en el principal veedor de servicios hasta que sus problemas se agudizaron en el transcurso de la d6cada de los ochenta como resultado de m6ltiples factores: entre ellos, la p6rdida de recursos y la debilidad institucional. Sin embargo, un componente a6n m6s importante que influy6 en la crisis de las Obras Sociales se segrega del creciente proceso internacional de tercerizaci6n del trabajo y la resultante p6rdida de peso de los sindicatos. En la Argentina, este inconveniente se hizo visible aunque no se ahond6

<sup>8</sup> En este art6culo se describe el sistema de salud de Argentina, que est6 compuesto por tres sectores: p6blico, de seguridad social y privado.

<sup>9</sup> Todo sistema de salud puede ser pensado como la articulaci6n de tres componentes: modelo de gesti6n, modelo de atenci6n o asistencial, modelo de financiaci6n.

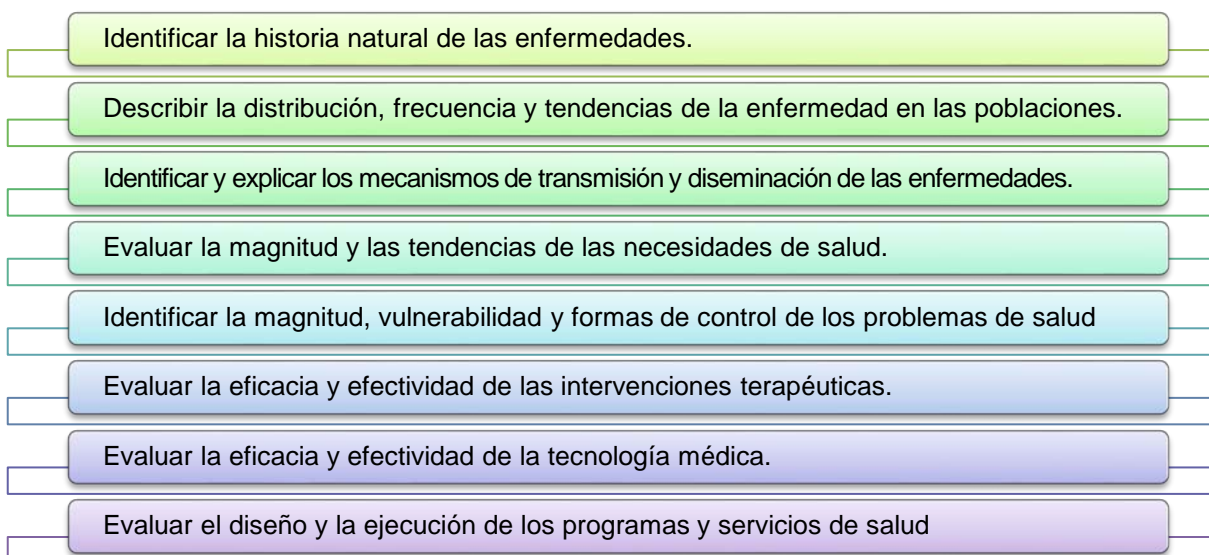
como era esperable presumir puesto que, aún ante el aumento cada vez mayor del empleo informal y la consecuente pérdida de los aportes obligatorios de los trabajadores, no se debilitó en igual medida la cantidad de usuarios de las Obras Sociales.

Es significativo precisar que el equilibrio se centra en el acceso, financiamiento y/o la distribución equitativa de los servicios según necesidad sanitaria. La distribución equitativa de los recursos y servicios de acuerdo a las necesidades intenta enfrentar de manera justa los problemas de salud que surgen en la sociedad (Frenk, 2005)<sup>10</sup>.

*“Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.”* (O.P.S, 1946)<sup>11</sup>

Frenk (2016)<sup>12</sup> menciona que en algunos países industrializados hubo una tendencia a que el sector privado preste la mayor parte de los servicios terapéuticos personales, mientras que el sector público asuma el compromiso de los servicios preventivos y no personales, los cuales suelen ser dificultades que se producen con alta frecuencia. La Salud Pública abarca mucho más que la biología humana, ésta registra la importancia de aquellos aspectos sociales de los problemas de salud, que son causados por los estilos de vida, muchos problemas de salud son vistos más como un problema social, y no solamente como un problema individual.

Diagrama N°1: Principales usos de la salud pública



Fuente: Adaptado de Toledo Curbelo (2004)<sup>13</sup>

<sup>10</sup> Asesora de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud. Chile

<sup>11</sup> La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un organismo internacional de salud pública con casi 100 años de experiencia dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Es parte del Sistema de las Naciones Unidas y Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. La OPS es también la agencia especializada en salud del Sistema Interamericano de la OEA (Organización de Estados Americanos).

<sup>12</sup> También menciona que la Salud Pública es punto de encuentro entre lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción.

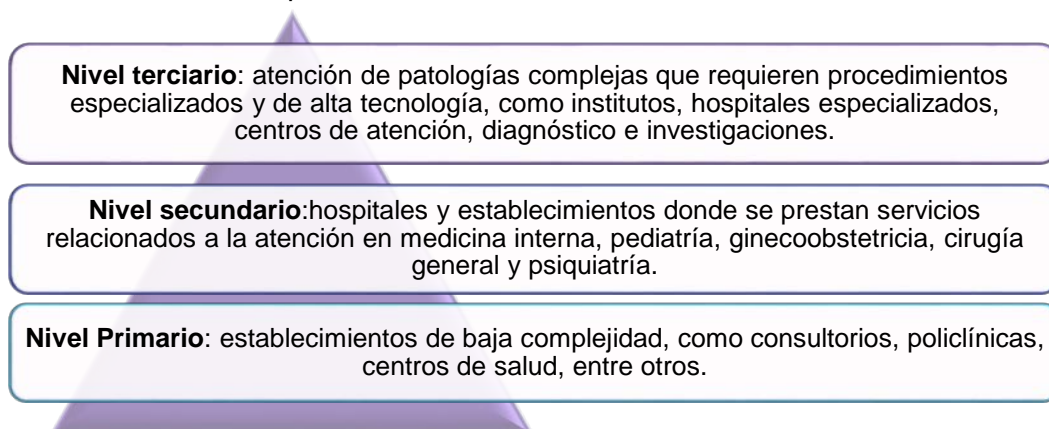
<sup>13</sup> Doctor en Ciencias Médicas Profesor de Mérito del Ministerio de Educación Superior y del ISCM-H Profesor. Consultante del ISCM-H. Especialista de II Grado en Epidemiología. Investigador Titular de la Academia de Ciencias de Cuba. Máster en Epidemiología de la Universidad Karolinka de Praga, Checoslovaquia.

Es importante destacar que el sistema de salud pública en Argentina se divide en tres niveles de atención dependiendo de la complejidad de los casos de enfermedad a atender y de los recursos necesarios para poder resolver los problemas que dichas patologías presentan. Con esto se busca organizar la atención de los usuarios dependiendo de su dificultad.

*“Una condición esencial para brindar una atención integral, es que dentro de la estructura institucional de los sistemas de salud exista una clara definición de los niveles de asistencia médica, a fin de ofrecer a los miembros de la comunidad el tipo de servicio que realmente necesitan de acuerdo con su estado de salud, enfermedad o invalidez”. (Roca Goderich, 2002)<sup>14</sup>*

A continuación, se presenta un esquema indicando los niveles de atención, el grado de complejidad del que se encarga cada uno y el lugar donde se realiza la atención dependiendo de las necesidades de la misma.

Esquema N° 1: Niveles de atención sanitaria



Fuente: Adaptado de Vignolo (2011)<sup>15</sup>

El primer nivel de atención o atención primaria está compuesto por los centros que se ocupan de las acciones para prevenir enfermedades, atienden las patologías más frecuentes y menos graves y tienen una relación directa con la comunidad.

*“La atención primaria de salud (A.P.S.) provee “atención de salud esencial”, la cual es universalmente accesible a individuos y familias de la comunidad, y tan cerca como sea posible de donde la gente vive y trabaja. Esta atención está basada en las necesidades de la población, está descentralizada, y requiere de la activa participación de la comunidad y de la familia”. (Alma-Atta, 1978)<sup>16</sup>*

<sup>14</sup> Autor del libro “Temas de Medicina Interna”. Realizó misiones internacionalistas en varios países como España, Japón y Francia. Participó en el Congreso Mundial de Medicina Interna. Fue miembro activo de numerosas comisiones nacionales para distintos asuntos; y durante un tiempo, en sus inicios de constituido, Presidente del Consejo Provincial de Sociedades Científicas

<sup>15</sup> Profesor del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Montevideo.

<sup>16</sup> La Declaración de Alma-Ata definió la atención primaria de salud como un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud.

En el segundo nivel de atención se encuentran los hospitales generales que atienden pacientes derivados de los centros del primer nivel de atención y se ocupan del diagnóstico y del tratamiento de patologías que no pueden ser solucionadas en ese nivel. El Tercer nivel de atención abarca hospitales o centros especializados en donde se tratan patologías más graves que exigen técnicas de diagnóstico y tratamiento complejas

*“Los problemas de la Medicina como rama del Estado, no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo modo que no puede haber una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría. Solo sirven las conquistas científicas sobre la salud si estas son accesibles al pueblo.” (Carrillo,1951)<sup>17</sup>*

El servicio de salud pública en el Partido de General Pueyrredón tiene su base en una red de Centros de Atención Primaria de la Salud que funcionan como la entrada al sistema para los habitantes de los diferentes barrios de Mar del Plata y Batán. Este servicio primario se articula con un Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA). A su vez funcionan en el partido dos hospitales provinciales y sigue los lineamientos de la política sanitaria de la Nación, logrando de esta manera una cobertura en todos los niveles. La población de Mar del Plata y Batán cuenta en la actualidad con 34 Centros de Atención Primaria de la Salud Municipales (CAPS) que ofrecen servicio en todos los barrios. El Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias fue inaugurado en 2012 con el objetivo simultáneo de fortalecer el servicio que brindan los CAPS y mejorar el trabajo de referencia y contra referencia con los hospitales públicos provinciales con presencia en la ciudad. Estos datos pertenecen a Municipalidad de General Pueyrredón (2017)<sup>18</sup>.

Es importante lograr que el Sistema de Salud evolucione en su totalidad de acuerdo con la orientación y el contenido de las nuevas políticas, estrategias y planes de acción y que la Atención Primaria de la Salud no se conviertan en un sistema paralelo, con esto se quiere decir, que se convierta en medicina de mala calidad, para ciudadanos de segunda, con profesionales y tecnología de segunda, sino que la misma tiene que reorientar los Sistemas de Salud ya existentes. Hay que definir el “Sistema Sanitario” como un conjunto efectivo de componentes que se relacionan entre sí y que producen un efecto combinado en la salud de una población. La Atención Primaria de la Salud se encarga del contacto inicial entre la comunidad y la salud, a partir de esto, se dedica a la

---

<sup>17</sup> Para ampliar información se recomienda leer “Plan sintético de Salud Pública 1952-195 “por el Dr. Ramón Carrillo. Resolución N° 31.412. Enero 26 de 1951.

<sup>18</sup> Información brindada en la página oficial de la Municipalidad de General Pueyrredon.



prevención, el fomento de la salud, y la solución de problemas comunes, que deben constituir la principal línea de acción. Para que el Sistema Sanitario esté equilibrado la atención primaria de la salud debe: incluir a la totalidad de la población sobre una base de igualdad; contener componentes de diferentes sectores que contribuyan a la salud; ser el primer punto de contacto entre la población y el Sistema Sanitario; proveer de los elementos necesarios para resolver problemas de salud que no pueden resolverse en el plano local, como lo son la formación y orientación permanente de la comunidad y los agentes de salud; tener expertos en planificación y gestión, como así también apoyo financiero y logístico centralizado, y por último facilitar la coordinación de todo el sistema (Lemus, 2003)<sup>19</sup>

Como menciona Rubinstein (2003)<sup>20</sup> esencial a la noción de un sistema de salud organizado por niveles de atención, está el conocimiento de que hay un punto de ingreso cada vez que se requiere resolver un nuevo inconveniente de salud. Los encargados del acceso son el profesional de atención primaria, ya que, la población carece del conocimiento técnico como para tomar decisiones sobre el tipo de cuidados y tipo de especialista necesario para cada problema de salud, y la accesibilidad, debido a que si no hay un acceso adecuado, los cuidados pueden demorarse al punto que afecten seriamente el diagnóstico y tratamiento de las patologías y a la vez provoca en los usuarios insatisfacción con el sistema de atención y tendencia a la sobreutilización de servicios alternativos tales como consultorios de urgencia o guardias de emergencia. Hay dos tipos de accesibilidad, uno es la socio-organizacional que tiene que ver con características del sistema de atención, esto hace referencia al pago de coseguros para el acceso determinados servicios, trámites administrativos engorrosos para poder realizar determinadas prácticas y las diferencias culturales o idiomáticas entre los pacientes y los profesionales de la salud, entre otros; la otra es la geográfica, que tiene que ver con la distancia y el tiempo que se deben insumir para utilizar dichos servicios. Se puede decir que la accesibilidad es el esqueleto de la Atención Primaria, pero para que el sistema funcione es necesaria la continuidad y el contacto personal con el paciente.

Con el fin de garantizar el derecho a la salud integral y de mantener una organización y sistematización para que las acciones llevadas a cabo cumplan con sus objetivos, se creó la Ley 153, el 25 de febrero del año 1999. En la misma se plasman los

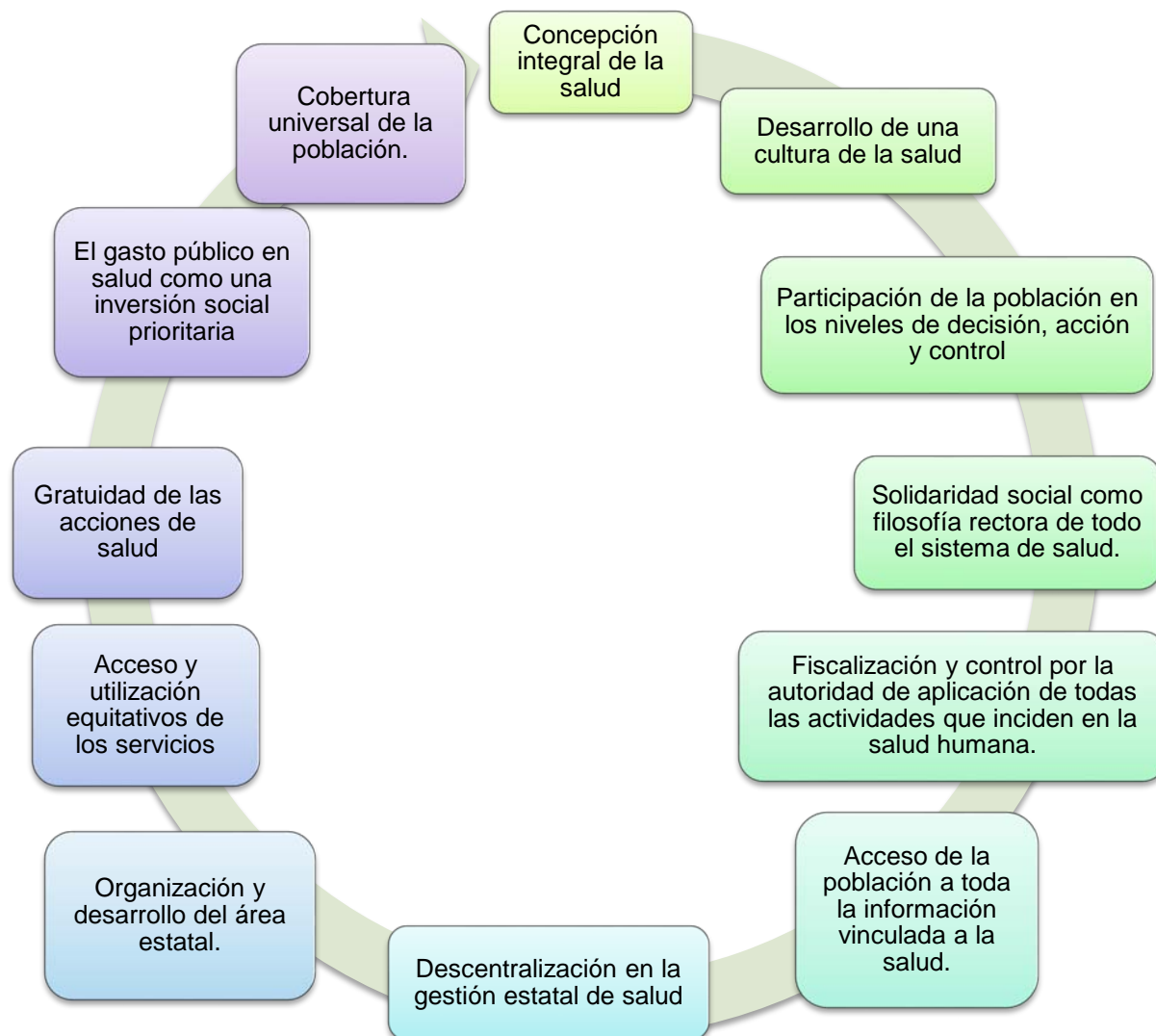
---

<sup>19</sup> La APS como estrategia de organización de los servicios sanitarios hace referencia a la necesidad de que éstos deben estar diseñados y coordinados para poder atender a toda la población y no sólo a una parte de ella, ser accesibles y proporcionar todos los cuidados propios de su alcance.

<sup>20</sup> Un abordaje integral en atención de la salud involucra: el reconocimiento del problema, diagnóstico, manejo y seguimiento.

objetos, alcances y principios que se tienen que llevar a cabo para que el Sistema de Salud funcione correctamente.

Esquema N°2: Objetos, alcances y principios de la salud.



Fuente: Adaptado de Ley N° 153/ 99 (1999)<sup>21</sup>

Según la OPS (2008)<sup>22</sup> la constitución de un equipo de atención primaria debe concordar con las características específicas del sistema y la comunidad a la que se le provee el servicio, por eso, no hay modelos universales que permitan representar una estructura válida para todos los lugares y contextos sociales. Lo que define un bloque de salud no es el tipo de profesionales que lo componen, o su relación cualitativa respecto a la

<sup>21</sup> La ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin.

<sup>22</sup> Se sugiere ampliar información con la lectura de la siguiente publicación "Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS".

población, sino la forma organizativa a través de la cual su distribución y funcionamiento se adecuan para solucionar las necesidades del individuo, la familia y la comunidad.

El área de fonoaudiología dentro de los CAPS se encuentra dentro del Equipo de Salud Mental, como figura en la Ley Nacional de Salud Mental decreto 603/2013(2013)<sup>23</sup> . En el Art.8 se establece que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Enfermería, Terapia Ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. A su vez el Art.14 manifiesta que los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

Esquema N°3: Áreas del equipo de Salud Mental



Fuente: Adaptado de decreto 603/2013 Ley Nacional de Salud Mental (2013)<sup>24</sup>

Zurro (2005)<sup>25</sup> redactó en un artículo que la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad que tienen los servicios ofertados por los centros y equipos de atención primaria,

<sup>23</sup> La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional.

<sup>24</sup> Ley sancionada durante el periodo de presidencia de la Dra. Fernández de Kirchner.

varían en función de factores, que tienen su origen en los distintos elementos que intervienen en el proceso asistencial y en sus resultados: la organización, las dotaciones de los centros y las consultas, las características de los profesionales y de los propios usuarios. La satisfacción con la atención recibida es un resultante de la interacción conjunta de estos grupos de factores y, por ello, suele ser dificultoso analizar, bajo la perspectiva de causa efecto, el papel de cada uno de ellos aisladamente. Entre el grupo de factores relacionados con las características de los profesionales, destacan los que posibilitan establecer una adecuada relación con el paciente y una atención amable y personalizada.

En una investigación realizada por Martín, Gallardo, Gómez y Fernández (2005)<sup>26</sup> se llegó a la conclusión de que la atención personalizada, el tiempo ofrecido por el profesional, la prolongación de los cuidados y la lista de espera son las primordiales áreas relacionadas con la complacencia apreciada por los pacientes.

*“Una de las premisas conceptuales de la AP (atención primaria) es garantizar una accesibilidad máxima para la utilización de los servicios que ofrece a la población. Además es necesario que la AP contribuya a mejorar la accesibilidad de los otros niveles y estructuras del sistema del usuario”. Martín Zurro, Ledesma Castelltort y Sans Miret (2000)<sup>27</sup>*

La salud pública, entendida como la salud de la población, forma el referente fundamental de todos los esfuerzos para mejorar la salud. En la conferencia de Alma Ata se estableció que los motivos del deterioro de la salud están en reciprocidad con las condiciones de vida y medio ambiente en general y de la pobreza y desigualdad social en particular (Haase y Peluso, 2003)<sup>28</sup>.

---

<sup>25</sup> Autor del artículo “Sobre la calidad percibida de la atención primaria”. En el mismo también refiere que los elementos de evaluación de la atención primaria deben abandonar la valoración centrada en la cantidad de visitas realizadas y atender primordialmente a la calidad y la satisfacción.

<sup>26</sup> La investigación llamada “Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de la salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención” tiene como objetivo analizar las opiniones de los usuarios de atención primaria sobre la atención que reciben e identificar las principales áreas de satisfacción.

<sup>27</sup> Zurro, jefe de la unidad de planificación de la Región Sanitaria, coordinador general de Medicina de Familia y Comunitaria de Cataluña. Ledesma Castelltort, director del equipo de Asistencia Primaria & Sans Miret, técnico de la Unidad de Planificación de la Región Sanitaria Costa de Ponent.

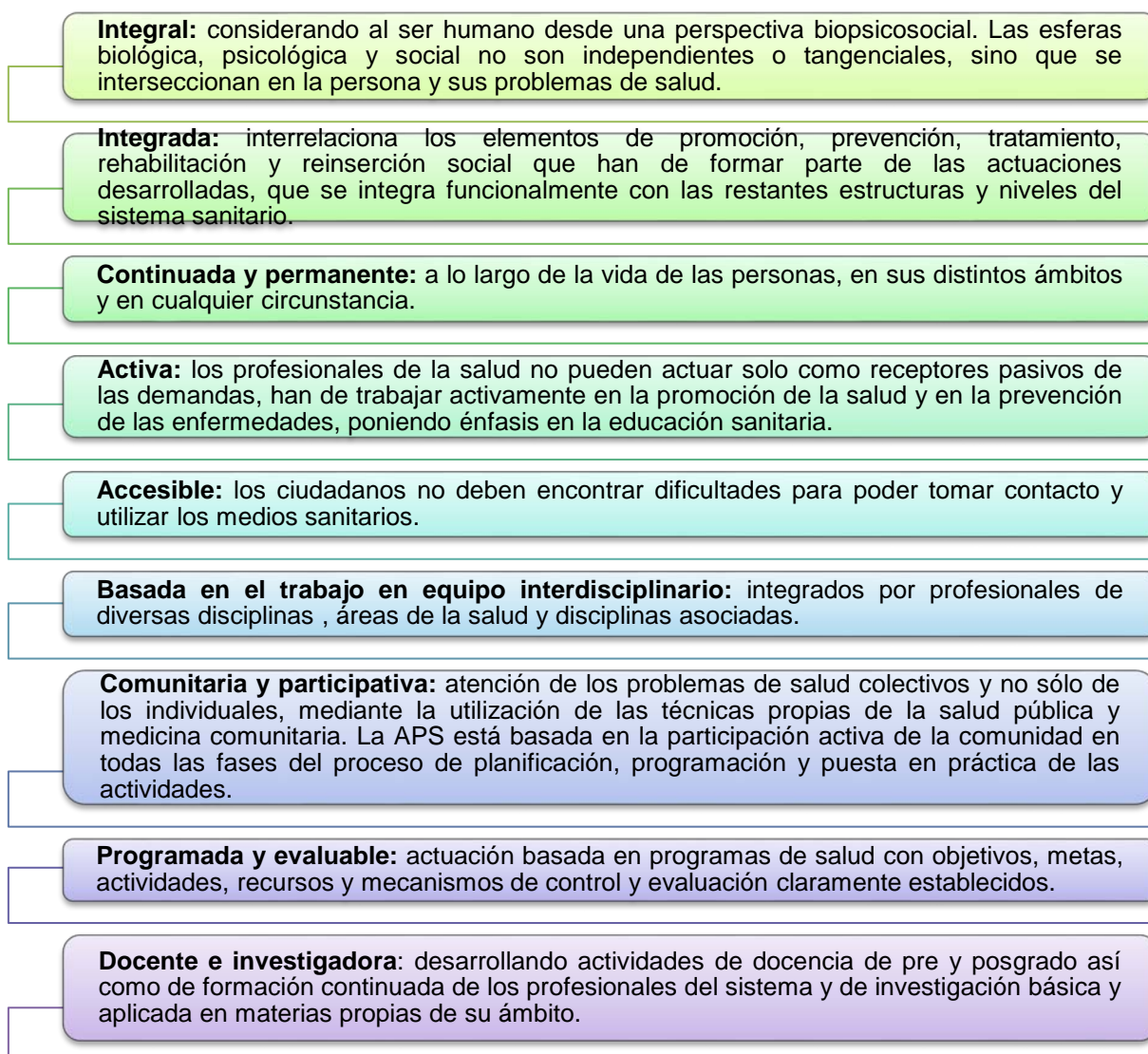
<sup>28</sup> La estrategia de la atención primaria dentro de los sistemas locales de salud, busca corregir el deterioro de la salud pública.

# CAPÍTULO II

LA FONOAUDIOLÓGÍA DENTRO DEL SISTEMA  
DE SALUD

En lo que concierne a la Atención Primaria de Salud y, basados en el concepto histórico vertido por la Asamblea General de la OMS (1977)<sup>29</sup>, se plantea la necesidad, de garantizar la *"Salud para todos en el año 2000"*. Esta estrategia se definió como Atención Primaria de la Salud, táctica a la que adhirió el Estado Argentino.

Diagrama N°2: Elementos principales que caracterizan a la Atención Primaria de la Salud.



Fuente: Adaptado de la carta de Alma Ata (1978)<sup>30</sup>

En las Actas del XXV Congreso de Logopedia, Foniatría y Audiología de Granada, España, realizado en junio del 2006, se plasma al fonoaudiólogo como el profesional o experto en alteraciones del lenguaje, voz, habla y audición, éste recibe distintas

<sup>29</sup> Esta propuesta, más allá de las particularidades nacionales, surge y es aceptada universalmente en función de un diagnóstico global que alertaba sobre la gran desigualdad existente en la condición de la salud de las personas, especialmente entre los países desarrollados y en desarrollo, pero también dentro de cada nación.

<sup>30</sup> El sistema sanitario es el conjunto de gran número de partes relacionadas entre sí, que producen un efecto combinado en la salud de una población.

designaciones en los distintos países. En Gran Bretaña se lo llama terapeuta o terapeuta del lenguaje y del habla (speech therapist) y audiólogo (audiologist). En Norteamérica existe el terapeuta del lenguaje/habla (speech & language pathologist) y el audiólogo (audiologist). En el ámbito anglosajón, es necesario optar por una u otra especialidad. En España existe el logopeda, especialista en trastornos del lenguaje y de la comunicación en general. En Latinoamérica, tampoco existe una denominación análoga. Se usa el término fonoaudiólogo, pero también en menor medida el de terapeuta del lenguaje.

Como figura en las Actas de ese Congreso la Fonoaudiología nace en Argentina como una disciplina auxiliar de la medicina, arraigada en la otorrinolaringología, a partir de la necesidad del médico otorrinolaringólogo de completar su labor semiológica, terapéutica, clínica o quirúrgica con tareas de evaluación y rehabilitación de patologías de audición, voz y lenguaje. Los médicos tuvieron la colaboración de profesoras de sordos, las cuales fueron instituidas en su labor rehabilitadora por ellos mismos (Martínez, Cabezas, Labra, Hernández, Cerrutti, Malebrán, 2006)<sup>31</sup>.

En la resolución 252/1999 del Ministerio de Salud de Argentina (1999)<sup>32</sup>, la fonoaudiología es un área que tiene como objeto de estudio la comunicación humana y su expresión en la voz, la audición y el lenguaje. Sus objetivos son la prevención, la terapéutica y rehabilitación de sus dificultades, partiendo de las causas, ya sean, disfunciones o enfermedades que imposibilitan, desorganizan o incapacitan el progreso de la calidad de vida como de la relación para la comunicación humana, el aprendizaje y el trabajo. Las consecuencias son alteraciones que en mayor o menor grado afectan el desarrollo pleno de la vida de la persona. La fonoaudiología desde su visión preventiva se dirige a la atención integral de la comunicación humana y la salud de forma universal, por eso la salud fonoaudiológica es el estado pleno de bienestar biopsicofísico a través de una correcta comunicación humana.

Según Ramírez y Matiz (2009)<sup>33</sup> el profesional de fonoaudiología es un especialista en la comunicación humana, en los subprocesos que la hacen potencial como el lenguaje, la cognición, el habla y la audición, como así también, en sus transiciones y desarreglos. Al ayudar a resolver las dificultades de uno de los actos del hombre más complejos como lo es la comunicación, la fonoaudiología es considerada estratégica para el desarrollo humano y económico de un país. Al determinar el rol del fonoaudiólogo en el área de la salud mental, e identificar sus conocimientos, habilidades y destrezas específicas, las funciones y objetivos

---

<sup>31</sup>En este trabajo se ofrece una revisión de la situación actual del fonoaudiólogo en Latinoamérica, con especial referencia a Sudamérica.

<sup>32</sup> Norma de organización y funcionamiento del área de Fonoaudiología de los establecimientos asistenciales.

<sup>33</sup> En su investigación "Papel del Fonoaudiólogo en el área de salud mental" el objetivo fue describir el rol del fonoaudiólogo en el área de salud mental, a partir de la experiencia profesional en el Hospital Militar Central en Colombia.

terapéuticos, se constituye la ampliación de las bases que sustentan a la carrera de fonoaudiología, respecto a la atención y alcances de su objeto de estudio.

Los autores afirman que por medio de una acción temprana se puede actuar en la reducción del impacto de los desarreglos cognitivo-lingüísticos en diferentes pacientes, en la reducción del número de individuos afectados por estos desórdenes, en la expulsión o modificación de los factores que originan, en educar a la población acerca de los desarreglos comunicativos y sobre los hábitos que hacen parte de la salud mental que tienen como función lograr un mejor desempeño familiar, social, académico y laboral que se traduce en una mayor expectativa de años de vida saludable para los pacientes, sus familias y quienes cuidan de ellos.

*“El fonoaudiólogo es capaz de aportar desde su experiencia conocimientos necesarios para diseñar, desarrollar programas y proyectos que permitan disminuir los riesgos que puedan afectar la salud comunicativa y mejorar los estilos de vida saludables de las comunidades”.*(Duarte, Peña, Pragua, Rodríguez, 2009)<sup>34</sup>

La incorporación del fonoaudiólogo en un equipo de salud interdisciplinario tiene como objetivo la detección temprana de los trastornos del lenguaje, la comunicación, la alimentación y la audición, proporcionando la prevención e intervención precoz. En el caso de la audición, cuanto antes se detecte la pérdida auditiva, se evitará un retraso en el desarrollo del habla del niño. La localización temprana de alguna perturbación permitirá al niño poder desarrollarse adecuadamente, esto es de suma importancia ya que el lenguaje es la materia prima del pensamiento y del aprendizaje escolar. El control a lo largo del tiempo permite acompañar y actuar sobre las áreas que sean necesarias previniendo así futuros trastornos, algunos de los cuales pueden interferir en el normal desarrollo del niño (Allignani, Granovsky, Iroz, 2010)<sup>35</sup>.

Las intervenciones son transformaciones que se realizan en diferentes circunstancias. Los fonoaudiólogos dentro del ámbito de la salud, organizan su abordaje desde varios aspectos que van desde lo asistencial al diagnóstico y partiendo de este a su tratamiento. El trabajo fonoaudiológico es efectivo cuando consigue modificar de forma visible y positiva las dificultades comunicativas, no solo las funciones y estructuras corporales, sino además las actividades y la participación de los sujetos en contextos de desempeño significativos. El desempeño fonoaudiológico se basa en la toma de decisiones junto a los propósitos de la

<sup>34</sup> El trabajo de investigación “Rol del fonoaudiólogo en el primer nivel de atención en salud”, tiene como objetivo general analizar y correlacionar la legislación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud frente al rol que cumple el fonoaudiólogo en el primer nivel de atención para delimitar y definir sus acciones.

<sup>35</sup> El artículo “El rol de fonoaudiólogo en un hospital materno infantil” tiene como objetivo informar y difundir las tareas profesionales que desempeña el fonoaudiólogo, su inclusión dentro del ámbito de la atención primaria de salud, la actividad interdisciplinaria y su rol en el diagnóstico precoz.



intervención terapéutica y a las características de los pacientes. La toma de medidas se convierte en un proceso complicado teniendo en cuenta la interacción de factores éticos, procedimentales, costos, posibilidades de acceso y oportunidades, así como también las condiciones y particularidades comunicativas de la población que requiere el servicio. En consecuencia, el hacer fonoaudiológico se constituye desde la evidencia disponible, procedimientos explícitos y los factores que determinan el estado comunicativo de la población. El método del análisis de la toma de medidas no trata de sustituir el juicio clínico sino complementarlo. La toma de decisiones busca la armonía entre los beneficios obtenidos y los riesgos posibles en un proceso y procedimiento terapéutico (Rodríguez Riano, 2014)<sup>36</sup>

Se ha entendido la actuación profesional del fonoaudiólogo enmarcada únicamente en el escenario salud y orientada desde el rol asistencial. Sin embargo, procedente de los cambios que se han dado en los escenarios de ocupación y en la comprensión del propio ejercicio profesional, se hace preciso que la fonoaudiología aumente sus perspectivas a partir del establecimiento de nuevas relaciones conceptuales con otros campos disciplinares. La transformación en la comprensión del objeto de estudio, lleva a inspeccionar la importancia de los procesos comunicativos, y cómo esto determina la actuación fonoaudiológica en la Atención Primaria en Salud, como un escenario propio de la Salud Pública, permitiendo extender el actuar del fonoaudiólogo, dando una nueva dirección a sus acciones a través de un rol consultor en donde la comunicación se convierte en un dispositivo mediador para el poder y la participación en la estrategia de Atención Primaria en Salud (Osorio, Castro, 2013)<sup>37</sup>

Según se expresa en el Código de Ética y Deontología Fonoaudiológica (2008)<sup>38</sup> el fonoaudiólogo debe atender con igual integridad y rapidez a todos los pacientes, independiente de su estado individual, sin distinción por razón de familia, clase, sexualidad, creencias, opinión, origen del problema de salud o cualquier otra circunstancia personal o social. También se enuncia que el respeto por los derechos humanos mundialmente consagrados es una de las guías de las que el profesional no deberá aislarse ni aún por orden de autoridad competente. Las objeciones de conciencia deben restringirse sólo donde la realización profesional choque con sus propias y profundos convencimientos y/o efectúe el desconocimiento del carácter de profesional fonoaudiólogo o su obligación profesional. El

---

<sup>36</sup> La responsabilidad actual del fonoaudiólogo es orientar sus acciones ya sea desde el rol asistencial, docente o investigador, para disminuir la brecha entre el conocimiento y la práctica, así como asegurar acciones profesionales que en realidad apunten al bienestar y necesidades de la población.

<sup>37</sup> Se requiere un cambio en la comprensión del objeto de estudio, lo que llevaría a reconocer la importancia de los procesos comunicativos y cómo estos determinan la actuación fonoaudiológica.

<sup>38</sup> Aprobado por la Asamblea General Extraordinaria en la fecha 26 de abril de 2008.

fonoaudiólogo se inhibirá de todo actuar perjudicial hacia la vida y la salud de los pacientes, atendiéndolos acorde al juicio científico del momento y situación.

Esquema N°4: Deberes primordiales del fonoaudiólogo, mediante un ejercicio profesional fundamentalmente humanitario.



Fuente: Adaptado del Código de Ética y Deontología Fonoaudiológica (2008)<sup>39</sup>

La especialidad adentro del área de fonoaudiología en salud requiere dispositivos funcionales y un equipamiento específico para cada una de ellas, es por esto que se divide el accionar en tres niveles de riesgo.

Diagrama N°3: Niveles de riesgo



Fuente: Adaptado de la resolución 252 del Ministerio de Salud y Acción Social (1999)<sup>40</sup>

<sup>39</sup> El Código de Ética y Deontología Fonoaudiológica de la provincia de Buenos Aires integra los valores morales, normas éticas y principios deontológicos que deben inspirar, guiar y precisar la conducta profesional de todos los fonoaudiólogos.

La organización del servicio es un dispositivo fundamental del quehacer profesional, esto ayuda en el proceso de aseguramiento de la calidad asistencial.

*“La fonoaudiología es una disciplina que tiene como objeto establecer puentes entre personas, redes y sistemas que repercuten en el desarrollo, el buen vivir y la salud, a partir de la disposición de herramientas que propenden la asertividad en el uso del lenguaje verbal, no verbal y escrito”.* (Aguilar Arias, Torres Zambrano, 2016)<sup>41</sup>

Como plantea Calvache Mora (2014)<sup>42</sup> la fonoaudiología es una labor de los servicios humanos que en la actual década ha ganado zonas de desempeño en cada una de las áreas importantes de la vida; sus profesionales han conseguido un posicionamiento para la acción profesional en diversos escenarios como empresa, educación, salud y comunidad, como respuesta a las demandas y necesidades del contexto local y nacional.

*“El campo de trabajo del profesional en Fonoaudiología tiene en cuenta los ciclos de vida del ser humano como un proceso permanente de desarrollo que puede estudiarse científicamente, identificando cómo cambian las personas y cómo permanecen algunos aspectos a lo largo de la vida”.* (Vargas, Delacruz, León, Lemus, 2014)<sup>43</sup>

La comunicación humana es la base de las dimensiones cognitiva, psíquica y social de las personas y garantiza la permanencia de la estructura cultural de los pueblos. Los desórdenes en la comunicación son alteraciones que ocurren en la adquisición y el uso de las habilidades orales, escritas, gestuales o simbólicas; son eventos prevenibles en la mayoría de los casos. La prevención comprende la ejecución de prácticas profesionales que permiten el mantenimiento y mejora de la capacidad de comunicación de individuos y grupos sociales. Históricamente, el fonoaudiólogo se desempeñó prioritariamente en los niveles secundario y terciario de prevención, limitando el avance de los desórdenes comunicativos ya existentes o reduciendo las secuelas de estos eventos.

---

<sup>40</sup> Dichas políticas tienen por objeto lograr la plena vigencia del derecho a la salud para la población, tendiente a alcanzar la meta salud para todos en el menor tiempo posible, mediante la implementación y desarrollo de un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad.

<sup>41</sup> El trabajo de investigación “Fonoaudiología Comunitaria: una experiencia de formación integral para afrontar desafíos asociados al lenguaje, la discapacidad y la salud” fue nominado al premio Luis Hernado Ramírez Collazos.

<sup>42</sup> Trabajo fonoaudiológico promovido por el Programa de Fonoaudiología de la Universidad del Rosario.

<sup>43</sup> El quehacer del profesional en fonoaudiología tiene como prioridad investigativa repensarse en el hacer desde la prevención y no desde la patología instalada, es por esto que la investigación se enmarcó en la especificidad del rol fonoaudiológico en momentos de intervención temprana como sucede en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Hay una tendencia global que reclama la incorporación de acciones de prevención primaria de desórdenes comunicativos, particularmente para la identificación y el control de factores de riesgo e intercepción de causas, antes que estos comprometan la adquisición o uso de las habilidades de comunicación (Cabrera, Carrasquila, 1998)<sup>44</sup>.

Según Guerrero, Fonca Becerra (2016)<sup>45</sup> es un proceso complejo, manifiesto por muchos factores, en el que a pesar de ser diferente entre las personas, existen elementos comunes que son los que permiten que se dé el proceso comunicativo. Este proceso está sostenido por habilidades sociales que son un conjunto de capacidades o destrezas que son necesarias para desarrollar de manera adecuada alguna tarea interpersonal. Contar con dichas destrezas suficientemente desarrolladas guarda una relación directa con la calidad de vida y el ajuste personal y profesional; permitiendo una interacción positiva con el resto de personas, tanto en el ámbito social como en el personal.

*“Dentro del proceso terapéutico es indispensable contar con herramientas de análisis que permitan establecer, con claridad, las posibles causas y los factores de influencia en la situación particular del sujeto, con el fin de esclarecer el panorama y tomar decisiones a corto, mediano y largo plazos, que conduzcan al bienestar comunicativo y, por tanto, a mejorar la calidad de vida del mismo”.*  
(Romero Bermúdez, Díaz Camacho, 2010)<sup>46</sup>

La etapa preescolar del niño es una de las más importantes en el desarrollo. Especialmente, el cuarto y quinto año de vida en donde se preparan para su iniciación escolar. Es en esta etapa donde el desarrollo individual y social del niño asentará las bases para la formación de su personalidad y de su aprendizaje. La Sociedad Argentina de Pediatría recomienda que los niños en edad preescolar tengan, al menos, dos controles de salud por año, sin embargo, el motivo de consulta habitual son las patologías agudas y no los controles en salud. Antes de que un niño ingrese en la institución escolar, los pediatras, los centros de salud y los hospitales ocupan un lugar importante como terceros que acompañan a la familia en la formación de sus hijos, controlando su salud y promoviendo su bienestar. Es por esto que son necesarias las intervenciones tempranas de los equipos de salud para realizar acciones dirigidas a prevenir la instalación de futuras dificultades en el

---

<sup>44</sup> Uno de los hallazgos centrales del estudio “Prevención en fonoaudiólogos de la Universidad del Valle en Cali, Colombia” fue que la frecuencia de realización de actividades preventivas de desórdenes de comunicación humana no caracteriza el desempeño de los profesionales.

<sup>45</sup> La investigación “Perfil comunicativo de personas con discapacidad intelectual desde un enfoque de capacidades” tiene como objetivo general realizar la prueba piloto al Instrumento para la caracterización del perfil comunicativo funcional en el adulto.

<sup>46</sup> En el artículo “El uso del diagrama causa-efecto en el análisis de casos” se plantea que para lograr una intervención efectiva es indispensable contar con herramientas de apoyo que favorezcan la identificación de las posibles causas del desorden y permitan la toma de decisiones adecuadas, con respecto a la intervención ya sea directa e indirecta.

campo del aprendizaje, conducta y comunicación. Los trastornos del desarrollo forman parte de un grupo importante de problemas pediátricos en esta edad. La detección temprana permite aplicar acciones terapéuticas y de apoyo que mejorarán la evolución. En la mayoría de los casos, esto es fomentado por el pediatra, por el colegio, o a través de la inquietud de los padres. Ésta es una edad en la que se puede hacer mucho, si se realizan diagnósticos correctos y tratamientos eficaces (Regatky, Lamy, Salamanco, 2008)<sup>47</sup>.

El valor del desarrollo de las capacidades comunicativas y del lenguaje, en las competencias del ser humano para ajustarse al medio en el que se desenvuelve, es de mucha importancia en la actualidad. Se ha dado relevancia a la detección temprana y a la estimulación de aquellas variaciones en el desarrollo que afectan el funcionamiento comunicativo y global del niño, dándole un valor altamente notable al abordaje terapéutico (Petano Sáenz, 2009)<sup>48</sup>.

Este autor también menciona la importancia de la asesoría a los padres de los niños que presentan dificultades, en donde el objetivo del profesional es responder a las inquietudes que éstos presentan. El fonoaudiólogo como especialista podrá trabajar con colaboración de la familia para la rehabilitación de las dificultades presentadas en el niño, a través de recomendaciones, ayudará al paciente a desarrollar su potencial y de la misma manera ayudará a la familia a sobrellevar las dificultades del niño. Es importante brindar una asistencia integral que favorezca la participación de los padres en la estimulación dentro de un entorno familiar rico.

La influencia del medio en el desarrollo del lenguaje del niño es fundamental, esto lo puede afectar de manera positiva o negativa. Desde lo afectivo un niño sin un adecuado sostén emocional estará mucho menos motivado para comunicarse y no logrará conectarse adecuadamente para un intercambio, en cambio, un niño con problemas de lenguaje con un buen entorno afectivo lo ayudará a aumentar la autoestima, la que se pondrá a prueba cada vez que por su déficit sea colocado en situación de desventaja con respecto a sus pares. Por otro lado el sostén afectivo que se le proporcione lo motivará para superar sus dificultades con la tranquilidad de saber que es valorado por lo que puede hacer y no por lo que no puede. Cuando se habla del ambiente también se hace referencia a que el nivel de lenguaje está dado por el nivel social y cultural, del niño y la familia, que se refleja directamente en el nivel de vocabulario y estructuración del discurso, relacionado directamente con el grado de instrucción que poseen, por eso, cualquiera sea el tipo de

---

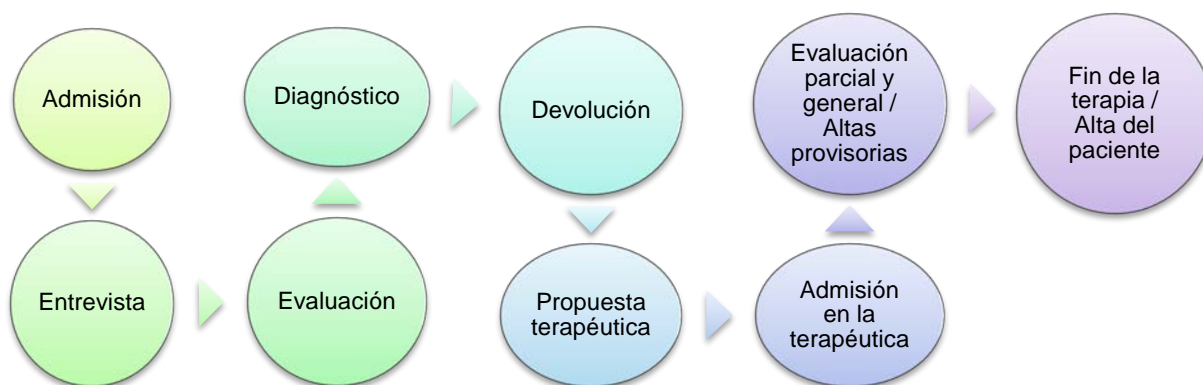
<sup>47</sup> El objetivo general de este trabajo es desarrollar y aplicar un modelo de evaluación clínica y del desarrollo del niño preescolar que permita un diagnóstico temprano de la patología, y el tratamiento o abordaje integral y oportuno del niño y su familia.

<sup>48</sup> Se sugiere ampliar información con la lectura de “Atención fonoaudiológica a los pacientes de la ESE Cartagena de Indias del municipio de Corozal – Sucre, durante el segundo periodo del 2009”.

déficit del niño siempre se obtendrán mejores resultados cuando el niño tenga un sostén afectivo importante y se encuentre en un ambiente estimulante ( Alessandri, 2007)<sup>49</sup>.

Para que la atención sea efectiva, las etapas de intervención deben ser claras, definidas y secuenciadas.

Diagrama N° 4: Etapas de atención.



Fuente: Adaptado de Serra (2017)<sup>50</sup>.

En un estudio realizado en el Hospital Gutiérrez de la ciudad de Buenos Aires por Regatky, Lamy, Camarasa, Miguez, Gacio y Salamanca (2009)<sup>51</sup> se elaboró un modelo de atención pediátrica para niños cuyo motivo de consulta fue “no habla”, “habla poco”, o “habla mal”, en donde se incluyó una evaluación completa sobre distintos factores que hacen al tratamiento fonoaudiológico. La población estaba integrada por 57 pacientes de los cuales 46 fueron de sexo masculino y 11 de sexo femenino. Dentro del estudio se analizaron los agentes de detección, siendo estos en un 48% de los casos los padres, en un 40% el pediatra, en un 5% otro familiar, en un 2% maestros y en un 5% otros. Otro factor que se analizó fue el tiempo de demora en la atención entre la sospecha de patología del lenguaje y la derivación a Fonoaudiología, en 25 niños menor a 1 mes y en 32 mayor a un mes. El tiempo entre la derivación a Fonoaudiología y el turno en Fonoaudiología fue menor a 3 meses en el 50% de los casos en el otro 50% fue mayor. Dentro de las causas de demora se detallan: el pediatra no los derivó ante la sospecha, los padres no concurren, no consiguieron turnos en fonoaudiología. Dentro de la investigación se hace hincapié en los hábitos de crianza, dentro de los cuales se tomaron como relevantes la cantidad de horas diarias frente al televisor, los métodos de disciplina utilizados en el hogar, la cantidad de libros en la casa, la cantidad de veces por semana que les leen o cuentan cuentos y con

<sup>49</sup> Cuando esto no suceda se debe trabajar para lograr cambios positivos incluyendo a las familias en los tratamientos.

<sup>50</sup> El contenido del libro “Fonoaudiología. Aproximaciones logopédicas y audiológicas”, permite enriquecer el abordaje terapéutico y así apropiarse de un saber y hacer profesional.

<sup>51</sup> Si un niño no habla se deben tomar medidas inmediatas para un diagnóstico temprano y una orientación terapéutica.

quién duerme el niño teniendo en cuenta si se realiza colecho, cohabitación sin colecho o si duerme solo. Los diagnósticos fonoaudiológicos que se encontraron en el estudio fueron: trastornos del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, trastorno del lenguaje semántico pragmático, trastorno generalizado del desarrollo y retraso global del desarrollo.

En una investigación realizada en la Universidad de Rosario por Soglio (1996)<sup>52</sup> en donde se pretende mostrar las características de iniciación, secuencia y finalización del proceso de atención fonoaudiológicas en los Hospitales Alberdi y de Niños Zona Norte de la ciudad de Rosario que iniciaron el proceso de atención en el año 1994, se pudo constatar que de una muestra de 170 pacientes, de ambos sexos, con edades que van desde los 2 hasta los 32 años, un 88 % son derivados por diferentes profesionales y un 12% son atendidos a través de demanda espontánea. Las finalizaciones por abandono de tratamiento se dan en un 81%, por cumplimiento del mismo en un 12% y los que continuaban en tratamiento al momento de realizar la investigación correspondían a un 7%. El promedio de sesión durante el periodo evaluado fue de 16 días para el Hospital de Niños Zona Norte y de 20 días para el Hospital Alberdi. De los resultados obtenidos se planteó la necesidad de desarrollar la prevención primaria a través de la promoción y protección de la salud fonoaudiológica, con estrategias de atención para poder reducir los trastornos de la voz, habla, audición y lenguaje.

La elaboración de investigaciones es el pilar para el desarrollo de las profesiones y de los profesionales. Para los fonoaudiólogos es importante identificar las características, reconocer e investigar con el fin de proponer proyectos que respondan y aporten a la población información, objetivo y desarrollo (Camacho, Ortega, 2013)<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> La investigación “Estudio sobre la iniciación, secuencia y finalización del proceso de atención fonoaudiológica en los Hospitales Alberdi y de Niños Zona Norte de la ciudad de Rosario” tiene como objetivo general obtener un conocimiento acerca de las características de la Atención Fonoaudiológica para mejorar la calidad de la misma, fundamentalmente donde se detectan posiblemente algunas falencias, tanto en lo referido a prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, a los fines de alcanzar mejores niveles de atención de salud en la población.

<sup>53</sup> El artículo muestra los resultados de un acercamiento a un panorama de la realidad de la investigación fonoaudiológica Colombiana.

# DISEÑO METODOLÓGICO



Esta investigación es de tipo cuantitativa descriptiva, ya que según Sampieri (2010)<sup>54</sup> utiliza datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento abordando el análisis con la utilización de datos ya existentes (historias clínicas). El objeto de estudio es externo al sujeto que lo investiga tratando de lograr la máxima objetividad, e intenta identificar leyes generales referidas a grupos de sujetos o hechos.

La población considerada está constituida por todos los niños entre 3 y 14 años de edad que hayan concurrido a un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Mar del Plata que iniciaron el tratamiento durante el periodo 2015. La unidad de análisis es cada uno de los niños de 3 a 14 años que hayan concurrido a un Centro de Salud.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia con un total de 34 niños.

En la investigación se consideraron las siguientes variables:

- Edad de admisión.
- Sexo.
- Motivo de consulta.
- Agente de derivación.
- Agente Informante.
- Grupos de referencia.
- Diagnóstico presuntivo.
- Tratamiento fonoaudiológico recibido.
- Aspectos que determinan la finalización del tratamiento fonoaudiológico.

### **Edad de admisión**

- Definición conceptual: Años que tiene el paciente al momento de iniciar el tratamiento fonoaudiológico.
- Definición operacional: Años que tiene el paciente al momento de iniciar el tratamiento fonoaudiológico, en niños entre 3 y 14 años de edad que hayan iniciado tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo 2015. El dato se obtiene mediante la información que brinda la historia clínica.

---

<sup>54</sup> El autor adopta la clasificación de Dankhe (1989) quien clasifica los tipos de investigación en: exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos.

### **Sexo**

- Definición conceptual: Diferenciación entre masculino y femenino.
- Definición operacional: Diferenciación entre masculino y femenino, en niños entre 3 y 14 años de edad que hayan iniciado tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo 2015. . El dato se obtiene mediante la información que brinda la historia clínica.

### **Motivo de consulta**

- Definición conceptual: Razón por la cual se realiza una solicitud de atención.
- Definición operacional: Razón por la cual se realiza una solicitud de atención, en niños entre 3 y 14 años de edad que hayan iniciado tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo 2015. El dato se obtiene mediante la información que brinda la historia clínica. Las áreas a consultar pueden ser: voz, habla, lenguaje, aprendizaje, audición, fonoestomatología.

### **Agente de derivación**

- Definición conceptual: Profesional que solicita una interconsulta.
- Definición operacional: Profesional que solicita una interconsulta, en niños entre 3 y 14 años de edad que hayan iniciado tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo 2015. El dato se obtiene mediante la información que brinda la historia clínica; estos pueden ser: pediatra, odontólogo, escuela, equipo de salud mental (terapista ocupacional, psicólogo, psiquiatra, psicopedagoga), otorrinolaringólogo, neurólogo y demanda espontánea.

### **Agente Informante**

- Definición conceptual: Persona que comunica la problemática.
- Definición operacional: Persona que comunica la problemática, en niños entre 3 y 14 años de edad que hayan iniciado tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo 2015. El dato se obtiene mediante la información que brinda la historia clínicas, éstos pueden ser padre, madre, abuelo u otro.

### **Grupos de referencia**

- Definición conceptual: Conjunto de personas con las que vive un sujeto.
- Definición operacional: Conjunto de personas con las que viven niños entre 3 y 14 años de edad que hayan iniciado tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo 2015. El dato se obtiene mediante la información que brinda la historia clínica. En este punto se analizará la edad de los sujetos (de 15 a 20, de 21 a 30, de 31 a 40, más de 40), el nivel de instrucción alcanzado (primaria completa/incompleta, secundario completo/incompleto, terciario completo/incompleto, universitario completo/ incompleto) y estado civil (casado/a, divorciado/a, concubinato, viudo/a) de los padres o responsables.

### **Diagnóstico presuntivo**

- Definición conceptual: Valoración hipotética de una patología que orienta el tratamiento.
- Definición operacional: Valoración hipotética de una patología que orienta el tratamiento, en niños entre 3 y 14 años de edad que hayan iniciado tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo 2015. El dato es propuesto por la fonoaudióloga a cargo y se obtiene mediante la información que brinda la historia clínica.

### **Tratamiento fonoaudiológico recibido**

- Definición conceptual: Sistema terapéutico de intervención diseñado para proporcionar servicios a los pacientes.
- Definición operacional: Sistema terapéutico de intervención diseñado para proporcionar servicios a los pacientes, en niños entre 3 y 14 años de edad que hayan iniciado tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo 2015. El dato se obtiene mediante la historia clínica. Se observará la fecha de inicio y finalización del tratamiento, duración del tratamiento (en meses, más de 15 días dentro ya es considerado un mes), frecuencia de atención (semanal, quincenal, mensual), asistencia mensual (perfecta: asiste a todas las consultas, regular: asiste a tres de cuatro consultas, irregular: asiste a dos o una consulta de cuatro, ausente: no asiste a ninguna consulta).

**Aspectos que determinan la finalización del tratamiento fonoaudiológico**

- Definición conceptual: Motivo por el cual termina el proceso de atención fonoaudiológica.
- Definición operacional: Motivo por el cual termina el proceso de atención fonoaudiológica, en niños entre 3 y 14 años de edad que hayan iniciado tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo 2015. El dato se obtiene mediante la historia clínica, este puede ser alta, baja (cambio de residencia, negativa a interconsulta, inasistencia, cambio a sector privado) o no finalizó, ya que, aún continúan en tratamiento.

Se presenta el instrumento utilizado para la recolección de datos, el mismo es de elaboración propia.

<u><b>Historia Clínica</b></u>	
<u><b>Edad:</b></u>	
<u><b>Sexo:</b></u>	
<u><b>Diagnóstico presuntivo:</b></u>	
<u><b>Motivo de consulta:</b></u>	
Voz	
Habla	
Lenguaje	
Aprendizaje	
Audición	
Fono estomatológico	
<u><b>Agente de derivación:</b></u>	
Pediatría	
Odontología	
Escuela	
Equipo de Salud Mental	
Otorrinolaringología	
Neurología	
Demanda espontanea	

**Informante:**

Padre		Madre		Abuelo/a		Otro
-------	--	-------	--	----------	--	------

**Grupos de referencia:**

Edad:

	15 a 20	21 a 30	31 a 40	más de 40
Padre				
Madre				
Tutor/responsable				

Estado civil:

	Casado/a	Divorciado/a	Unión de hecho	Viudo/a	Soltero/a
Padre					
Madre					
Tutor/responsable					

Nivel de instrucción alcanzado:

	Padre	Madre	Tutor/responsable
Prim. Inc.			
Prim.Compl.			
Sec. Inc.			
Sec.Compl.			
Terc. Inc.			
Terc.Compl.			
Uni. Inc.			
Uni. Compl.			

**Tratamiento fonoaudiológico:**

Fecha de inicio de tto.	Fecha de fin de tto.	Duración

Frecuencia de atención:

Semanal		Quincenal		Mensual	
---------	--	-----------	--	---------	--

Asistencia mensual:

Perfecta	
Regular	
Irregular	
Ausente	

**Aspectos que determinan la finalización del tratamiento fonoaudiológico:**

Alta	Baja			En tto.	
	Cambio de residencia	Negativa a interconsulta	Inasistencia	Cambio a sector privado	

Se presenta la entrevista a la fonoaudióloga del centro de salud.

**Entrevista personal**

- ¿Qué sexo tiene mayor prevalencia en la atención fonoaudiológica de la sala?
- ¿Los diagnósticos planteados coinciden con el motivo de consulta?
- ¿Cuál es el área más afectada en los niños que concurren a la atención?
- ¿Cree usted que la escuela cumple un rol fundamental en la derivación?
- ¿Quién cree usted que acompaña más al niño en el tratamiento? ¿Por qué?
- ¿Qué aspectos considera usted relevantes en la historia clínica del paciente?
- ¿Cuál cree usted que es grado de adherencia al tratamiento?
- ¿Cuáles son las acciones que la familia implementa en su casa con respecto al tratamiento?
- ¿Cómo es el trabajo interdisciplinario dentro del CAPS? ¿Cómo se podría potenciar?
- ¿Cómo definiría usted el trabajo fonoaudiológico en el Centro de Atención Primaria de la Salud?

# ANÁLISIS DE DATOS

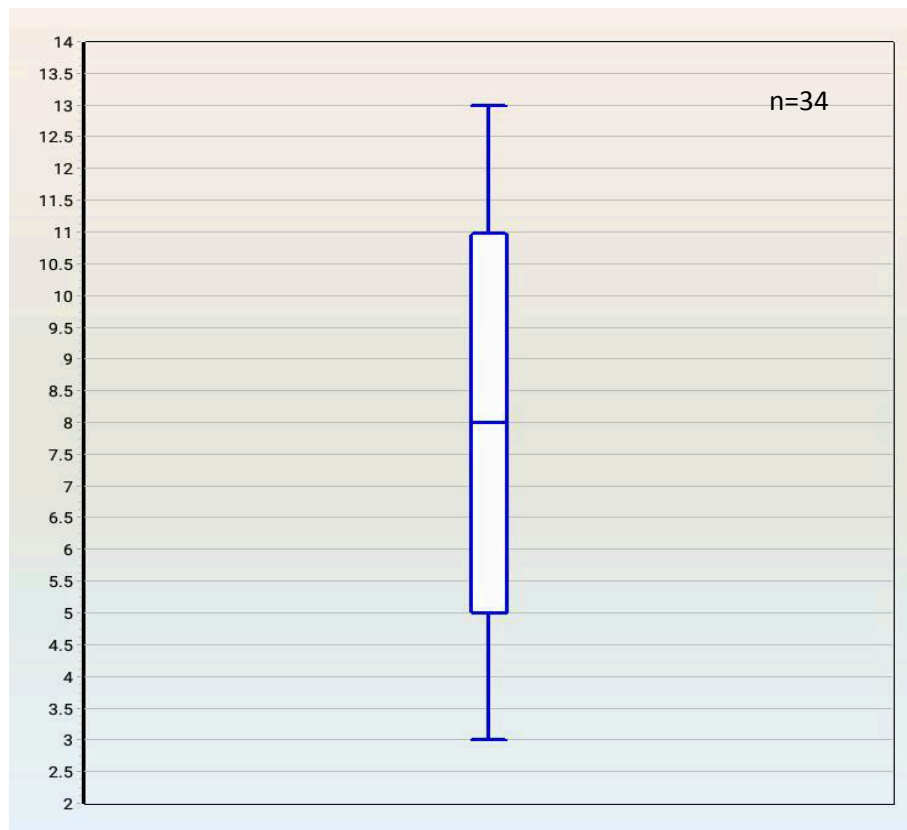
A continuación, se detalla el análisis de los datos obtenidos a partir de la investigación.

Considerando la edad de los niños con la cual fueron admitidos a iniciar el tratamiento fonoaudiológico, los datos proyectan que el máximo de la muestra es de 13 años, con una media de ocho años y un mínimo de tres años.

La mayor cantidad de ingresantes abarcan la edades de 4, 5 y 6 años, siendo las mismas críticas en el desarrollo de las habilidades comunicativas. Según Montecinos (2000)<sup>55</sup> el niño en esta etapa va perfeccionando las habilidades adquiridas para hacerse capaz de operar como un comunicador efectivo.

La detección temprana permite aplicar acciones de tratamiento y brindar herramientas para que el desarrollo del niño se realice de manera correcta.

Gráfico N°1: Edad de admisión al tratamiento fonoaudiológico.



Fuente: Elaboración propia.

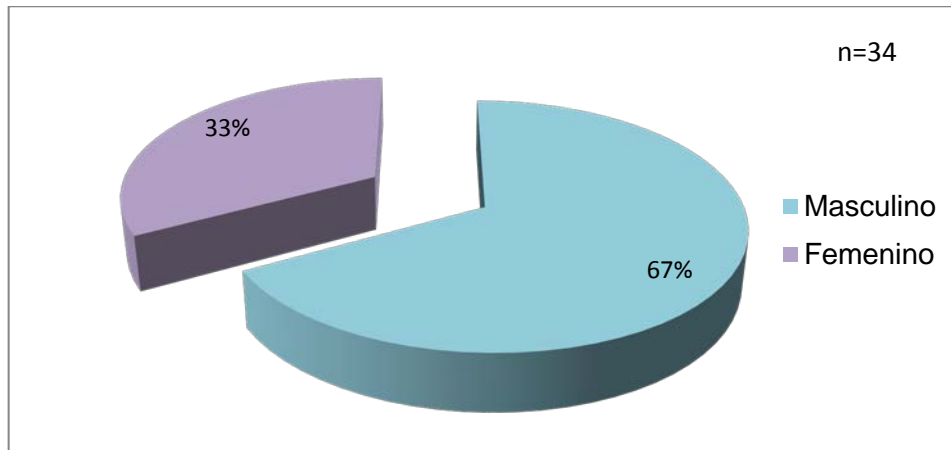
En cuanto al sexo de los niños atendidos en el Centro de Atención Primaria de la Salud, se puede observar que el 33% fueron de tipo femeninos y el 67% fueron de tipo masculino, esto indica que fue mayor la necesidad de tratamiento fonoaudiológico en varones, durante el periodo de tiempo estudiado, lo cual, coincide con el estudio realizado

<sup>55</sup> Autora del artículo "Adquisición y desarrollo del lenguaje y la comunicación, una visión pragmática constructivista centrada en los contextos", el cual se centra en la explicación del proceso que sigue la adquisición del lenguaje y la comunicación, como así también, en la influencia de los contextos en el desarrollo de la competencia comunicativa.



en el Hospital Gutiérrez de la ciudad de Buenos Aires en el año 2009, en donde de los 57 pacientes, 46 fueron de sexo masculino y 11 de sexo femenino.

Gráfico N°2: Distribución según sexo.

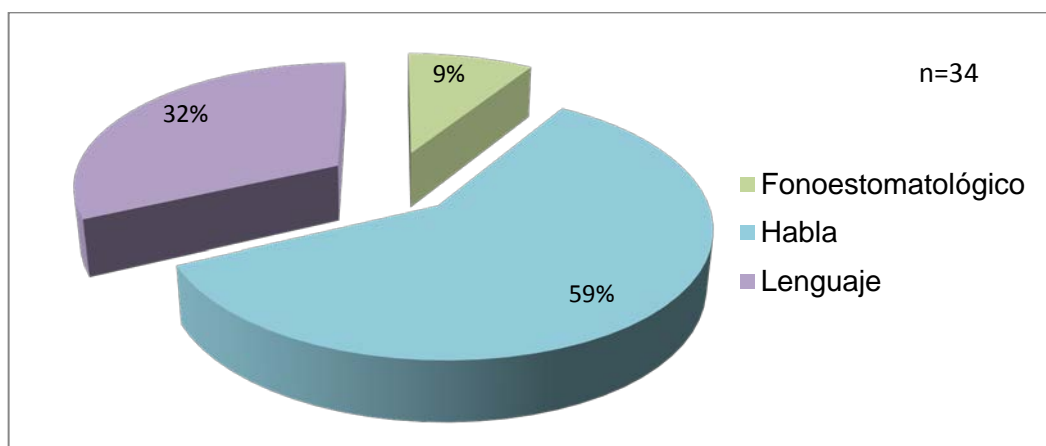


Fuente: Elaboración propia.

Al analizar los motivos generales de consulta de la población estudiada, los resultados arrojaron que un 59% abarcan el área del habla, tratándose la misma de la producción oral del lenguaje, un 32% el área del lenguaje, siendo esta la capacidad que tiene el niño para comunicarse mediante de un sistema de signos, un 9% el área fono estomatológica, abarcando la misma las dificultades presentadas en la motricidad oro facial.

En cuanto al área de aprendizaje, refiriéndose a la adquisición de nuevos conocimientos, al área de la voz, tratándose en la misma las dificultades en el sonido emitido por el aparato fonador y del área de la audición, hablándose aquí de las capacidades para poder percibir un sonido por medio del sentido del oído, no se registran datos como motivo de consulta inicial.

Gráfico N°3: Distribución según el motivo de consulta general.



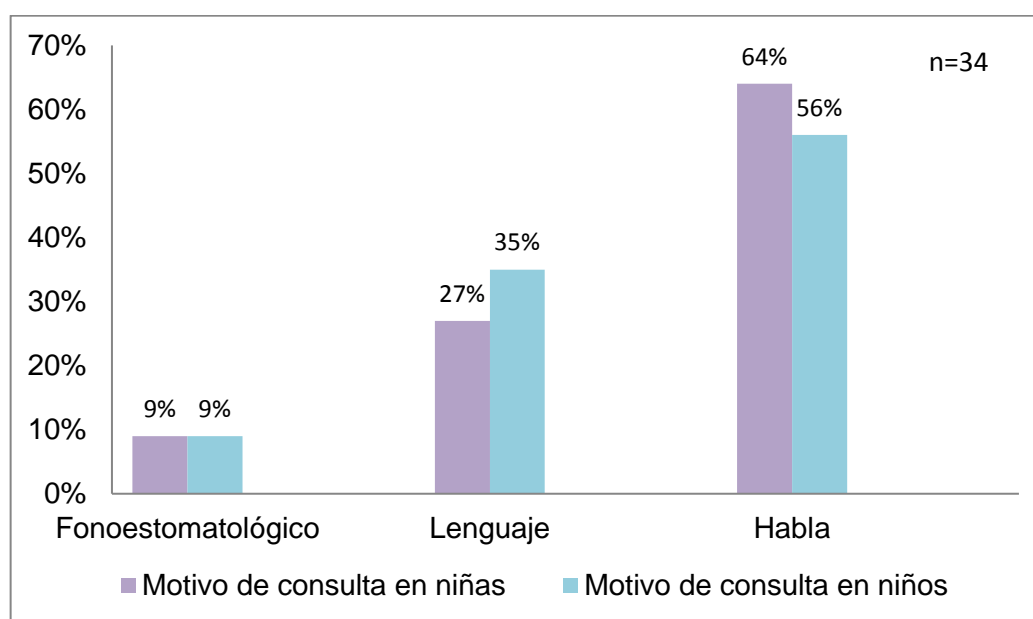
Fuente: Elaboración propia.

Haciendo una comparación de los motivos de consulta entre los pacientes de sexo femenino y los pacientes de sexo masculino no se observaron diferencias significativas.

El habla sigue siendo el área con mayor incidencia, siendo en un 64 % para las niñas y en un 56% para los niños, esto puede deberse a que es un síntoma evidenciable, ya sea para la familia, el docente o el médico. En segundo lugar, se encuentra el área del lenguaje con un 27% para las niñas y en un 35 % para los niños.

En tercer lugar en el área de fono estomatología los datos arrojan un 9% para ambos sexos.

Gráfico N°4: Comparación según el motivo de consulta y el sexo.



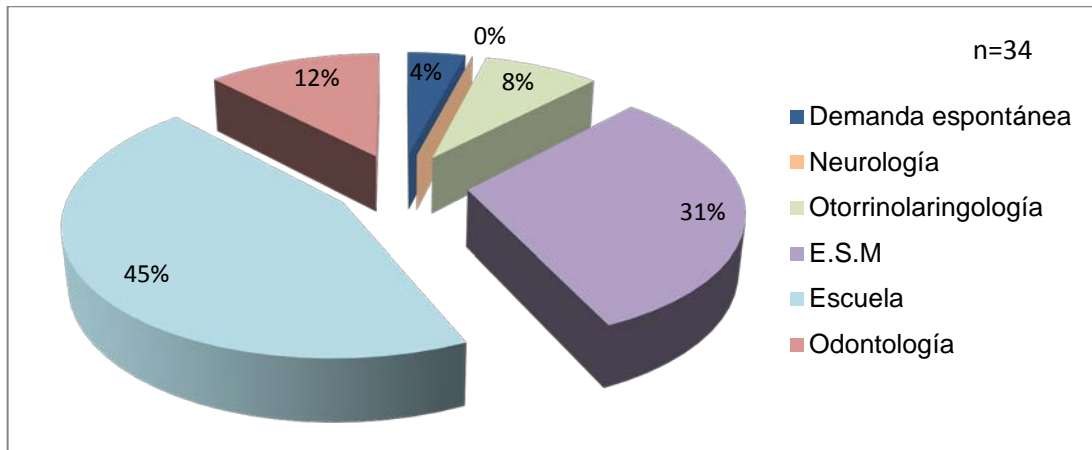
Fuente: Elaboración propia.

Al extraer los datos que respectan al agente de derivación, los mismos refieren que un 45% de los niños atendidos fueron detectados y derivados a tratamiento por instituciones escolares, un 31% por el Equipo de Salud Mental perteneciente al Centro de Atención Primaria en donde se realizó la investigación, un 12% por odontología, un 8% por otorrinolaringología y un 4% fue a causa de demanda espontánea. No se registró ningún niño derivado por neurología.

Como se puede observar en los gráficos, los motivos fonoestomatológicos coinciden con el agente derivante, ambos ocupan un menor porcentaje de derivación. En el trabajo realizado en el Hospital Gutiérrez de la ciudad de Buenos Aires en el año 2009, los agentes de detección fueron en un 48% de los casos fueron los padres, en un 40% el pediatra, en un 5% otro familiar, en un 2% maestros y en un 5% otros.

Al igual que en la investigación realizada en la Universidad de Rosario por Soglio en 1996, son muy pocos los pacientes que acuden a atención por demanda espontánea.

Gráfico N°5: Agente de derivación a la consulta fonoaudiológica.

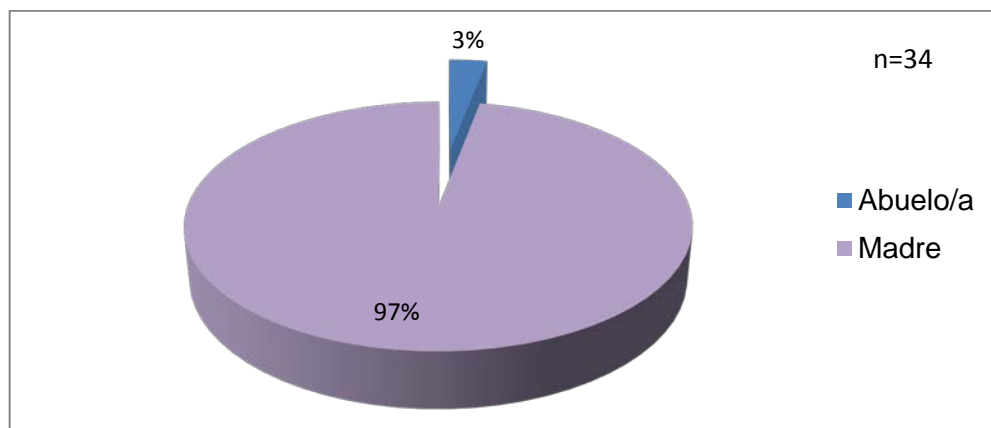


Fuente: Elaboración propia.

Al determinar el agente informante o persona encargada de llevar al niño a recibir atención fonoaudiológica, en un 97% de los casos es la madre quien acude a la consulta y un 3% hace referencia al abuelo/a como persona encargada de acompañar al niño. No se registran casos en donde el padre sea quien se encomiende de asistir con el niño al tratamiento designado.

El fonoaudiólogo necesita de la colaboración de la familia para abordar las dificultades presentadas por el niño, por eso, la asistencia integral y la participación de los padres es fundamental para lograr que el tratamiento tenga éxito. Esto se dará a través de recomendaciones brindadas por el especialista y que los padres implementaran en el hogar, la influencia del medio familiar en el desarrollo del niño puede afectar de manera positiva o negativa en el tratamiento.

Gráfico N°6: Distribución según agente informante.

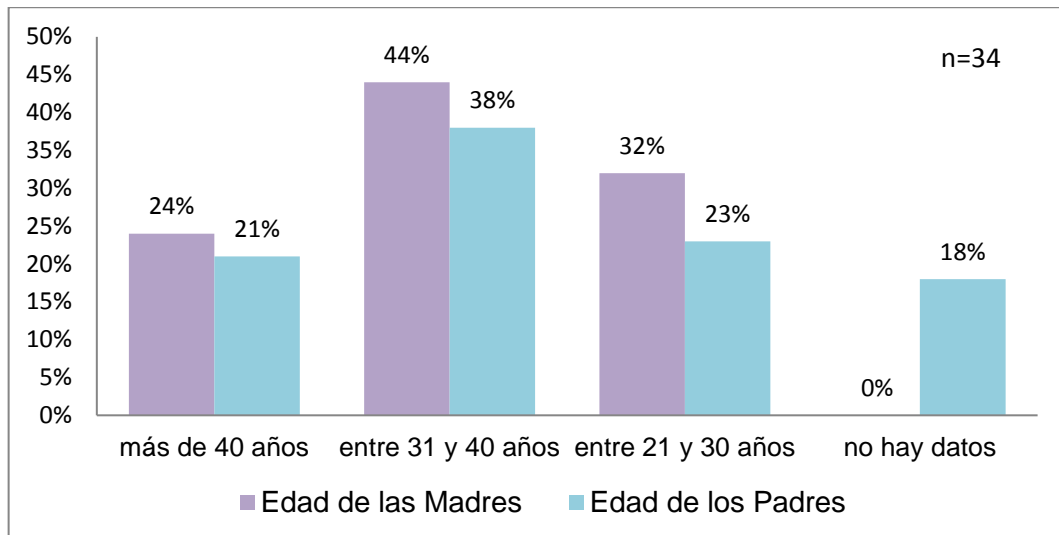


Fuente: Elaboración propia.

Haciendo un análisis de la edad de los padres y las madres de los niños atendidos durante el periodo evaluado, los mismos arrojaron para las madres que un 44% pertenece al grupo de entre 31 y 40 años, el 32 % al grupo de entre 21 y 30 años y el 24% al grupo de más de 40 años.

Por otro lado, la información obtenida de los padres arroja que un 38% pertenecen al grupo de entre 31 y 40 años, un 23% al grupo de entre 21 y 30 años, un 21% al grupo de más de 40 años y en un 18% de los casos no hay información sobre la edad del padre.

Gráfico N° 7: Distribución de la edad de los padres.

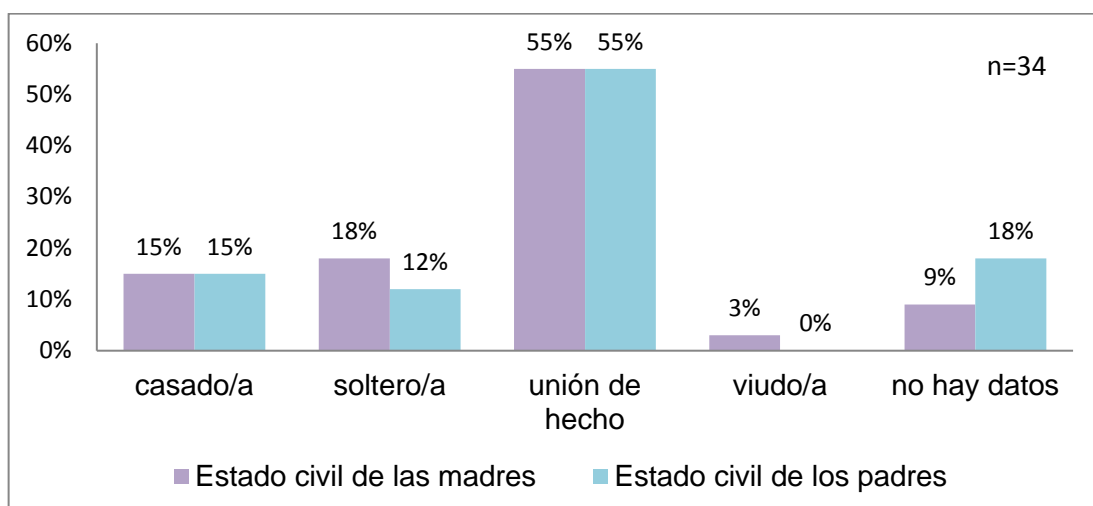


Fuente: Elaboración propia.

Recolectando los datos pertenecientes al estado civil de los progenitores, se constató que en el 70 % de los casos se trata de padres unidos, ya sea, unidos de hecho en el 50% y casados en el 15%. Hay un porcentaje mucho menor para padres solteros, con un 18% para las madres y un 12 % para los padres, no se hallaron padres divorciados, solo en un caso, una madre viuda y no hay datos del estado civil en un 9% de las madres y en un 18% de los padres.

En cuanto a la composición familiar en una amplia mayoría se trata de familias unidas, viviendo bajo el mismo techo. Desde lo afectivo un niño sin el adecuado sostén emocional estará mucho menos motivado para comunicarse y no logrará conectarse adecuadamente para un intercambio, en cambio, un niño con problemas de lenguaje con un buen entorno afectivo lo ayudará a aumentar la autoestima.

Gráfico N° 8: Estado civil de los padres.

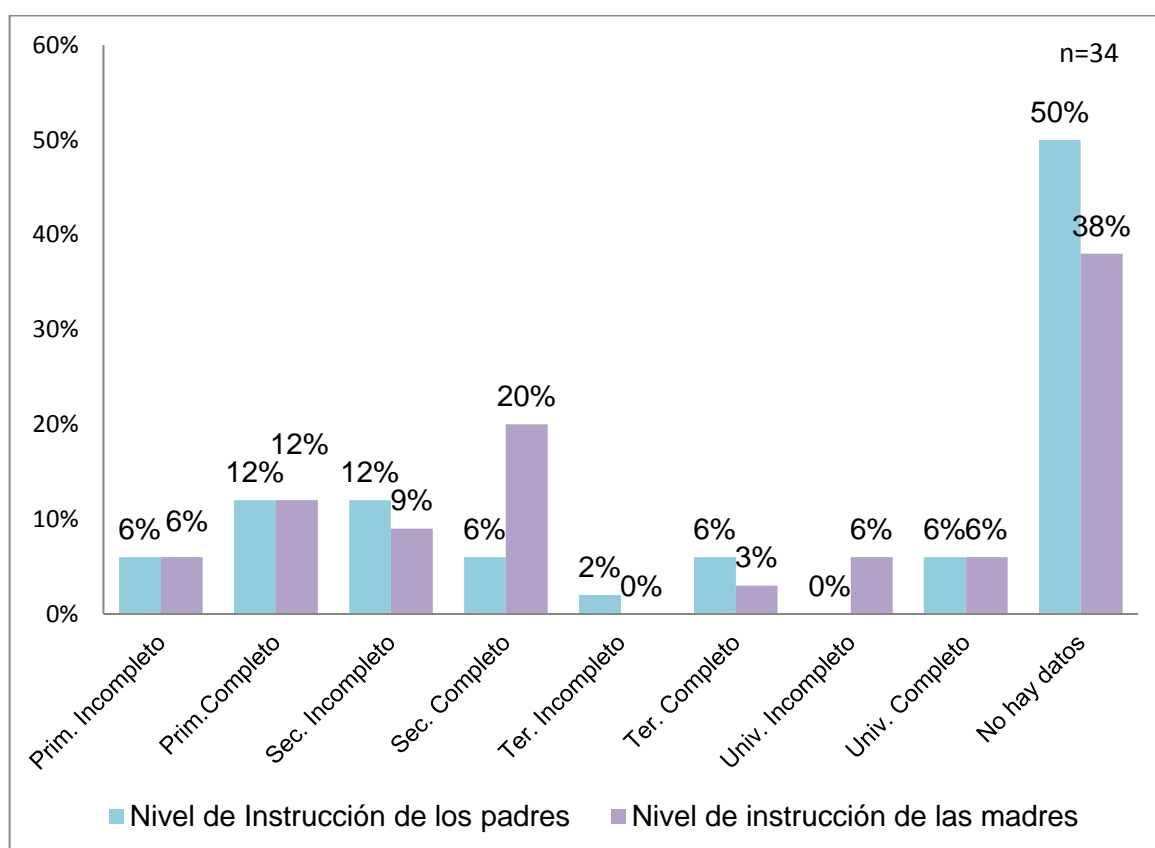


Fuente: Elaboración propia.

El grado de instrucción de los padres no estaba consignado en un 50% de los datos pertenecientes al padre y en un 38% de los datos de la madre. De los antecedentes recolectados se evidencia que más del 50% de los padres no completaron el nivel secundario.

El nivel de lenguaje está dado por el nivel social y cultural, del niño y la familia, que se refleja directamente en el nivel de vocabulario y de estructuración del discurso, relacionado con el grado de instrucción que poseen, por eso, cualquiera sea la dificultad, siempre se obtendrán mejores resultados cuando el niño tenga un sostén estimulante importante.

Gráfico N°9: Distribución según el nivel de instrucción de los padres.

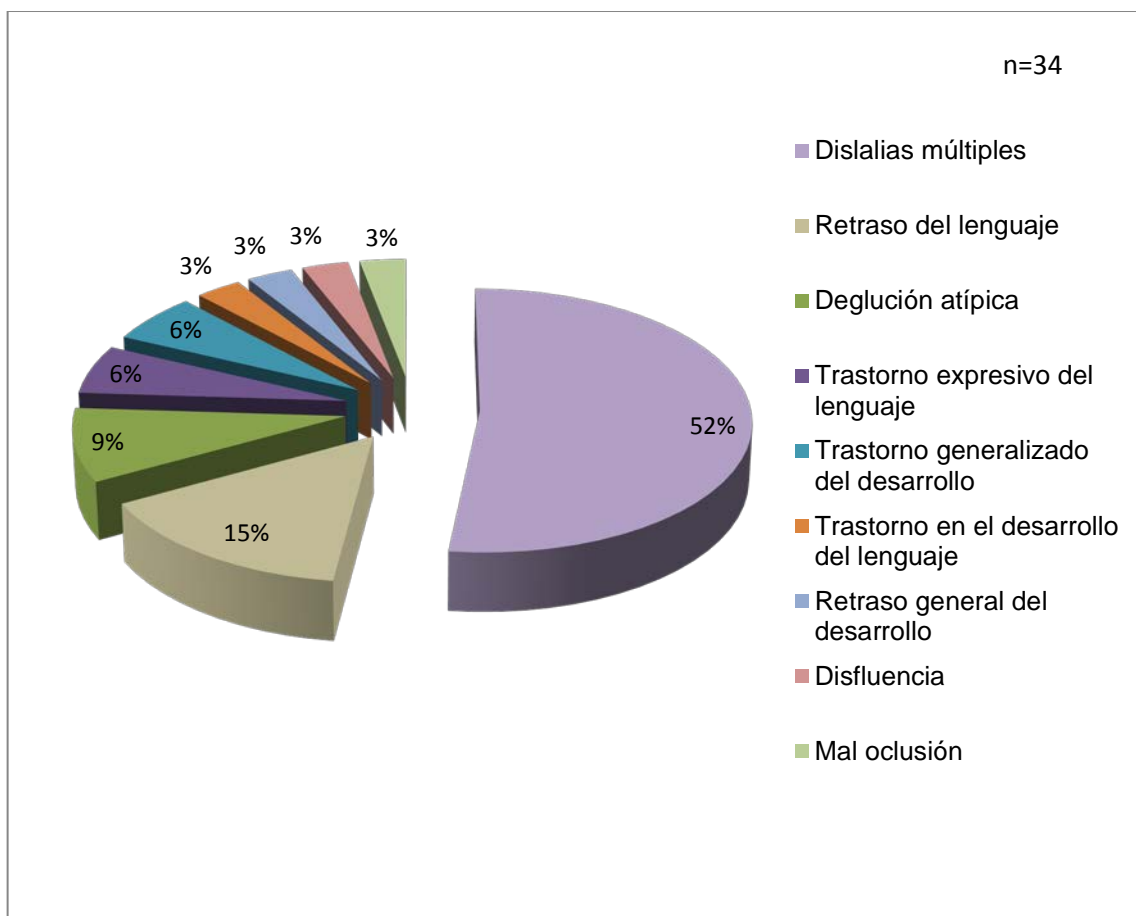


Fuente: Elaboración propia.

Examinando los diagnósticos presuntivos se encontraron diferentes tipologías, un 52% pertenece a dislalias múltiples, un 15% a retraso del lenguaje, un 9% a deglución atípica, 6% a trastorno expresivo del lenguaje, un 6% a trastorno generalizado del desarrollo, 3% a trastorno en el desarrollo del lenguaje, 3% a retraso general del desarrollo, 3% disfluencia, y 3% a mal oclusión.

Haciendo una comparación con los diagnósticos encontrados en el estudio realizado en el Hospital Gutiérrez de la ciudad de Buenos Aires en el año 2009, donde se tomaron como punto de partida a niños cuyo motivo de consulta inicial fue “no habla”, “habla poco” o “habla mal”, aquí se trata en su mayoría de dificultades referidas al habla, específicamente a dislalias, no al lenguaje como en aquel estudio, a pesar de que en ambos estudios la consulta inicial fue la dificultad del niño para comunicarse oralmente.

Gráfico N° 10: Distribución según el diagnóstico presuntivo.

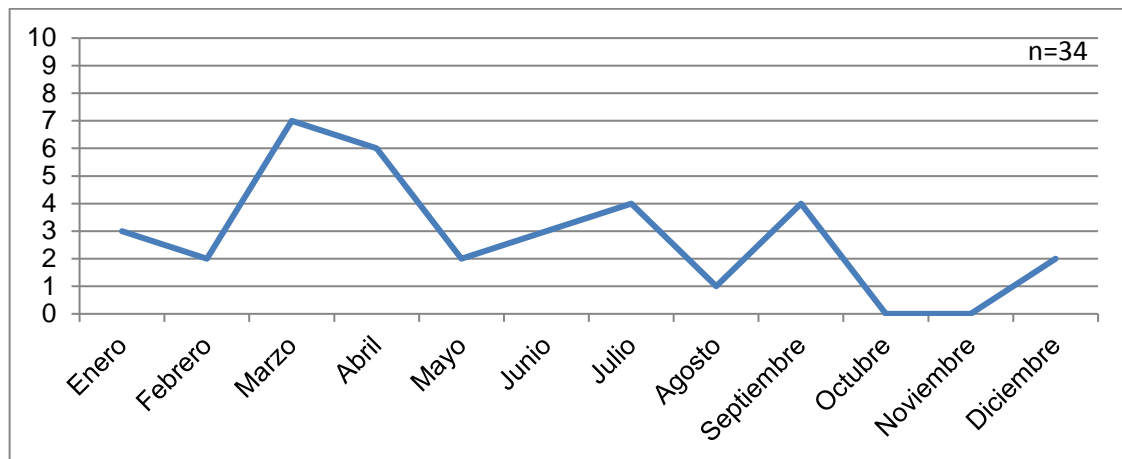


Fuente: Elaboración propia.

Se pudo corroborar un ingreso superior en los meses de marzo y abril, esto puede ser a causa de la derivación de la escuela, la cual, como se mencionó anteriormente, se convierte en la principal institución derivante, pero también debido a que los turnos están sujetos a disponibilidad de agenda y esto ocurre con cada alta o baja del tratamiento. Dado que los pacientes de tratamientos prolongados tienen vacaciones durante el receso escolar y se les indica reiniciarlo por iniciativa propia en marzo, muchos no lo hacen abriendo nuevas vacantes.

A continuación, se exhibe el análisis de manera gráfica para tener una visualización general de la cantidad de pacientes que comenzaron con el tratamiento desde el mes de enero al mes de diciembre.

Gráfico N°11: Iniciación del tratamiento fonoaudiológico.



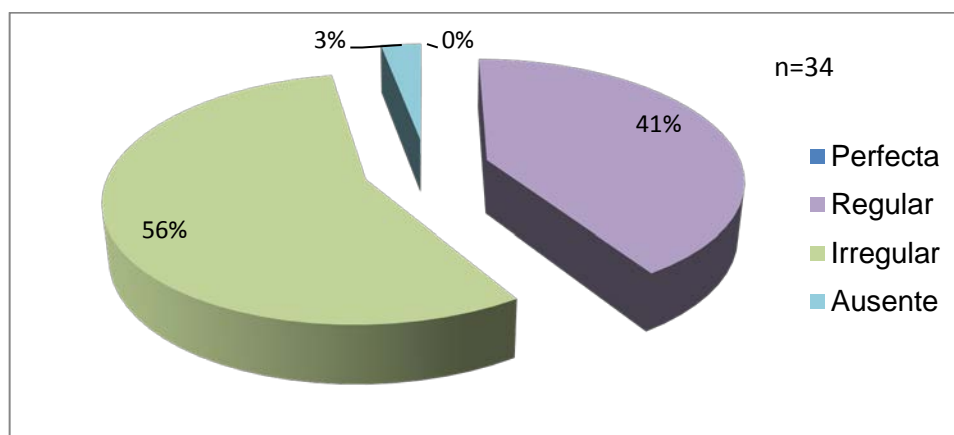
Fuente: Elaboración propia.

Analizando el mes en que comenzaron los niños con el tratamiento fonoaudiológico, los resultados arrojaron que principio de año comenzaron 3 niños, en el mes de marzo 7 niños, siendo éste el mes de mayores ingresos y que los mismos descienden hacia fines de año.

En cuanto a la frecuencia de atención, la totalidad de los pacientes son atendidos semanalmente, teniendo el encuentro una duración de 30 minutos. No se registraron datos referidos a niños que concurran al Centro de Atención Primaria de forma quincenal o mensual.

La asistencia mensual de los niños al tratamiento fonoaudiológico fue irregular para el 56% de los pacientes, regular para el 41 % y ausente para el 3%. Ninguno de los niños atendidos durante el periodo estudiado presentó asistencia perfecta en su intervención. El trabajo fonoaudiológico es efectivo cuando se consigue modificar de forma visible y positiva las dificultades comunicativas, esto se logra a partir del compromiso en lo que respecta a la asistencia a la consulta, como así también, en la participación de los sujetos no solo en el encuentro, sino también en su casa.

Gráfico N° 12: Asistencia mensual.

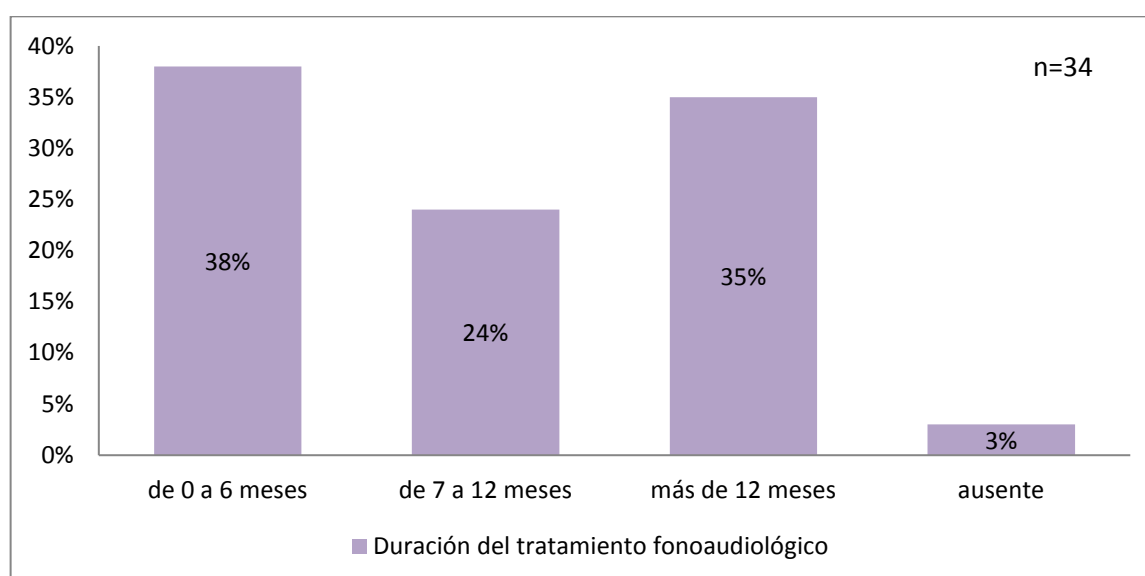


Fuente: Elaboración propia.

Estudiando la duración de los tratamientos se pudo observar que en un 38% de los casos su duración fue de 0 a 6 meses, en un 35% de los casos fue de más de 12 meses, en un 24% de los casos de 7 a 12 meses, independientemente de si obtuvieron el alta o no. Un 3% los pacientes abandonaron el tratamiento desde el inicio, asistiendo solo a la entrevista inicial.

A su vez, dentro del grupo en donde el tratamiento duró 0 a 6 meses, el 77% fue dado de baja y el 23% fue dado de alta. Al referirse al grupo en donde el tratamiento duró de 7 a 12 meses, el 50% fue dado de alta y el 50% fue dado de baja. De los pertenecientes al grupo en donde el tratamiento duró más de 12 meses, el 58% aún continúan en tratamiento, el 25% fueron dados de alta y el 17% fueron dados de baja.

Gráfico N°13: Distribución según la duración del tratamiento fonoaudiológico.



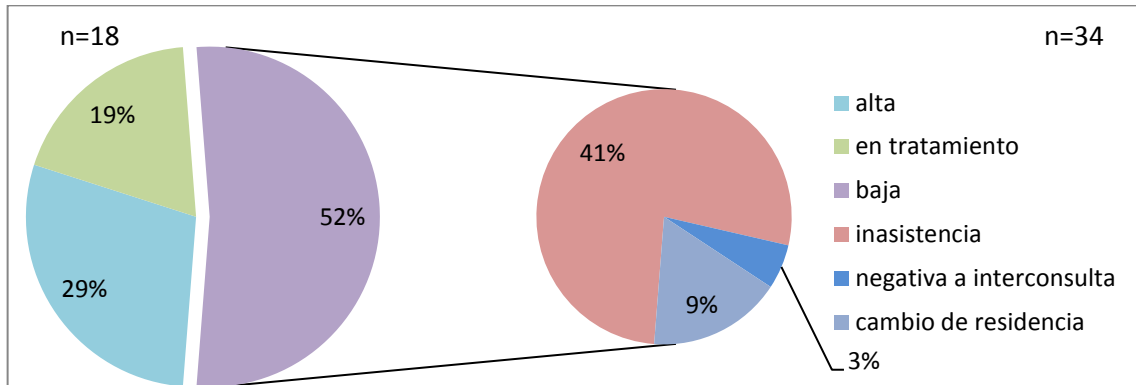
Fuente: Elaboración propia.

De manera general, se analizaron los aspectos que determinan la finalización de los tratamientos fonoaudiológicos en el Centros de Atención Primaria, y se pudo establecer que en un 52% de los casos el paciente fue dado de baja, el 41% debido a inasistencia, el 9% a causa de cambio de residencia y en un 3% de los casos fue por negativa a interconsulta, ya sea para el niño o para los padres. El 29% de los casos cumplieron con el tratamiento propuesto y fueron dados de alta y un 19% aún continúan en tratamiento.



Al hacer una comparación con la investigación realizada en la Universidad de Rosario en el año 1996, en ambos casos el porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento antes de finalizar el mismo supera al porcentaje de individuos que logran finalizarlo con el alta.

Gráfico N°14: Aspectos que determinan la finalización del tratamiento fonoaudiológico.

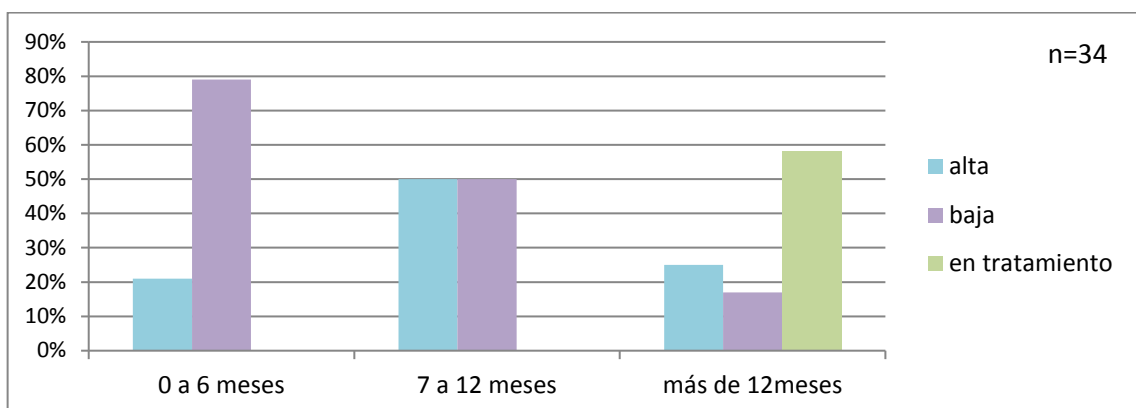


Fuente: Elaboración propia.

Un 48% de niños con evolución favorable habla de la pertinencia de la intervención, mientras que el 52 % de baja en el tratamiento obliga al servicio, cuando no al profesional, a indagar con profundidad acerca del motivo que lo desencadena.

Si se hace un análisis relacionando los meses de duración y el resultado del tratamiento, se sabe que de los pacientes cuyos tratamientos duraron en 0 y 6 meses un 79% fueron dados de baja y un 21 % completaron el tratamiento, de los niños cuyos tratamientos se extendió entre 7 y 12 meses el 50% obtuvo el alta y el 50% restante fue dado de baja, en cuanto a los casos cuya atención se prolongó más de 12 meses un 58% al mes de octubre de 2017 continuaban en tratamiento, un 25% fue dado de baja y un 17% fue dado de alta.

Gráfico N° 15: Relación entre la duración y el resultado del tratamiento.



Fuente: Elaboración propia.

Es importante destacar que los niños que continuaban en tratamiento al recuento de la recolección de datos son los pacientes con diagnósticos presuntivos más complejos, como lo son el trastorno generalizado del desarrollo, trastorno expresivo del lenguaje y trastornos en el desarrollo del lenguaje.

A continuación, se presenta la entrevista personal realizada a la fonoaudióloga del Centro de Atención Primaria de Salud donde se realizó la investigación.

- ¿Qué sexo tiene mayor prevalencia en la atención fonoaudiológica de la sala?

*El masculino, masculino es el de mayor prevalencia de la sala.*

- ¿Los diagnósticos planteados coinciden con el motivo de consulta?

*En su mayoría el diagnóstico presuntivo (por parte de docentes y profesionales de salud) se relaciona con retraso lingüístico y/o dislalias. En menores ocasiones llegan pacientes derivados (por otorrinolaringólogos y odontólogos) por mal posicionamiento lingual y/o alteración del patrón respiratorio.*

*Es comprensible que cada profesional conozca acabadamente los detalles de su área de incumbencia, y sea capaz de hacer una detección temprana. Detectar la alteración en la comunicación es el puntal inicial para dar inicio al tratamiento de rehabilitación pertinente. En raras ocasiones la dificultad articulatoria o la alteración mio-funcional se limitan sólo a eso.*

*En la amplia mayoría de los casos se observa que la demora en la habilidad expresiva trae aparejadas consecuencias en el plano comprensivo y perjudica la sociabilización del niño; lo cual ocasiona daño psicológico en mayor o menor medida, dependiendo de otras variables ligadas, desde ya, a la personalidad del niño, al comportamiento de su entorno íntimo y de desenvolvimiento cotidiano, y la edad de intervención, entre otras.*

- ¿Cuál es el área más afectada en los niños que concurren a la atención?

*Generalmente la forma del lenguaje (plano fonológico y morfosintáctico) es la más afectada, siguiendo la comprensión, y finalmente el uso del lenguaje (capacidad de modificación del entorno a partir de la comunicación). El plano psicológico, como ya hemos dicho, se deteriora, ocasionando baja autoestima, intolerancia a la frustración, problemas de conducta, etc.*

- ¿Cree usted que la escuela cumple un rol fundamental en la derivación?

*Sí, dado que los docentes están con un mismo grupo de niños durante varias horas al día y pueden contrastar el comportamiento de cada alumno en distintas ocasiones, con pares de igual rango etario, así como con otros niños y adultos; y, si bien pueden desconocer el diagnóstico del niño, saben con seguridad que su comportamiento, en alguno de los aspectos de la comunicación, difiere de la norma, y precisa corrección.*

- ¿Quién cree usted que acompaña más al niño en el tratamiento? ¿Por qué?

*La madre es quien “responde” mayormente al tratamiento del niño. Es quien lo lleva al médico, quien llega con la orden de derivación o informe escolar, quien tiene la entrevista de admisión, quien está presente en la devolución, una vez evaluado el niño, quien lo trae a la consulta, y quien practica con él en el hogar.*

*Considerando que surge de una creencia cultural. La madre engendra, pare y cría al niño. Sin embargo, dados los cambios socio-economicos y culturales ligados al rol femenino/masculino en el hogar, sin embargo que es ésta una asignatura a reveer, sobre todo teniendo en cuenta que el sexo de alteraciones fonoaudiológicas de mayor prevalencia es el masculino.*

*Es hora de plantearnos por qué le pedimos a la madre, presente en su medida que se modifique en pos del niño, y no incluimos al padre al tratamiento, también modelo del niño, auto-excluído.*

- *¿Qué aspectos considera usted relevantes en la historia clínica del paciente?*

*Datos del embarazo, parto, posparto, pautas de desarrollo, alimentación (rutina y elección), dentición, malos hábitos orales y otros inapropiados, eliminación, sueño, lateralidad, desarrollo de lenguaje, escolarización, hábitos de independencia, personalidad del niño, cambio de residencia y socio-económicos, composición familiar, relaciones inter-familiares, antecedentes familiares, motivo de consulta, profesional derivante, datos personales de los referentes (padre/madre/tutores) y ligados a su desarrollo cognoscitivo.*

*Se solicitan resúmenes de historia clínica y escolares. Se explica el alcance del tratamiento, así como la relevancia de la participación activa de la familia para que exista avance.*

- *¿Cuál cree usted que es grado de adherencia al tratamiento?*

*Obedece al 50%, como pasa con el acatamiento a la mayoría de los “cursos regulares”.*

- *¿Cuáles son las acciones que la familia implementa en su casa con respecto al tratamiento?*

*La familia ha de seguir consignas propuestas por el profesional ligadas a la modificación de hábitos cotidianos (puesta de límites, desactivación de berrinches, prevención de accidentes, independencia del menor, abandono de malos hábitos, etc.), y práctica de ejercicios tendientes a subsanar la alteración en la comunicación por la que asisten.*

- *¿Cómo es el trabajo interdisciplinario dentro del CAPS? ¿Cómo se podría potenciar?*

*En relación al equipo de Salud Mental, gracias a los screenings del servicio de Terapia Ocupacional, a partir de la edad de 6 meses, puede controlarse la conducta de los niños y realizar indicaciones a los padres en pos del desarrollo esperable de los niños.*

*Lo mismo ocurre a través del servicio de Psicopedagogía, que evalúa a los 4 años de edad, anticipándose al inicio escolar con tiempo suficiente para abordar al paciente evitando fallos en el aprendizaje escolar; y excedida esta edad, pide colaboración del servicio de fonoaudiología para poder avanzar en la lecto-escritura, a partir de la reeducación del código oral.*

*En menores ocasiones los padres se acercan a psicología para solicitar apoyo para ellos, en favor de sus hijos.*

*En relación a otros equipos, los ORL también, así como los odonto-pediatras, derivan por cuestiones anátomo-funcionales que afectan sus órganos de intervención, y que, al estar comprometidos, siempre alteran la expresión del sujeto, para empezar. Dado que en la mayoría de los casos se precisa una mirada ecléctica, una vez que se “conquista” al paciente (y entiéndase como paciente, tanto al niño como a la madre/padre/tutor), mediante el avance del tratamiento, puede lograrse una atención interdisciplinaria -reduciendo la probabilidad de deserción que pudo haber habido en un inicio, dada la frecuente incredulidad inicial en el tratamiento.*

*El trabajo de interdisciplinario de los CAPS podría potenciarse con mayores recursos. Más personal por sala, más salas con equipos completos, para asegurar la accesibilidad y el trabajo de promoción y prevención propio de la APS (Atención Primaria de Salud) de los CAPS, a los que nunca se llega, precisamente porque la urgencia (dar tratamiento a pacientes desviados de los parámetros esperables por edad), en definitiva, deja a un lado lo importante (promover y prevenir). La calidad de la intervención, por encima del número de pacientes.*

- *¿Cómo definiría usted el trabajo fonoaudiológico en el Centro de Atención Primaria de la Salud?*

*Elemental, es la primera palabra que se me viene a la mente al pensar en el trabajo fonoaudiológico en el Centro de Atención Primaria de la Salud. En el plano terrenal, en relación al campo de acción que me ocupa, para hacer niños más seguros de sí, con menos desaciertos sociales (ya que en su mayoría los niños con expresividad alterada tienen DAE –dificultad de aprendizaje escolar- posterior), con menos reprimendas del entorno, con más miradas de acierto, y más logros acumulados, niños que serán pilares de la sociedad del mañana, capaces de insertarse con dignidad en el sistema del que somos todos parte.*

*En un plano filosófico expresarnos es imprescindible para fluir, para pensar, y hacerlo cada vez mejor, para ser y hacer felices a otros, lo cual, indefectiblemente, promueve el desarrollo de una mejor sociedad.*

Analizando el gráfico de agente de derivación y la entrevista realizada, la escuela se constituye en la principal institución derivante, debido a que puede observar por tiempo más prolongado el comportamiento del alumno y hacerlo en comparación con otros niños de igual rango etario. Luego sigue el Equipo de Salud Mental, que deriva cuando los indicadores del desarrollo lingüístico están comprometidos, hablando específicamente de la terapia ocupacional, mediante screening que se pueden realizar a partir de los 6 meses, la psicopedagogía que evalúa a partir de los 4 años de edad, previo ingreso escolar, o cuando la dificultad expresiva condiciona negativamente la personalidad del sujeto, refiriéndonos a psicología, en menor grado.

Para el odontólogo y el otorrinolaringólogo la identificación de la dificultad es más evidente por la falla anatómo-funcional; y el éxito del tratamiento fonoaudiológico, como en los otros casos, reporta un éxito superior, ya que siempre se altera la expresión del sujeto, como afirma la profesional entrevistada.

Nube de palabras N° 1: Percepción de la fonoaudióloga entrevistada sobre su abordaje.



Fuente: Elaboración propia.

El eje principal de los tratamientos fonoaudiológicos en los CAPS son los niños, para que el mismo sea efectivo y los pacientes logren desarrollar su comunicación de manera positiva se involucran muchos factores, entre ellos, la familia, especialmente la madre como principal agente informante, los especialistas, siendo ellos los encargados de detectar y proceder a la derivación para lograr una intervención temprana, factor determinante para una evolución favorable y el compromiso de la institución y el profesional fonoaudiólogo para cumplir con las necesidades demandadas.

CONCLUSIÓN

A partir de la siguiente investigación sobre los motivos de consulta, el tránsito del tratamiento y los aspectos que determinan la finalización de la atención fonoaudiológica, plasmados en historias clínicas de pacientes que concurren a un Centro de Atención Primaria de Salud, se observa que la mayor cantidad de ingresantes abarcan la edades de 4, 5 y 6 años, siendo las mismas críticas en el desarrollo de las habilidades comunicativas. Como diagnóstico presuntivo más de la mitad de los ingresantes presentan dislalias múltiples seguidas de retraso del lenguaje y deglución atípica.

Es de considerar que la mayoría de los pacientes son de sexo masculino y se pudo apreciar que el motivo principal de consulta es la dificultad en el habla, debido a que es un síntoma evidenciable, ya sea para la familia, el docente o el médico.

La escuela se constituye en la principal institución derivante, seguido el equipo de salud mental perteneciente al Centro de Atención Primaria, son pocos los ingresantes por derivación de odontología y otorrinolaringología, y aún en menor porcentaje que accede por demanda espontánea. Se pudo corroborar un ingreso superior en los meses de marzo y abril, esto puede ser por la derivación de la escuela.

Los niños llegan a la sala acompañados de su madre en su amplia mayoría, salvo un caso en el que asistió la abuela. En ninguno de los casos analizados se registró como agente informante al padre. La generalidad de los padres supera los 30 años de edad, y la unión de hecho como estado civil.

La atención planificada en todos los caso fue semanal. Las asistencias son mayormente irregulares, pese a que se advierte la discontinuidad del tratamiento tras dos faltas consecutivas sin aviso. Según la visión del profesional encargado del servicio de fonoaudiología esto da a pensar que habría que reconsiderar la medida de baja y modalidad de atención si paralelamente el estado del proceso de atención no es positivo, teniendo en cuenta que el 52% de los niños ingresados no completan el mismo.

Para que el tratamiento fonoaudiológico sea exitoso se depende de muchas variables, en primer lugar la accesibilidad al sistema, como así también, una detección y correspondiente derivación temprana, el apoyo y acompañamiento de la familia, el compromiso por parte del paciente y quien esté a su cargo de asistir al tratamiento y la responsabilidad con la cual se opera para lograr los objetivos propuestos por el profesional.

Los datos recolectados a partir de la historia clínica son fundamentales para establecer un plan de tratamiento, como así también, para guiar al profesional en la etiología de la dificultad y su abordaje terapéutico, teniendo en cuenta las posibilidades del paciente y su entorno.

Estos datos son de importancia para indagar sobre las políticas, estrategias y planes de acción que plantea la atención primaria, para lograr un sistema sanitario efectivo en sí

mismo y en su población, siendo el CAPS el contacto inicial entre dicho sistema y la sociedad.

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

- ¿Cuál es el tiempo pertinente de intervención para lograr favorecer al niño y su familia, sin por ello desatender la demanda de las otras familias en la lista de espera?
- ¿Qué grado de importancia le dan los padres a la atención fonoaudiológica en los Centros de Atención Primaria de la Salud?
- ¿Cuáles son los motivos que desencadenan la inasistencia en el tratamiento fonoaudiológico brindado por el Sistema de Salud Público?



# BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Aizpún, AM, Boullón, M, Dudock, M, Kibrik, L, Maggio, MV, Maiocchi, Alicia & Vázquez Fernández, P. (2013). *Enfoque neurolingüístico en los trastornos del lenguaje infantil. Semiología, evaluación y terapéutica aplicada*. Buenos Aires: Editorial Akadia.
- ✓ Alessandri, M. L. (2007) *Trastornos del lenguaje. Detección y tratamiento en el aula*. Buenos Aires: Editorial Lesa.
- ✓ Allignani, G., Granovsky, G., & Iroz, M. (2010). El rol del fonoaudiólogo en un hospital materno infantil. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 29(1), 28-30. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91213729006.pdf>
- ✓ Alma Ata (1978). *Atención Primaria de Salud*. Disponible en: <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>
- ✓ Belló, Mariana, & Becerril-Montekio, Víctor M. (2011). The health system of Argentina. *Salud Pública de México*, 53 (Supl. 2), s96-s109. Recuperado en 21 de septiembre de 2017, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342011000800006&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342011000800006&lng=es&tlng=en).
- ✓ Carrillo, R. (1951). Plan esquemático de salud pública 1952-1958. Disponible en: <http://www.labaldrich.com.ar/wp-content/uploads/2013/03/Plan-Sinte%CC%81tico-de-Salud-Pu%CC%81blica-1952-%E2%80%931958-del-Dr.-Ramo%CC%81n-Carrillo.pdf>
- ✓ Código de Ética y Deontología Fonoaudiológica (2008). Disponible en: [http://cfba.org.ar/formulariospdf/normativasyresoluciones/cdigo\\_etica\\_deontologa\\_fon\\_oudiolgico.pdf](http://cfba.org.ar/formulariospdf/normativasyresoluciones/cdigo_etica_deontologa_fon_oudiolgico.pdf)
- ✓ Colina Matiz, S., (2009). Papel del fonoaudiólogo en el área de salud mental: una experiencia profesional en el hospital militar central. *Revista Med*, 17(1), 26-33. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a05.pdf>
- ✓ Curbelo, T. (2004). Fundamentos de Salud Pública. *La Habana: Editorial Ciencias Médicas*, 15, 377-383.
- ✓ Domínguez, J., Thomas, V., Farfán, G., Fernández, O., Montenegro, H., Rubinstein, A., & Torres, A. (2003). Estrategia para la Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud: Aportación de la Medicina Familiar (2º parte), I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 4(1). Disponible en: <file:///C:/Users/flora/Downloads/152-152-1-PB.pdf>
- ✓ Duarte, L., Peña, M., Pragua, B., & Rodríguez, L. Rol del Fonoaudiólogo en el primer nivel de Atención en Salud. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=239496&indexSearch=ID>
- ✓ Frenk, J. (2016). *La salud de la población: Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica.
- ✓ Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la Reforma. equidad y determinantes sociales de la salud. *Revista chilena de salud pública*, 9(2), p-103. Disponible en: <http://revistas.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/20128/21293>
- ✓ Gerbaudo, A. G. (1996). *Estudio descriptivo sobre el rol del fonoaudiólogo dentro del ámbito hospitalario, Centro de Salud y Centros comunitarios dentro de la circunscripción Rosario durante el año 1995* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Fonoaudiología).

- ✓ Ley N° 153/ 99 Legislatura porteña, ciudad autónoma de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.cedom.gov.ar/publicaciones/SALUD.pdf>
- ✓ Ley Nacional de Salud Mental decreto 603/2013. Disponible en: <http://www.psych.unc.edu.ar/wp-content/uploads/2-26657-Protecci%C3%B3n-a-la-Salud-Mental-Dto.-Reglamentario-603-2013.pdf>
- ✓ Martín, S. R., Gallardo, E. B., Gómez, A. A., & Fernández, J. M. (2005). Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Atención primaria*, 36(7), 358-364. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670570514X>
- ✓ Martínez, L., Cabezas, C., Labra, M., Hernández, R., Martínez, L. M., Cerutti, M., & Malebrán, C. (2006, June). La logopedia en Iberoamérica. In *XXV Congreso de Logopedia, Foniatría y Audiología*. Granada: España. Disponible en: <http://academico.upv.cl/doctos/FONO-4005/%7B0D048D81-59EC-4DCD-9419-DAA614AD6B24%7D/2012/S1/historia%20de%20la%20fonoaudiologia.pdf>
- ✓ OMS (1948). *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- ✓ OMS (1978). *Estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe*. Disponible en: [http://www.who.int/occupational\\_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf](http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf).OMS/OPS
- ✓ OMS. (1978). *Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud*. Disponible en: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)
- ✓ Outomuro, D. (2003). Bioética, APS y Salud Pública. Algunas consideraciones sobre justicia distributiva. *Azevedo, AC; Lemus, JE; Bernacdinini, BB. Seminario Taller Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. A, 25.*
- ✓ Pérez, A. B., González, A. G., Martínez, J. F., Rodríguez, F. S., Pérez-Crespo, C., & Manzanera, F. A. (2003). La demora en la consulta de atención primaria: ¿ se puede mejorar ?. *Atención primaria*, 31(6), 377-381. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703707021>
- ✓ Petano Sáenz, V. (2009) *Atención fonoaudiológica a los pacientes de la ESE Cartagena de Indias del municipio de Corozal – Sucre, durante el segundo periodo del 2009*. Disponible en: <http://unisucre-repositorio.metabiblioteca.org/bitstream/001/199/2/T616.85505%20%20P477.pdf>
- ✓ Reinaldo, R. G. (2002). *Temas de Medicina Interna. Vol. I. 4ta edición. Editorial Ciencias Médicas.*
- ✓ Resolución 252/1999 (1999). *Norma de organización y funcionamiento del área de fonoaudiología de los establecimientos asistenciales*. Disponible en: <http://studyres.es/doc/3455696/r.m.-252-1999---ministerio-de-salud-de-la-naci%C3%B3n>
- ✓ Resolución 252-99 del Ministro de Salud y Acción Socia. Disponible en: <http://www.ba.gov.ar/areas/salud/regulacion/files/Resoluciones%20de%20Organismos%20Nacionales/Resolucion%2025299%20del%20Ministro%20de%20Salud%20y%20Accion%20Social.pdf>

- ✓ Rodríguez Chicaiza, A. B. (2017). *Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del paciente que asiste a consulta externa en el centro de Salud Morete Puyo* (Bachelor's thesis). Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/6050/1/PIUAENF022-2017.pdf>
- ✓ Romero Bermúdez, E., Díaz Camacho, J., México (2010) *El uso del diagrama causa-efecto en el análisis de casos*. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/270/27018888005.pdf>
- ✓ Serra, S. (2007) *Fonoaudiología. Aproximaciones logopédicas y audiológicas*. Córdoba: Editorial Brujas.
- ✓ Tobar, F. (2001). *Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina*. Disponible en: [http://www.cepsifotocopiadora.com.ar/archivos/folios/33576\\_2015925.pdf](http://www.cepsifotocopiadora.com.ar/archivos/folios/33576_2015925.pdf)
- ✓ V Encuentro Nacional Y II Internacional de investigación en Fonoaudiología (2012) *“La investigación, Compromiso de Todos”*. Disponible en: <file:///C:/Users/flora/Desktop/tesis/investigaciones/inves%20APS/Memorias%20V%20Encuentro%20Nacional%20y%20II%20Internacional%20de%20Investigación%20en%20Fonoaudiología.pdf>
- ✓ Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), 7-11. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci_arttext)
- ✓ Zurro, A. M. (2005). Sobre la calidad percibida de la atención primaria. *Atención primaria*, 36(7), 364-366. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656705705151>
- ✓ Zurro, M., Castelltort, L., & Sans Miret, A. (2000). El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Revista Atención Primaria, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 25(1), 48-58. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Amando\\_Zurro/publication/257058375\\_El\\_modelo\\_de\\_atencion\\_primaria\\_de\\_salud\\_balance\\_y\\_perspectivas/links/5613e1ae08ae983c1b402400.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Amando_Zurro/publication/257058375_El_modelo_de_atencion_primaria_de_salud_balance_y_perspectivas/links/5613e1ae08ae983c1b402400.pdf)
- ✓ Peralta Montecinos, J. (2000). Adquisición y desarrollo del lenguaje y la comunicación: una visión pragmática constructivista centrada en los contextos. *Límite*, (7), 54-66.
- ✓ Serra, S., (2007) *Fonoaudiología: aproximaciones logopédicas y audiológicas*. Buenos Aires: Editorial Brujas

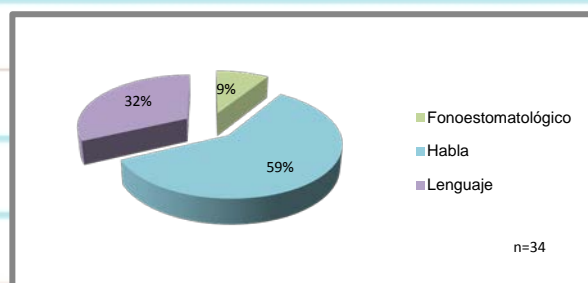


## TRATAMIENTOS FONOAUDIOLÓGICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

**La Atención Primaria de la Salud es el contacto inicial entre la sociedad y el Sistema Sanitario. Las historias clínicas registradas y archivadas son un reflejo del tránsito de los pacientes por dicho sistema.**

**Objetivo:** Analizar los motivos de consulta, el tránsito del tratamiento y los aspectos que determinan la finalización de la atención fonoaudiológica, plasmados en historias clínicas de pacientes que concurren a un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Mar del Plata que inicien tratamiento durante el periodo 2015.

Distribución según el motivo de consulta general.



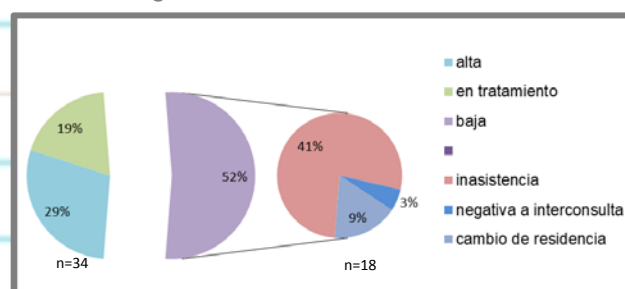
Fuente: Elaboración propia

**Materiales y método:** Esta investigación es de tipo cuantitativa descriptiva con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento abordando el análisis con la utilización de datos ya existentes en historias clínicas. Se trabajó sobre un muestreo no probabilístico conformado por 34 niños entre 3 y 14 años de edad que hayan concurrido a un Centro de Atención Primaria de la ciudad de Mar del Plata y que iniciaron el tratamiento durante el periodo 2015.

**Resultados:** Los motivos de consulta son en más del 50% de los casos dificultades del habla, los cuales tienen como diagnóstico presuntivo dislalias múltiples. La mayor cantidad de ingresantes abarcan las edades de 4,5 y 6 años, predominando el sexo masculino por sobre el femenino. Como agente de derivación se encuentra en primer lugar la escuela, lo cual coincide con el mes de mayor ingresos al sistema, siendo este marzo, inicio de clases. Como agente informante en casi la totalidad de los casos se registró la madre del niño, y hay poca o nula información sobre el lado paterno, a pesar de que un 70 % se tratan de familias unidas.

Más del 50% de los pacientes presentan una asistencia irregular, y un 52% de los casos estudiados fueron dados de baja antes de finalizar el tratamiento. Solo un 29% de la totalidad de los niños fue dado de alta luego de cumplir con las metas establecidas por el terapeuta.

Aspectos que determinan la finalización del tratamiento fonoaudiológico



Fuente: Elaboración propia

**Conclusiones:** La mayoría de los niños ingresados al Sistema de Salud Pública por el servicio de fonoaudiología consultan por dificultades del habla, las edades predominantes abarcan entre los 4 y los 6 años, la asistencia de estos pacientes es irregular y más de la mitad son dados de baja antes de concluir el tratamiento.

## REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA AUTORIZACION DEL AUTOR<sup>1</sup>

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

- ✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- ✓ Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

### 1. Autor:

Apellido y Nombre:

Tipo y Nº de Documento:

Teléfono/s:

E-mail:

Título obtenido: Licenciatura en

**2. Identificación de la Obra:** TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

Fecha de defensa \_\_\_\_/\_\_\_\_/201

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



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

### 4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero [ ]

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

---

Firma del Autor Lugar y Fecha

---

<sup>1</sup> Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.



TESIS DE LICENCIATURA  
FGA. FLORENCIA ANAHÍ GÓMEZ  
2018