

METAVOCES

ISSN 2718- 711X

**Publicación del Departamento de Fonoaudiología
Año XIV - Nº 24 – 2022
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional de San Luis
Argentina**

Autoridades Facultad de Ciencias de la Salud

Decana

Esp. María Cecilia Camargo

Vicedecana

Dra. María Luján Correa

Directora del Departamento de Fonoaudiología

Esp. María Elena Pereira Flores

Vicedirectora del Departamento de Fonoaudiología

Esp. María Claudia Nuñez Campero

Directora General

Esp. María Alejandra de Vicente.

Editora Asociada

Lic. Sonia Cecilia Echegaray.

Comité Editorial

Esp. María Estela López. Departamento de Educación y Formación Docente. Facultad de Ciencias Humanas. UNSL.

Esp. Gisela Lorena Franzí. Departamento de Kinesiología y Fisiatría. Facultad de Ciencias de la Salud. UNSL.

Esp. Elisa Belén Gómez. Departamento de Fonoaudiología. Facultad de Ciencias de la Salud. UNSL.

Esp. Jessica Vanina Garro Bustos. Departamento de Nutrición. Facultad de Ciencias de la Salud. UNSL.

Mgter. Bibiana Edith Hidalgo. Departamento de Fonoaudiología. Facultad de Ciencias de la Salud. UNSL.

Esp. Elva Gabriela Rosell. Departamento de Educación y Formación Docente. Facultad de Ciencias Humanas. UNSL.

Dr. José Manuel Rodríguez Amieva. Departamento de Comunicación. Facultad de Ciencias Humanas. UNSL.

Esp. María de los Ángeles Abraham. Departamento Formación Profesional. Facultad de Psicología. UNSL.

Dra. Eleonora García Quiroga. Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. UNSL.

Comité Científico

Dr. Jesús Valero García Universidad Ramón Llul. Barcelona, España.

Inés Bustos Sánchez. Escola Eòlia De Treballs Vocals d'interpretació. Barcelona, España

Dr. Ignacio Cobeta Marcos. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid, España

Lic. Jorge Ponjuán Tamayo. Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona del Ministerio de Educación de la República de Cuba.

Dr. Joan Ferrés Prats. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España.

Dr. Juan Narbona. Universidad de Navarra, Pamplona, España.

Flga. Nidia Patricia Cedeño. Grupo de investigación en anomalías craneofaciales de Comfamiliar Risaralda, Colciencias, Colombia

Dr. Carlos Curet. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Dra. Alejandra Ciriza. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Dr. Vicente Curcio. Universidad del Museo Social. Buenos Aires, Argentina

Lic. Miguel Guillaumet. Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina

Dra. Nancy Molina. Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina

Dr. Ramón Sanz Ferramola. Universidad Nacional de San Luis, Argentina.

Dra. María del Carmen Campos. Universidad del Museo Social Argentino, Buenos Aires, Argentina.

Dra. Patricia Vázquez Fernández. Universidad del Museo Social Argentino, Buenos Aires, Argentina.

Dra. Nora Neustadt. Universidad del Museo Social Argentino, Buenos Aires, Argentina

Esp. Viviana Carmen Casaprima. Universidad Nacional de Rosario. Santa Fe, Argentina

Dra. María Luján Correa. Universidad Nacional de San Luis. Argentina

Mag Liliana Cortese Marhild. Universidad Nacional de Río Cuarto. Córdoba, Argentina

Esp. Gabriel Converso. Universidad del Gran Rosario. Santa Fe, Argentina

Dra. Myrtha Hebe Chokler. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina

Dra. Dora Diana Luengo. Universidad Nacional de San Luis. Argentina.

Lic. Liliana Vicenta Sacco. Universidad Nacional de Rosario. Santa Fe, Argentina

Lic. Alicia Susana Tobares. Universidad Nacional de Córdoba. Universidad Nacional de Villa Mercedes. Argentina

Dra. Ramona Domeniconi. Universidad Nacional de San Luis. Argentina

Esp. Leticia Pogliano. Universidad Nacional de Rosario. Santa Fé, Argentina

Mag. Cristina Elisabeth Gutierrez. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina

La revista Metavoces es una publicación digital del Departamento de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias de la Salud, de carácter científico, arbitrada, que tiene como propósito difundir artículos en español, referidos a temáticas relacionadas con la Fonoaudiología, y disciplinas afines a la Comunicación Humana provenientes de otras Ciencias de la Salud, Educación, Psicología, entre otras disciplinas.

La revista incluye artículos originales e inéditos, que pueden corresponder a trabajos empíricos, revisiones teóricas, estudios de casos, comentarios a autores, opiniones breves de expertos e Investigaciones y/o recopilaciones bibliográficas. También acepta comunicaciones cortas, informes de tesinas, trabajos finales y tesis de posgrado, experiencias en extensión universitaria, sin otra restricción que la evaluación positiva de los referatos anónimos externos.

Metavoces está organizada en las siguientes secciones: 1) Trabajos originales 2) Informes de tesinas, trabajos finales, tesis 3) Comunicaciones cortas y actualizaciones 4) Experiencias en extensión universitaria.

Contenido

Editorial.....	6
Aportes de la epistemología Bachelardiana: El valor permanente de las experiencias tempranas de la infancia.....	7
Estudio del conocimiento que poseen los docentes de jardines maternales sobre desarrollo comunicativo preverbal y los signos de alarma vinculados con el desarrollo comunicativo	13
Lactancia Materna y Trabajo: Situación de los Entornos Laborales Públicos y Privados para las Madres de la Ciudad de San Luis Capital.....	33
Cuerpo y voz: del bloqueo a la acción creativa	47
La salud auditiva durante la educación virtual en tiempos de pandemia.....	56
Síndrome Vestibular Agudo: puesta al día	63

Editorial

Generar y compartir el conocimiento nos engrandece, pero más allá de eso el comunicarlo a la comunidad, es una parte esencial del quehacer científico, de esta manera se contribuye a la proyección de otros saberes, destacando la importancia de la contextualización de los aportes y avances de la ciencia. En otras palabras, se acerca al público y a las comunidades científicas material para seguir construyendo conocimiento.

En esta oportunidad la revista *Metavoces* se publica de manera digital por cuarto año consecutivo. Esto significa, para quienes trabajamos en ella, un gran desafío que se renueva con el trabajo y el acompañamiento de quienes obramos por jerarquizarla cada vez más. Así, gracias a los autores que la eligen como posibilidad al momento de publicar, como al trabajo del Comité Científico y del Comité Editorial, es que nace esta nueva publicación, que se traduce, a nuestro juicio, en un valioso aporte al conocimiento e investigación en temáticas relativas a *la comunicación humana* desde distintas áreas y disciplinas.

En este número contamos con la publicación de 6 artículos, el primero de ellos titulado “Aportes de la epistemología Bachelardiana: El valor permanente de las experiencias tempranas de la infancia”, donde la autora realiza aportes para repensar y reflexionar ciertas prácticas fonoaudiológicas, especialmente a aquellos profesionales dedicados a la atención de la niñez temprana.

En segundo lugar, la publicación de un trabajo final para obtener el grado de Licenciada en Fonoaudiología, titulado: “Estudio del conocimiento que poseen los docentes de jardines maternales sobre desarrollo comunicativo preverbal y los signos de alarma vinculados con el desarrollo comunicativo”, los autores destacan la importancia de la detección temprana en el ámbito educativo.

El tercer artículo “Lactancia Materna y Trabajo: Situación de los Entornos Laborales Públicos y Privados para las Madres de la Ciudad de San Luis Capital” nos propone conocer una realidad específica sobre uno de los momentos críticos para la madre “el amamantamiento” y la incorporación al mundo laboral.

La cuarta comunicación “Cuerpo y voz: del bloqueo a la acción creativa”, aporta conocimientos generados a través del dictado de talleres, *La voz que habita en mí* y *La voz del cuerpo: eliminando los “no puedo”*, donde los datos obtenidos les sirvieron a los investigadores para crear planes de educación de la voz con el fin de modificar conductas y hábitos vocales perjudiciales.

Siguiendo el orden de publicación, el artículo “La salud auditiva durante la educación virtual en tiempos de pandemia”, nos permite visualizar el impacto que el Covid 19 produjo sobre la salud, específicamente sobre los hábitos auditivos en adolescentes y jóvenes adultos que participaron durante los años 2020 y 2021 de clases virtuales.

Por último, la comunicación “Síndrome Vestibular Agudo: puesta al día”, nos propone una actualización en el manejo de pacientes con este tipo de trastornos, proporcionando conceptos clínicos, terminología y causas.

En pocas palabras, queremos agradecer a los profesionales que publicaron en *Metavoces* e invitamos a todos a disfrutar de estas contribuciones y aportes al conocimiento científico.

Esp. Maria Alejandra de Vicente
Directora General

Lic. Sonia Cecilia Echeagaray
Editora Asociada

Aportes de la epistemología Bachelardiana: El valor permanente de las experiencias tempranas de la infancia

Contributions of Bachelardian epistemology: The enduring value of early childhood experiences

Autora: Lic. Agustina Comerci¹

Resumen

El siguiente trabajo empírico intenta incorporar los aportes realizados por la doctrina Epistemológica de la mano del gran Epistemólogo Gastón Bachelard a la Disciplina Fonoaudiológica, especialmente a aquellos profesionales dedicados a la atención de la niñez temprana. Se espera que el escrito permita repensar y reflexionar en ciertas prácticas fonoaudiológicas al interior de algunos postulados propuestos por el Epistemólogo. El texto invita a la reflexión, al pensar un nuevo pensar, un nuevo hacer, lo que puede representar un gran desafío, pero aun así es un cautivador recorrido para quien se habilite a recorrerlo, ya que seguramente posibilite la apertura a nuevas prácticas innovadoras que contengan una mirada más integral y empática de la niñez temprana.

Palabras clave: Epistemología Bachelardiana - niñez temprana - disciplina fonoaudiológica - reflexión.

Introducción

En el siguiente trabajo empírico se intentan incorporar los aportes realizados por la doctrina epistemológica de la mano del gran Epistemólogo Gastón Bachelard a la Disciplina Fonoaudiológica, especialmente a aquellos profesionales dedicados a la atención de la niñez temprana.

Nos es infrecuente observar los cruces de conocimientos y/o aportes de un saber disciplinar a otro; más aún cuando las áreas de los que provienen cada uno de estos saberes son

Abstract

The following empirical work tries to incorporate the contributions made by the Epistemological doctrine from the hand of the great Epistemologist Gastón Bachelard to Speech Therapy Discipline, especially to those professionals devoted to the care of early childhood. It is expected that this writing allows rethinking and reflecting on certain speech-language practices within some postulates proposed by the Epistemologist. The text invites reflection, when thinking about a new way of thinking, a new way of doing, which can represent a great challenge, but even so, it is a captivating journey for those who are able to go through it, since it surely makes it possible to open up to new innovative practices that contain a more comprehensive and empathetic view of early childhood.

Key words: Bachelardian epistemology - early childhood - speech therapy discipline - reflection.

tan disímiles entre sí. En este caso: la *Epistemología*, nace de las Ciencias Sociales, mientras que la *Fonoaudiología*, proviene de las Ciencias de la Salud. Posiblemente, esto es lo que haga a este trabajo disruptivo a la vez que enriquecedor.

En virtud de lo antes mencionado, es que este trabajo tiene por objetivo repensar y reflexionar en ciertas prácticas fonoaudiológicas al interior de algunos postulados epistemológicos que se desprenderán del texto.

¹ Lic. en Fonoaudiología. Docente del Departamento de Fonoaudiología. Integrante del Proyecto de Investigación "La función deglutoria y sus alteraciones". PROIPRO 10-0220. Directora del PEIS "Lactar y amar: La Lactancia Materna como vehículo para garantizar la salud de las primeras infancias". Universidad Nacional de San Luis. agustinacomerci@gmail.com

Desarrollo

El autor y Epistemólogo Gastón Bachelard (1884-1962) introduce un concepto muy interesante: La imaginación material. Según Bachelard (1978) ésta remite a imágenes directas de la materia. Es una imaginación que tiene como causa una materia, y esa materia da a un ensueño y a una obra estética su profundidad y su misterio a la vez que le da su individualidad y su fuerza inagotable de desarrollo. Esta precede a la imaginación de las formas. Es decir, Bachelard plantea la idea de que la imaginación material se va a desplegar mediante esas experiencias tempranas vinculadas con la materia (agua, fuego, aire y tierra), que a su vez constituirán la subjetividad de ese infante.

En este sentido, a continuación, intentaré establecer la relación entre estos elementos y la niñez temprana, y las posibles derivaciones que enriquecen el saber y el quehacer fonoaudiológico.

En cuanto al Fuego, Bachelard (1982) hace un recorrido deslumbrante vinculando este elemento a cuestiones como la alimentación, la sexualidad, y plantea que las primeras experiencias de esta materia posiblemente estén vinculadas al calor humano recibido, fundamentalmente en los primeros tiempos de vida, experiencias que luego se abordarán imaginariamente.

Con respecto al elemento Agua, Bachelard (1978) hace una conexión entre el agua y la leche materna, manifestando que esta se establece bajo dos principios y dos niveles de profundidad:

- Todo líquido es agua
- Toda agua es leche, y en definitiva, leche materna

El autor ubica a la madre como primer principio activo de la proyección de las imágenes. Ese amor de madre, que nos alimenta con su leche. Las imágenes conscientes del agua siempre estarán sostenidas por una imagen material que no suele ser consciente, que es la de la leche materna, y esto responde a una capa aún más profunda, que es la capa donde encontramos los primeros centros de intereses orgánicos (en torno a la boca) que

es para el bebé la primera zona de bienestar físico, de placer, felicidad y sensualidad.

A continuación, el autor analiza este fenómeno en relación al lenguaje, planteando una continuidad entre el agua, las palabras del agua (sus sonidos), y la palabra humana.

En un admirable juego de palabras, y continuando esta relación entre la leche materna y el lenguaje, Bachelard (1978) sostiene: “hay una sintaxis primera que se vincula con la gramática de las necesidades. La leche será entonces el primer sustantivo bucal” (p. 179).

Repensando estos conceptos a la luz de la profesión fonoaudiológica, Bachelard viene a confirmar el valor permanente e irrevocable que implica la infancia, sobre todo estos primeros encuentros tan íntimos, tan tiernos y placenteros, en el que bebé y mamá se fusionan piel a piel, volviéndose uno, como en una continuidad, como antes de nacer. En ese encuentro amoroso, mamá ofrece el calor de sus brazos, que acobijan, protegen y calman al bebé. En ese primer contacto cuerpo a cuerpo, el recién nacido al sentir su aroma y escuchar su voz (que ya conocía antes de nacer), irá reptando hacia el pecho de mamá y luego de algunos intentos, se producirá la magia: comenzará a succionar la leche materna.

La mamá que decide amamantar, nutre con el alimento más valioso que un bebé puede consumir. Y no me refiero solo a su alto (e incomparable) valor nutricional e innumerables aportes inmunológicos, sino porque ese agua maternal que viene de su cuerpo y

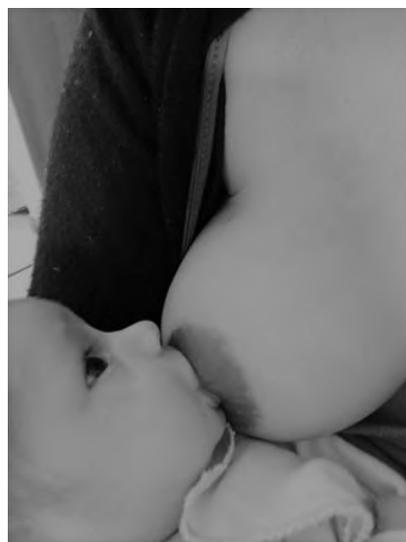


Figura 1: Madre dándole el pecho a su bebé.

está preparada específicamente para ese bebé y no otro, no solo alimenta, también genera un espacio de contención, abraza, abriga, cubre necesidades, y potencia ampliamente el vínculo de apego entre ese pequeño bebé y su madre. Mamá tiene la gran tarea de sostener como figura de apego, y a pesar de sentir emociones encontradas por el cimbronazo que implica la maternidad, estar siempre disponible, de poder leer y reconocer las necesidades de su bebé. Pero mamá, también se llena de satisfacción y regocijo al ver como su leche poco a poco hace que su bebé crezca sano y fuerte. El bebé siente confianza y seguridad, pilares esenciales para el pasaje de la absoluta dependencia hacia la autonomía. Ese amor filial será el primer y mejor impulso para dar paso a la imaginación, fruto de ese alimento primero.

El llanto de ese bebé (que se traducirá en sonidos que viajarán por el aire, pero fluirán como el agua) ocasionará en la madre la respuesta de tomarlo en brazos, calmarlo y atenderlo. Pero ese llanto no durará para siempre. Al pasar el tiempo, esos sonidos comenzarán a fluir más aun y poco a poco se irán convirtiendo en juegos vocales, que entretendrán pero también comunicarán generando la interacción con un otro. Luego llegarán las palabras y con ellas, un caudal imparables, emergerá la liquidez del lenguaje, ese fluir inagotable que excitará potenciando las imágenes del agua.

Traigo esta cita de Bachelard tomada del texto de Fonseca (1997): “El ser humano es palabra, y por lo tanto el lenguaje está en el puesto de mando de la imaginación” (p.103).

Asimismo, llegarán los días que aunque la leche siga siendo prioridad, el bebé comenzará a incorporar los primeros alimentos. Esa mezcla proveniente de la unión exacta entre la tierra y el agua: la pasta, según Bachelard (1978), le ofrecerá un nuevo abanico de posibilidades, generando sensaciones, sabores y texturas que se desplegarán a nivel gustativo y mediante el contacto con sus manos. El infante podrá apretar, amasar, y jugar con ésta además de comerla. Explorar, penetrar la materia. Incentivará su motricidad fina y sus sentidos (tal como se observa en la figura 2).

Una vez que logre sentarse y vea el mundo que lo rodea desde otra perspectiva, podrá inmiscuir (si se lo permiten), en el juego con la tierra. Esta materia le ofrece al niño/a la posibilidad de desarrollar su creatividad, le da libertad y potencia su motricidad. Nada los hará más felices. Lo maravilloso, es que tanto al entrar en contacto con el agua maternal y con los primeros alimentos, como en la posibilidad de comunicarse a través de la fluidez que ofrece el lenguaje, el bebé, (que poco a poco se irá convirtiendo en niño/a), encontrará en su cuerpo un punto que le otorgará continua satisfacción y placer, ese lugar fundamental será la zona de la boca, desde donde nacerá y se estructurará el lenguaje. La liquidez, será el deseo mismo del lenguaje. (Bachelard, 1978, p.279).

A medida que ese bebé comienza a crecer, observaremos lo que Bachelard (1978) llama la desobediencia astuta, que es la tendencia que tiene el infante de querer saber tanto como los adultos que lo rodean, o incluso más. Este complejo lo lleva desobedecer las órdenes que el mundo adulto le impone, ya que con esta desobediencia (que a la vista de los mayores genera enojo, malestar, sensación de falta de respeto) el niño/a se juega la posibilidad de la autonomía intelectual, porque de dicha desobediencia depende todo el devenir de la vida del conocimiento y el acceso a la cultura.

Cuando este infante se acerque al aula con este trayecto recorrido desde que llegó al mundo, claramente no vendrá como una hoja



Figura 2: Bebé explorando el alimento.

en blanco; lo hará con una serie de experiencias y construcciones elaboradas previamente (en palabras de Bachelard, la llamada química ingenua).

Como se ve en este breve recorrido, aquel niño o niña que afortunadamente tenga este contacto temprano tan concreto y real con los elementos del cosmos, harán volar su imaginación material y se irán configurando imágenes extraídas de dichos elementos. Este momento crucial en tanto constituye la subjetividad del infante, no se produce de la mera recepción de imágenes, sino que implica creatividad, intercambio, exploración, construcción, descubrimiento y conocimiento de un mundo, desde un rol activo por parte de ese niño/a.

En este sentido, y con la intención de pensar estos postulados al interior de las prácticas fonoaudiológicas, será bueno interrogarnos:

¿Qué aportes nos brindan estos postulados en nuestra profesión?

En primer lugar, dichos postulados hacen un gran aporte, porque vuelven a confirmar el cuidado y el respeto que debemos tener por la etapa de la niñez.

Además, porque desde este enfoque, se expone en la lactancia materna, un sobrevalor que trasciende cualquier beneficio al interior de la disciplina fonoaudiológica, y es la conexión existente entre la lactancia y el lenguaje. Esta deglución invertida de la que habla Bachelard, ubicada en la zona erógena de la boca, en la que entra el agua maternal, y de la que de un modo asombroso comienzan a brotar las palabras, los sonidos de ese mismo caudal de agua del alimento primero.

Por todo esto y más, considero que no puedo más que encaminar mi profesión a promocionar y proteger la lactancia materna, a sostener a la mujer, y brindarle mi conocimiento, para que pueda sentirse fuerte y confiada, para luego ser sostén de ese bebé que tanto la necesita. Para que pueda empoderarse, y tenga la certeza de que su agua maternal es todo lo que necesita su bebe, que tenga herramientas y contención para no desistir ante el primer problema o comentario inoportuno. Propiciar el contacto lo más temprano posible fomentando la diada madre-hijo, ya que esto sin dudas no solo hará que el bebé crezca fuerte y

sano, también le dará seguridad y estabilidad psíquica, tanto al bebé como a su mamá.

También será oportuno transmitirle a los papás el valor de esos primeros años tan frágiles y sensibles de la vida, para que sean conscientes que las decisiones que tomen frente a ese pequeño, determinará gran cantidad de aspectos en la futura constitución de adulto (para algunos padres, esto puede parecer una obviedad, pero otros necesitarán que alguien se los haga saber). Pensar y nunca olvidar las condiciones del entorno en las que ese niño/a se desarrolla. Estas podrán facilitar, u obstaculizar.

Remarcarle a las personas que tengan bebés, niños y niñas a su cuidado, la importancia de generar espacios lúdicos donde se potencie la imaginación y el infante pueda experimentar todo tipo de sensaciones desarrollando ampliamente su psicomotricidad; ya sea escuchando los sonidos de la naturaleza, el canto de los pájaros, la escucha del caudal de un río, permitiendo que el viento rose su piel, sentir el calor en verano, o el frío en invierno. Brindarle a los papás ideas para jugar con elementos como la tierra y el agua (esta puede estar a diferentes temperaturas), sugerir el trasvasaje de líquidos o sólidos, hacer tortitas de barro, ofrecer masas de sal para amasar, y moldear) dándole la posibilidad al niño/a de ensuciarse, de mojarse, de conocer texturas, de explorar, con el fin último de dejar volar su imaginación, jugando con elementos del cosmos. También, posibilitar la lectura de cuentos, (y la escucha de estos), el ida y vuelta de una conversación o diálogo (por más pequeño que sea ese bebé o niño/a), ofrecer el uso de diferentes herramientas y elementos para pintar y dibujar (acuarelas, lápices, crayones, fibras, con pincel, con el dedo, con la mano). Todas estas actividades no solo fortalecerán el despliegue de la imaginación material del infante, sino que además promoverán las potencialidades del mismo, favoreciendo e impulsando al máximo la adquisición y el desarrollo del lenguaje.

Frente al acto de la alimentación, (además del pecho), plantearles que es importante permitirle al bebé manipular y darle de probar nuevos alimentos (adecuados para su edad), en diversas consistencias y texturas, ofre-

ciendo una gama de sensaciones en todos los sentidos que potencien la exploración del mundo que lo rodea y la imaginación a través de estas materias. Otra sugerencia podría ser, explicarles que cuando el infante es bebé, es muy importante interactuar con él en cada actividad del diario vivir ya que esto será un gran estímulo a nivel lingüístico como ser netamente social que es. A medida que su desarrollo psicomotor evolucione, es interesante permitirles participar en la realización de actividades diarias de la casa, con el fin de indagar, explorar y conocer a través de la experiencia.

Asimismo, ante el contacto con docentes de los primeros años escolares, será menester recalcar la importancia que el niño/a explore su alrededor, que le den la posibilidad de generar el contacto con la materia, la prueba y el error, que toque, que ponga, que saque, se ensucie, se moje, se levante, se siente, y se vuelva a levantar. Que será en dicha exploración donde encontrará el conocimiento del mundo que lo rodea y la chispa que encenderá su imaginación; que limitar su movimiento y deseo por conocer el mundo (por ejemplo, colocarlo en el aula, sentado durante 2 hs. en la silla, o en la casa, mirando una pantalla) no hará más que coartar su capacidad de conocer y valerse por sí mismo intelectualmente.

Sea cual sea el ámbito o el rol en el que nos desarrollemos (ya sea en el lugar como profesionales, o también como padres, tíos, hermanos, vecinos) hay que aprender a ser empáticos con los que nuestras infancias necesitan aquí y ahora, y tener la capacidad de observar y escuchar cada caso, desde una mirada integral del sujeto, comprendiendo su singularidad.

Por otro lado, este recorrido propone la apertura de nuevos interrogantes:

En la reflexión de nuestras prácticas fonoaudiológicas, ¿a quién nos dirigimos cuando armamos un plan terapéutico o realizamos nuestra labor? ¿Observamos la infancia que tenemos en frente? ¿Podemos diferenciar su singularidad y componentes que la enmarcan? Observo los adultos que acompañan? Analizo el contexto? ¿O simplemente armo un paquete o receta y transmito el conocimiento de manera desmesurada, sin reflexio-

nar en ese singular infante? ¿o lo observo considerando que es un ser único e irrepetible que está inserto en un contexto histórico, social, cultural, político, económico que lo configura?.

A la luz de este enfoque epistemológico, ¿qué pasa en aquellas patologías infantiles que en general están relacionadas con cuestiones vinculares muy tempranas? ¿Cómo puede volar la imaginación, si cuando niño o niña ese bebe no tuvo mamá, o la tuvo pero no encontró en ella su contención amorosa, su cálido abrazo, no tuvo leche materna o decidió no darle, no recibió el calor, no tuvo contención, no tuvo para comer, no tuvo lazos afectivos de amor y protección, o si no se le permitió jugar, explorar, o no hubo escucha y diálogo? ¿Qué pasa en el caso de estas infancias? Indudablemente la imaginación material en muchos de estos casos pueda verse quebrantada, y como efecto colateral, se podrá observar en dichas infancias secuelas de su ausencia que marcaran la subjetividad de ese niño/a pudiendo repercutir en la vida adulta.

Conclusiones

La constitución de la subjetividad, dependerá entonces, de las experiencias tempranas con esas materias, íntimas, afectivas, orgánicas, de la infancia. Dichas experiencias marcarán al inconsciente, lo constituirán. De adultos, recogeremos dichas imágenes fundadoras del ser creadas en la infancia, de ahí su presencia en todas las etapas de la vida y su valor permanente.

Finalizando el escrito, es importante destacar entonces, que cada sujeto es singular y su imaginación material también lo es, de acuerdo a aquellas experiencias tempranas vividas en sus primeras infancias. Por lo que los escritos de Bachelard nos invitan a *la vigilancia permanente de las infancias, como valor irrevocable del futuro de ese niño o niña.*

Pensar un nuevo pensar, un nuevo hacer, sin dudas representa un gran desafío, pero aun así es un cautivador recorrido para quien se habilite a recorrerlo, ya que seguramente posibilite la apertura a nuevas prácticas innovadoras que contengan una mirada más integral y empática de la niñez temprana.

Referencias bibliográficas

- Bachelard, G. (1978). *El agua y los sueños. Ensayo sobre la imaginación de la materia*. Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Bachelard, G. (1982). *La poética de la ensoñación*. Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Fonseca, A. (1997). Gastón Bachelard: lenguaje e imaginación. *Revista de Filosofía de la Universidad de Costa Rica XXXV*, 95-104.
- <https://fdocuments.ec/document/gaston-bachelard-lenguaje-e-imaginacion.html>

Estudio del conocimiento que poseen los docentes de jardines maternas sobre desarrollo comunicativo preverbal y los signos de alarma vinculados con el desarrollo comunicativo

Study of the knowledge that nursery school teachers have about preverbal communicative development and the warning signs linked to communicative development

Autoras: Lic. Agostina Benítez, Lic. Sonia Cecilia Echegaray, Esp. María Elena Pereira Flores²

Resumen

Antes de la llegada del lenguaje expresivo, en un sentido estricto, los niños atraviesan un vasto desarrollo comunicativo preverbal en el cual es posible reconocer numerosas manifestaciones y signos de alarma. El objetivo de este trabajo es describir el conocimiento que poseen los docentes de jardines maternas sobre el desarrollo comunicativo preverbal y sobre signos de alarma vinculados con el desarrollo comunicativo. Es importante la detección temprana en el ámbito educativo; allí el docente puede monitorear el desarrollo comunicativo y verbal de los niños para una derivación, diagnóstico y tratamiento oportunos. Esta investigación es de carácter cualitativa, descriptiva y transversal. La muestra estuvo conformada por 32 docentes de nivel inicial que trabajan en jardines maternas de la ciudad de Villa Mercedes (San Luis). Se utilizó como instrumento de recolección de datos, un cuestionario vía virtual a los fines de recabar información pertinente. Los datos permitieron evidenciar un limitado conocimiento de las docentes sobre la temática estudiada, no se debería caer en el error de considerar que es la docente quien debe identificar o detectar niños con dificultades comunicativas; sino a pensar sobre la necesidad de la inclusión en las instituciones educativas del profesional fonoaudiólogo, idóneo y competente para detectar y abordar la temática planteada en este trabajo final.

Palabras clave: ámbito educativo – docentes - detección temprana – Fonoaudiología.

Abstract

Before the arrival of expressive language, in a strict sense, children go through a vast preverbal communicative development in which it is possible to recognize numerous manifestations and warning signs. The objective of this work is to describe the knowledge that initial level teachers have on preverbal communicative development and on warning signs related to communicative development. Early detection is important in the educational setting; There the teacher can monitor the communication and verbal development of the children for a timely referral, diagnosis and treatment. This research is qualitative, descriptive and transversal in nature. The sample consisted of 32 initial level teachers who work in Maternal Gardens in the city of Villa Mercedes (San Luis). A virtual questionnaire was used as a data collection instrument in order to collect pertinent information. The data allowed to show a limited knowledge of the teachers on the subject studied, one should not fall into the error of considering that it is the teacher who must identify or detect children with communication difficulties. But to think about the need for the inclusion in educational institutions of the professional speech therapist, suitable and competent to detect and address the issue raised in this final work.

Keywords: educational field – teachers - early detection - speech therapist.

² Lic. en Fonoaudiología. Egresada de la UNSL .Centro educativo-terapéutico y neurorehabilitación “Triada” Villa Mercedes, San Luis.. E-mail: agostinab97@gmail.com Lic. en Fonoaudiología. Docente de la FCS-UNSL fonoceciliaechegaray@gmail.com Lic. en Fonoaudiología y Esp. en Educación Superior. Docente de la FCS-UNSL maria-nela.pereiraflores@gmail.com

Introducción

En el proceso de desarrollo de la comunicación preverbal intervienen y se entrelazan diversos factores que influyen en su materialización. Así, aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y vinculares confluyen para dar forma a los patrones comunicativos y del lenguaje.

En la actualidad, sabemos que antes de la llegada del lenguaje expresivo, en un sentido estricto, los niños atraviesan un vasto desarrollo comunicativo preverbal en el cual es posible reconocer numerosas manifestaciones tales como: sincronía interactiva y comunicación neonatal, actos comunicativos, comunicación intencional y protopalabras, entre otras. La presencia y calidad de los sucesos y de estas manifestaciones permite realizar ciertas predicciones acerca de la comunicación y el lenguaje en niños pequeños, es por ello que es importante valorarlas. Tal como sostiene Gabutti Sol (2019) es posible pensar que la falta de conocimiento sobre el desarrollo de la comunicación preverbal dificulta la posibilidad de identificar en los niños comportamientos comunicativos no esperados para su edad cronológica. De esta manera, por ejemplo, un niño en el que los hitos del desarrollo comunicativo están demorados o ausentes podría pasar desapercibido en edades tempranas y sólo comenzar a generar incógnitas en las personas que lo rodean, cuando, alrededor de los dos años, no se produce aún la aparición del lenguaje expresivo (p.2). A su vez, las autoras Rosas Camila et. al (2020) dan a conocer la importancia del rol del fonoaudiólogo en el campo de la educación, mencionando que por un lado los docentes cumplen la labor de la realización directa de los procesos sistemáticos de enseñanza y aprendizaje, lo cual incluye la planificación, la ejecución y la evaluación de los mismos procesos cognitivos, sus resultados, y de otras actividades educativas, sin embargo por otro lado, destacan que el profesional de fonoaudiología, experto en la comunicación humana y sus desórdenes, es el encargado de realizar la valoración, diagnóstico, estimulación, promoción, prevención y tratamiento de las posibles falencias comunicativas y del lenguaje que se puedan

presentar en el aula, y se vuelve un agente importante tomando la participación, tanto individual, como grupal, asesoría a padres y/o docentes y de actividades propuestas para la elaboración de los planes enfocados al cubrimiento de las dificultades (p.3). Teniendo en cuenta que luego de la familia, el sistema educativo suele ser el primer ámbito de socialización de los niños; es importante que éste pueda monitorear y potenciar el desarrollo comunicativo y verbal de los sujetos. A partir de lo expuesto el propósito de este trabajo es describir el conocimiento que poseen los docentes de jardines maternos sobre el desarrollo comunicativo preverbal y sobre signos de alarma vinculados con el desarrollo comunicativo.

Marco teórico

Si hay una habilidad que caracteriza a los miembros de la especie humana es su capacidad para poder comunicarse, todo ser humano tiene por necesidad desde que nace, el deseo de comunicarse, expresar sus sentimientos, ideas, o simplemente la inquietud de generar interacción con otra persona. Por esta razón establece tempranamente vínculos comunicativos que necesitan de otro para llevarse a cabo.

Maggio Verónica (2020) afirma que el desarrollo de la comunicación se compone de dos etapas: una prelingüística, en la que el niño aprende a comunicarse sin contar con lenguaje, y una etapa verbal, en la cual se produce el aprendizaje de las primeras palabras, seguidamente pequeñas frases, más adelante frases elaboradas, hasta finalizar el proceso con la posibilidad de narrar y mantener una conversación fluida alrededor de los 5 años. (p.43).

Para los fines de esta investigación es importante no solo hacer un recorrido del desarrollo de la comunicación temprana del niño, sino también, considerar los signos que pueden alertar de forma precoz la perturbación en su adquisición, ya que permiten advertir al entorno de la desviación en la construcción del desarrollo comunicativo del niño.

Bates Elizabeth (1972), citada por Haller Liliana et. al (2011), sostiene que la comunicación temprana se produce en tres estadios. Estas autoras dirigen la mirada hacia los pe-

riedos prelingüístico y lingüístico tempranos, que comprenden desde el nacimiento hasta los 18 meses de vida aproximadamente. A continuación, se describirán cada uno de los estadios y en forma simultánea se irán entrelazando los aportes que realizan los diferentes autores en relación con los hitos comunicativos que se suceden en estas edades.

Periodo perlocutorio (0 a 8 meses aproximadamente) En esta etapa el niño es inconsciente de su potencial para controlar al adulto. Las conductas perlocutorias tempranas son en un principio reflejas, sin finalidad y están dirigidas por sus necesidades internas, por ejemplo: el bebé llora porque tiene hambre, o son conductas que ocurren en respuesta a eventos externos. En términos de Harrinson Janet et. al (1986), durante los primeros meses los bebés son capaces de producir respuestas que indican un interés por su ambiente. En este sentido, la estimulación visual o auditiva frecuentemente produce un cambio en el estado conductual, o una reacción notable tal como un giro de cabeza o un movimiento ocular. La presentación repetida del mismo estímulo resulta en habituación, o en una cesación de la respuesta. La habituación permite al infante que está despierto responder selectivamente a la estimulación de sus cuidadores o del entorno. Los autores consideran que estos efectos son vistos en las interacciones sociales entre el niño y los adultos (p.2).

Trenchi Natalia (2011) afirma que, si bien los bebés pueden sonreír desde recién nacidos, esa sonrisa es solo un movimiento reflejo. La sonrisa social, la que significa que está comunicando, aparece aproximadamente en el segundo o tercer mes. Esta sonrisa, como tantas otras señales del bebe, necesita ser respondida y estimulada por el entorno, cuando se le otorga esta respuesta se le confirma al bebé que el intercambio comunicativo fue establecido de manera adecuada (p. 25).

A su vez, Harrison Janet et. al (1986) mencionan que a los dos meses de edad los lactantes pueden demostrar preferencia por mirar patrones complejos, tales como caras humanas y finalmente mantener contacto visual con su cuidador, comprometiéndose así en establecer interacciones cara a cara (p.3). Maggio Verónica (2020) alude que al final del

primer mes, el niño logra mantener contacto visual y a los 3 meses hacer un seguimiento horizontal. La autora hace mención a la Academia Americana de Pediatría, la cual reporta algunos signos, que antes de los 6 meses de edad, deben ser de alarma para padres y pediatras, entre ellos, que el niño al tercer mes no mantenga contacto visual. (p.46) Maggio Verónica (2020) afirma que entre los 3 y los 4 meses se generan intercambios denominados “protoconversaciones” por el parecido con los componentes no lingüísticos de las conversaciones de los adultos. Así mismo Trevarthen Colwyn (1998), citado por Martínez Mauricio (2011), identificó y describió dos modos diferentes en los cuales los bebés se involucran intersubjetivamente con sus figuras de crianza. La intersubjetividad primaria fue el término elegido para describir los intercambios temporal y emocionalmente regulados que se observan en las interacciones tempranas que se establecen entre la mamá y el bebé durante el periodo comprendido entre los 2 y 9 meses (p.11). A su vez, Trevarthen Colwyn (1998) considera que la presencia de la imitación neonatal, las protoconversaciones y la sincronía interactiva suelen citarse como indicadores o manifestaciones de la intersubjetividad primaria (p.11).

Más avanzado este periodo perlocutorio, las conductas comunicativas del niño comienzan a estar caracterizadas por la intención. Bates Elizabeth (1979), citada por Haller Liliana et. al (2011), define a estas conductas como “señales conductuales con meta orientada”. El niño intencionalmente comienza a usar sonidos para participar a otras personas en interacciones o para obtener determinadas conductas de los adultos; aparecen los turnos en las interacciones niño/adulto, en el que las emisiones cumplen la función de llamado. Aunque su conducta es intencional, todavía no es capaz de solicitar la ayuda del adulto para resolver algún problema con un objeto, por ejemplo: cuando no puede alcanzarlo. Según estas autoras, es en esta etapa donde comienza a realizar sonidos como gritos, chillidos y vocalizaciones para atraer al adulto. También en este momento surgen las funciones del lenguaje descritas por Halliday Michael, puntualmente en el periodo perlocuto-

rio aparece la función instrumental. Según Acuña Ximena y Sentis Franklin (2004), se relaciona con acciones comunicativas no verbales que los niños emplean como un medio para satisfacer sus necesidades o deseos. La meta o el efecto proyectado intencionalmente consiste en obtener, por parte del otro, ciertos servicios o algún objeto deseado (p.40). Por ejemplo, “mu- mu- mu”, con la mano extendida indica “dame eso”.

Dentro de este periodo podemos hacer mención al concepto de formato descrito por Bruner Jerome (1983), citado por Haller Liliana et. al (2011), el cual es definido por el autor como “una pauta de interacción estandarizada, e inicialmente microcósmica, entre el adulto y el niño que contiene roles demarcados que finalmente se convierten en reversibles”. Bruner Jerome (1983), citado por Narbona Juan (2003), menciona cuatro tipos de formatos: el primero de ellos coincide con este período, atención conjunta, definida por el intento de uno u otro componente de la díada de atraer la atención del otro hacia un objeto o actividad o estado. Este comienza alrededor de los 5 meses con la atención del niño hacia los objetos, pero se consolida a los 8- 10 meses aproximadamente cuando el niño es capaz de monitorear la mirada del adulto hacia el objeto. Formatos de este tipo son los juegos de indicación (cuando el bebé señala con el dedo índice y a la vez alternar la mirada entre un objeto y una persona), de lectura de libros, cuando el bebé muestra algo que realizó, cuando sigue la dirección de la mirada de otra persona hacia un objeto determinado al que ésta última está atendiendo.

Periodo ilocutorio (8 a 14 meses aproximadamente) Haller Liliana et. al (2011) sostienen que en este periodo el niño desarrolla una conciencia de su potencial para controlar al adulto. Utiliza señales no verbales, tales como gestos o vocalizaciones, para dirigir la atención del adulto hacia objetos y eventos, desplegándose así la comunicación intencional. Los gestos pueden catalogarse como reguladores, deícticos (señalamiento) y expresivos (p.69). Para Trevarthen Colwyn (1998), citado por Maggio Verónica (2020), el uso de gestos corresponde a la etapa de intersubjetividad secundaria, en la que el bebé puede

conectarse con el adulto y realizar un acto motor para solicitar algo (p.48). La misma se produce durante situaciones en las que el bebé es capaz de combinar en la interacción con su mamá dos tipos de actos, los prácticos (señalar con el dedo, mostrar, dar, ofrecer, tomar objetos, manipulación consecutiva, imitación práxica, regular la acción sobre el objeto, resistirse, tocar con un objeto, extender la mano) y los interpersonales (sonreír, vocalizar, mirar a la cara del otro, extender los brazos hacia el adulto, tocar al otro, imitación vocal); este tipo de intercambio emerge entre los 9 y 12 meses (p.11).

Maggio Verónica (2020), menciona que de modo progresivo aparecen gestos asociados a acciones específicas, como saludar, llamar, festejar, y que se sirven para transmitir intenciones. Es decir, se advierten los primeros intentos de compartir con otros el interés por un objeto o una situación. La autora, clasifica estos gestos en protoimperativos y protodeclarativos. En el caso de los protoimperativos la meta es simplemente pedir, mientras que en los protodeclarativos el fin es compartir con otros la atención (p. 48). Bates Elizabeth (1976), citado por Clemente Rosa (1996), define a los protodeclarativos como los intentos directos de conseguir la atención del adulto para un objeto o suceso del mundo. Por ejemplo, a través de la exhibición de sí mismo, el enseñar objetos, señalar o dar objetos en secuencias, con intención de conseguir la atención adulta. Por otro lado, los protoimperativos los describe como los intentos infantiles para conseguir que el adulto haga algo. Estos enunciados tienen un uso más instrumental, en el cual el niño trata de conseguir algo a través de los adultos, realizando acciones y gestos que estos deben atender. Por ejemplo, abrir y cerrar la mano, extendiendo la mano hacia los objetos (p.142) En este periodo también se presentan las funciones interactiva, personal y reguladora. Ximena Acuña y Franklin Sentis (2004), señalan que en la función interactiva los niños usan acciones comunicativas no verbales como un medio para establecer en conjunto con otra persona un contacto de interacción. El propósito es llamar la atención del otro. Un ejemplo de esto último serían las vocalizaciones que produce el niño apelando

a la aparición de su madre en el juego de “acata” (aca esta). En este juego el adulto simula esconderse detrás de sus manos mientras dice “¿dónde está mamá?”.

En la función personal los niños emplean acciones comunicativas por medio de la conducta no verbal con el propósito de que éstas sean la expresión de sí mismos; de esta manera los niños realizan y ponen de manifiesto sentimientos, actitudes e intereses. Por ejemplo, expresiones de placer cuando se les ofrece la mamadera con leche o algún juguete perdido. La matriz verbal que representa al uso personal es la expresión: “Aquí estoy yo” (p. 41). Por último, la función reguladora, es utilizada cuando los niños realizan acciones en forma de conducta no verbal con la intención de controlar lo que hace el otro; el efecto o la meta proyectada intencionalmente consiste en controlar el comportamiento de alguna persona en particular. Por ejemplo: peticiones generales para una acción, pedir un juego de nuevo (tomando las manos de su madre).

Finalizando este periodo, Haller Liliana et.al (2011) afirman que las señales del niño cambian a través de un proceso de convencionalización. Las mismas se traducen en gestos convencionales y a las protopalabras. Bates Elizabeth (1979), citado por Haller Liliana et.al (2011), define a las señales convencionales como aquellos gestos cuya función y forma son reconocibles por ambos participantes de la comunicación. Por ejemplo: señalar, mostrar, agitar, y dar, desarrollados entre los 10 y 13 meses de edad. Asimismo, define a las protopalabras como producciones que se aproximan a las palabras y que se clasifican en tres tipos: protopalabras: usadas con una acción determinada, por ejemplo, el niño utiliza siempre la misma expresión o sonido “ete”, cuando está señalando para pedir algo. Protopalabras usadas para describir o representar a un objeto o evento en varios contextos, por ejemplo, cuando el niño dice “guau” al ver animales (pato, perro, gato) en un dibujo o en vivo. Protopalabras usadas como un acto o ritual, que es parte de una actividad, pero que no es representativo de la actividad. Por ejemplo, el niño hace el sonido “mmmm” que ha escuchado a los adultos hacer cuando terminan de comer algo rico (p.70).

La autora afirma que a medida que los gestos y protopalabras van adquiriendo un matiz convencional, las conductas comunicativas de los niños son más claras, abandonando cada vez más la dependencia del contexto para ser interpretadas. También en este periodo podemos incluir al segundo y tercer formato propuestos por Bruner Jerome (1983), citados en Narbona Juan (2003), que serían la acción conjunta o interacción con el objeto; definida como la actividad conjunta de la madre y el niño sobre y con un objeto externo a ambos, ejemplos típicos de este formato serían los juegos que consisten en sacar y meter, construir y tirar, dar y tomar pertenecen a este tipo de formato); y el tercero conformado por las interacciones sociales, tales como saludos, gestos graciosos, despedidas. Corresponden a rituales en los que se hace participar al niño desde muy temprana edad.

Por último, **el periodo locutorio (a partir de los 14/15 meses en adelante)**, Haller Liliana et. al (2011) menciona, que es en esta última etapa, donde el niño comienza a desarrollar el habla como expresión oral del lenguaje en construcción, las primeras palabras traducen significados que fueron previamente expresados de manera gestual, las protopalabras se vuelven reconocibles como palabras convencionales, con su uso repetido. Están relacionadas con el ambiente y su significado es a menudo la manifestación del contexto que rodea al niño. A su vez señala que este último periodo evoluciona con el uso de recursos verdaderamente simbólicos que representan objetos o eventos, sin la ocurrencia del evento, o la presencia de un referente, tal como un objeto o persona (p.71). Se producen en este periodo las funciones heurística e imaginativa. Ximena Acuña y Franklin Sentis (2004), sostienen que en la función heurística los niños realizan acciones comunicativas no verbales como un medio para explorar y organizar el entorno. Se manifiesta cuando el niño interactúa con los objetos del medio que lo rodea, con la finalidad de explorarlos. La función imaginativa está relacionada con conductas no verbales que emplean los niños para la creación de un mundo imaginario propio. Algunos ejemplos que podemos mencionar son el juego simbólico (trata de

peinarse, imitar escenas de la vida cotidiana como dar de comer a una muñeca, hacer como si hablara por teléfono, tomar el palo de escoba e imitar a un caballo). A su vez, este periodo locutorio se corresponde con el último formato que describe Bruner, llamado “episodios de como sí” o también denominados “juegos de ficción”, en el que un objeto o una acción es usado de manera no convencional (p. 61). El niño debe dejar en suspenso el significado convencional del objeto o de la acción para darle otro que deberá negociar (es decir, actuar sobre la mente del otro) con el adulto para que el desarrollo del juego alcance sus objetivos comunicativos.

Signos de alarma vinculados con el desarrollo comunicativo

Cuando por diversas razones los hitos del desarrollo comunicativo (descritos con anterioridad) no aparecen, están demorados, o son reemplazados por otras conductas no es-

perables, es posible identificar una serie de signos de alarma que hagan suponer, o alertar al entorno sobre dificultades comunicativas a futuro. A los fines de realizar una detección temprana de las dificultades en la comunicación infantil Abraham María y Martínez Cecilia (2005) proponen realizar una valoración de los parámetros del desarrollo socio comunicativo contemplando los siguientes signos de alarma (p. 13).

Metodología

Esta investigación es de carácter cualitativa y descriptiva puesto que su propósito es describir el conocimiento que poseen las docentes de jardines maternos sobre desarrollo comunicativo preverbal y signos de alarma vinculados al desarrollo comunicativo. Tal como sostiene Hernandez Sampieri R. (2014), la meta de una investigación cualitativa es describir, comprender e interpretar los fenómenos, a través de las percepciones y significados produ-

Tabla N°1

Signos de alarma vinculados con el desarrollo de la comunicación propuestos por las autoras

6 a 9 meses	No responde al habla del adulto con vocalizaciones No sonríe ni se ríe con el adulto No sigue con la mirada cuando el adulto señala y le pide que mire un objeto familiar
12 meses	No realiza protoimperativos (tratar de llamar la atención del adulto para conseguir algo) No balbucea No emplea gestos (señalar, decir adiós con la mano) Poco contacto ocular sostenido con el adulto No reconoce su nombre No señala ni intenta obtener objetos
15 meses	No establece contacto visual sostenido cuando alguien le habla No extiende los brazos anticipadamente cuando van a alzarlo No tiene atención conjunta en relación a un objeto o actividad No responde a órdenes simples No dice “mamá” y “papá” con sentido No dice otras palabras simples No inicia un juego o rutina social
18 meses	No señala partes del cuerpo No dice algunas palabras con significado No hace juego simbólico (muñecos, teléfono) No responde cuando el adulto señala un objeto No hay acción protodeclarativa (señalar y establecer contacto visual con el adulto con la única intención de dirigir su atención) No trae objetos a los adultos para mostrárselo

cidos por las experiencias de los participantes (p.11). En este caso solo se describe el conocimiento que poseen las docentes acerca del desarrollo comunicativo preverbal y los signos de alarma vinculados con el mismo.

Según Yuni y Urbano (2006), en relación a la dimensión temporal, se trata de un trabajo de tipo transversal dado que la recolección de datos se realiza durante un período específico de tiempo (p.18).

Se utiliza como instrumento de recolección de datos, un cuestionario vía virtual, elaborado por las autoras, el cual está compuesto tanto por preguntas de formato abierto como cerrado a los fines de recabar información pertinente (ver anexo). Luego de la recolección de datos se construye una matriz donde se transcriben las respuestas de las docentes con el fin de formular categorías de análisis que permiten interpretar la información recabada y cumplir con los objetivos propuestos.

La población considerada está constituida por docentes de nivel inicial de jardines maternales de la Ciudad de Villa Mercedes. Las unidades de análisis son cada uno de los docentes que se encuentren en ejercicio de la profesión y que trabajan en Jardines Maternales de la ciudad de Villa Mercedes.

La muestra está conformada por 32 docentes de nivel inicial que trabajan en Jardines Maternales de la ciudad de Villa Mercedes (San Luis). La cantidad de docentes estuvo determinada por la buena disposición de las mismas a participar.

Como criterio de exclusión se consideró el siguiente: son excluidas de la muestra aquellas docentes que, además de su título docente, posean un título de Lic. en Fonoaudiología.

Se consideraron las siguientes variables: - Título - Procedencia del conocimiento - Años de experiencia laboral - Conocimiento sobre la comunicación preverbal que poseen los docentes - Conocimiento sobre los signos de alarma vinculados al desarrollo comunicativo que poseen los docentes.

Objetivos

- Describir el conocimiento que poseen los docentes de jardines maternales de la Ciudad de Villa Mercedes sobre el desarrollo comunicativo preverbal.

- Describir el conocimiento que poseen los docentes de jardines maternales de la ciudad de Villa Mercedes sobre signos de alarma vinculados al desarrollo comunicativo.

Análisis de los datos y resultados

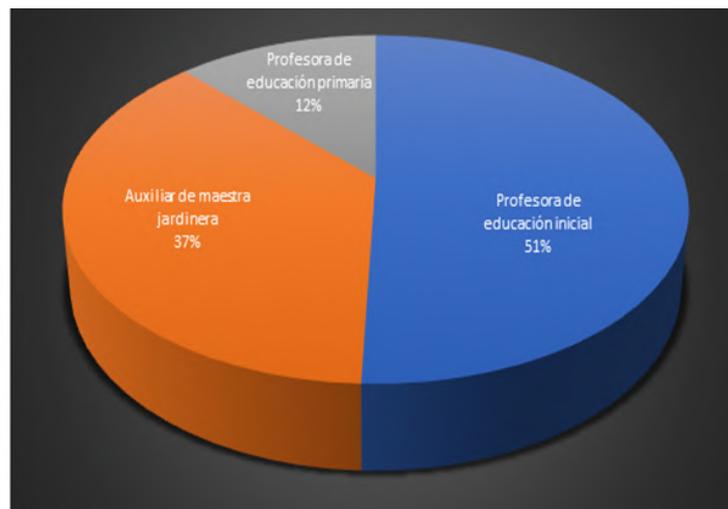
En función de los objetivos propuestos, es decir, describir el conocimiento que poseen las docentes de jardines maternales de la Ciudad de Villa Mercedes (San Luis) sobre el desarrollo comunicativo preverbal y los signos de alarma vinculados con el mismo, se transcriben y describen las respuestas de las docentes. A los fines de facilitar la lectura, los datos del cuestionario son inicialmente tabulados para la posterior formulación y descripción de cada categoría de análisis.

También se vuelcan los resultados en nubes de palabras, estas últimas son según Hernandez Coral (2015) recursos que se utilizan para las investigaciones cualitativas que permiten obtener una visualización gráfica de las principales palabras, conceptos o ideas que se repiten con frecuencia (p.454). Las nubes de palabras (herramientas /softwares utilizados en las investigaciones cualitativas) permiten obtener una visualización gráfica de las principales palabras, conceptos e ideas que conforman cada valor en forma de nubes de "tags". Dichas nubes, en las que los tamaños de letra son proporcionales a la importancia numérica (frecuencia) de cada palabra o término introducido, facilitan la tarea de categorización de los valores y contravalores y su posterior agrupación de las categorías en conceptos más amplios. Por lo tanto, la nube brinda una primera visión del conjunto de datos que nos ayuda a desentrañar las distintas dimensiones de las imágenes que forman parte de este valor para, a partir de ellas, crear una primera clasificación para nuestros datos (p. 465).

A su vez, y en aquellos casos en los que se considera pertinente se utilizan algunos gráficos que permiten visualizar la información analizada.

Los primeros ítems tienen como propósito conocer la formación académica de cada una de las docentes que participaron del estudio. De las 32 docentes, 24 poseen el título de "Profesora de Educación Inicial" o también llamado de "Educación Preescolar", 6 cuen-

Gráfico N°1
Formación Académica



tan con la certificación de “Auxiliar de Maestra Jardinera”, y las 2 restantes cuentan con el título de “Profesora de Educación Primaria”, no obstante, desempeñan su función en jardines maternos.

En relación a los años de experiencia laboral de las docentes de nivel inicial, se observa que 27, es decir la mayoría de ellas, tienen menos de 10 años de experiencia laboral en jardines maternos. 3 tienen entre 10 y 20 años de experiencia y solo 2 docentes más de 20 años de experiencia.

A partir de las respuestas que se obtuvieron en relación a la pregunta ¿cómo se comunica un niño que aún no habla?, se construyen las siguientes categorías de análisis: “Docentes que incluyen en sus respuestas aspectos vinculados con hitos del desarrollo comunicativo” y “Docentes que parecen no comprender la pregunta”.

Categoría 1: Docentes que parecen no comprender la pregunta

En esta categoría se incluye a aquellas docentes cuyas respuestas no son pertinentes a la pregunta que se les realiza. En este caso es posible suponer que no han comprendido la pregunta. Otras docentes responden: “siempre con lenguaje oral y a través de gestos. Ósea es un acompañamiento mutuo” y “mediante las palabras”; parecería ser que responden a la pregunta ¿Cómo se comunica CON un niño que aún no habla? Mientras que otras, responden: “a través de juegos”, “con cariño, atención, musicoterapia”, “Con

mucho amor y paciencia, buscando estrategias para que la comunicación sea fluida”. Tampoco parecen comprender la pregunta, y, a diferencia de las anteriores sus respuestas enuncian el posible uso de algunos recursos propios de prácticas terapéuticas (tales como el juego y la Musicoterapia).

Categoría 2: Docentes que incluyen en sus respuestas aspectos vinculados con hitos del desarrollo comunicativo

En esta primera categoría se incluyen a aquellas docentes que mencionan en sus respuestas aspectos vinculados con hitos del desarrollo comunicativo, se puede analizar que la mayoría de ellas consideran a los “gestos”, a la “comunicación gestual” y a las “señas” que realizan los niños como parte del mismo, como por ejemplo: “señas para pedir un objeto o algo que desea”. En relación a estos aspectos que mencionan las docentes, los podríamos vincular con los conceptos teóricos utilizados en esta investigación. Maggio Verónica (2020), menciona que de modo progresivo aparecen gestos asociados a acciones específicas, como saludar, llamar, festejar, y que sirven para transmitir intenciones. Es decir, se advierten los primeros intentos de compartir con otros el interés por un objeto o una situación. La autora, clasifica estos gestos en protoimperativos y protodeclarativos abordados ya en el marco teórico.

Además, la mayoría mencionó “al balbuceo” “a los sonidos” o al “grito” como formas de comunicación. Podemos afirmar,

La nube representa las respuestas de las docentes que comprendieron la pregunta. Permite mostrar que la mayoría de ellas consideran a las “señas”, “a los gestos”, “al balbuceo”, a “los sonidos” y “al llanto” como parte del desarrollo comunicativo. Por otro lado, y en menor medida, algunas de ellas dicen que la “sonrisa”, “el movimiento corporal”, “expresiones del cuerpo y el rostro”, “muecas” y el “grito” son manifestaciones comunicativas que expresan los niños que aún no hablan. Todo esto permitió la identificación y construcción de dos categorías: “docentes que parecen no comprender la pregunta” y “docentes que incluyen en sus respuestas aspectos vinculados con hitos del desarrollo comunicativo”.

Para el análisis de la pregunta N°2 del cuestionario, “En relación a la comunicación, en niños de entre 45 días y dos años ¿Considera que existen signos de alarma, que la lleven a pensar que el niño pueda presentar dificultades comunicativas? SI- NO ¿Cuáles? Comente.” Se construyen las siguientes categorías de análisis:

Categoría 1: Docentes que incluyen en sus respuestas signos de alarma vinculados con el desarrollo comunicativo

En esta categoría se incluye a aquellas docentes que mencionan en sus respuestas signos de alarma vinculados con el desarrollo comunicativo. La mayoría de ellas, señalan cuando el niño “no balbucea”, “no llora”, “no emite sonido”, “no vocaliza”, “no puede hacer un monosílabo”. Abraham María y Martínez Cecilia (2005) afirman que la ausencia de vocalizaciones entre los 6 y los 9 meses y la ausencia de balbuceo a los 12 meses son considerados signos de alarma.

Por otro lado, varias de las docentes enuncian como signos: “no responde a estímulos externos”, “no responden a alguna pauta dada por no escuchar” “no reacciona a ruidos” “no responde a su nombre” “no responde cuando lo llaman”, “problemas de audición”, “no responde a ciertos estímulos”. Sabemos, como se mencionó en el marco teórico y como sostiene Maggio Verónica (2020) que la acuidad auditiva es una condición esencial para el desarrollo comunicativo y del lenguaje (p.30). Si bien cabe aclarar, que un niño

que no escucha no siempre hace alusión a un problema auditivo, también puede tratarse de déficits en el procesamiento sensorial.

Siendo la minoría, algunas señalan como signo de alarma cuando el pequeño, “no utiliza gestos”, “no señala para despedirse con la mano”, “no señala lo que desea”. Se observa que el resto de las docentes no consideran a estos signos de alarma como tales, ya que cuando se indagó en la pregunta N°1 ¿Cómo se comunica un niño que aún no habla?, la mayoría de las docentes menciona a la utilización de “gestos” y/o “señas” como forma de comunicación.

Se podría aquí hacer un análisis respecto a la profundidad de los conocimientos, puesto que no es lo mismo responder a una pregunta de formato abierto que marcar opciones. En el primer caso se requiere de un manejo conceptual si se quiere más profundo, mientras que en el segundo basta con portar un conocimiento superficial.

Siguiendo los lineamientos de Maggio, y como se mencionó en el marco teórico, la “ausencia del uso de gestos protoimperativos” es considerado signo de alarma. A su vez, las autoras Abraham María y Martínez Cecilia (2005) también consideran como signos de alarma dentro del desarrollo comunicativo cuando el niño “no realiza protoimperativos (tratar de llamar la atención del adulto para conseguir algo)” o “no emplea gestos (señalar, decir adiós con la mano)”.

Por otro lado, las docentes mencionan la poca interacción con el entorno como signo de alarma en enunciados tales como: “la poca participación”, “no relacionarse con adultos cercanos”, “no relacionarse con las personas”, “poca interacción”. Maggio Verónica (2020) sostiene que las relaciones sociales están mediadas por el lenguaje y que, para ser socialmente competentes, los niños desde muy pequeños deben demostrar un uso efectivo y apropiado de la conducta social en sus interacciones. El uso apropiado refleja en parte la cognición social de los niños o lo que conocen sobre los pensamientos, motivaciones y sentimientos de los demás. Por tal motivo, los niños con dificultades comunicativas tienen tendencia al juego solitario y menor interés por las interacciones con sus pares y con los adultos que los rodean (p.152).

en relación a los signos de alarma presentes en el desarrollo de la comunicación.

La visualización de la nube permite ver que la mayoría de las docentes considera como signos de alarma en relación a la comunicación cuando el niño “no balbucea”, “no emite sonidos”, “no vocaliza”, “no responde a su nombre” “no reacciona a ruidos”, “no responde a estímulos” “no responde a alguna pauta dada”. Por otro lado, y en menor medida, algunas de ellas mencionan como signos de alarma cuando el niño “no utiliza gestos” “no señala”, no se despiden con la mano”, “no sigue con la mirada al adulto”, “no llora” y “no imita”. Todo esto permitió la construcción de cuatro categorías: “docentes que incluyen en sus respuestas signos de alarma vinculados con el desarrollo comunicativo”, “docentes que no responden a la pregunta”, “docentes que consideran que NO existe ningún signo de alarma presente en relación a la comunicación” y “docentes que incluyen signos de alarmas en sus respuestas que no están relacionados con el desarrollo comunicativo del niño”

Para el análisis de la pregunta N°3 del cuestionario, “Los conocimientos que tiene relacionados con la comunicación en los niños pequeños, ¿De dónde considera que provienen? Puede marcar más de una opción: de su experiencia laboral, de experiencias o vivencias personales, de conocimientos aportados

durante su formación de grado, de cursos realizados, otras” se vuelcan los resultados de las docentes en el gráfico N°2.

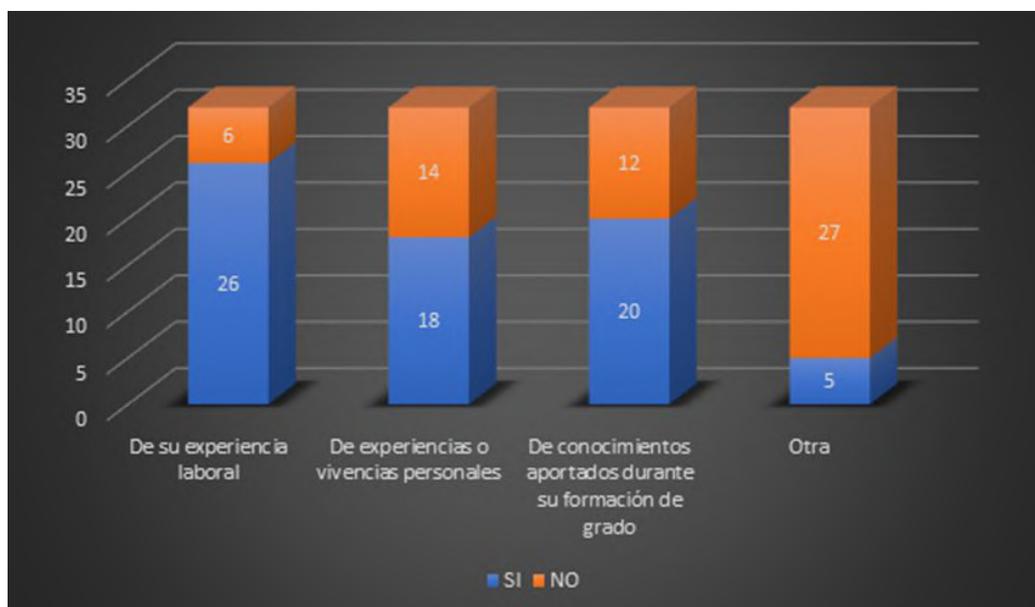
Ante la pregunta relacionada con la procedencia de los conocimientos vinculados con la temática en estudio, las docentes señalan a la experiencia laboral como la principal fuente. Un menor número de docentes adjudica a la formación académica la procedencia de estos conocimientos; mientras que un grupo aún más reducido, los vincula a experiencias o vivencias personales. Solo 2 de las docentes señalaron además como fuentes la capacitación y el perfeccionamiento.

A partir de las respuestas que se obtuvieron en relación a la pregunta N°7 “Consigne, a su entender ¿cuándo es esperable que aparezcan las siguientes conductas? Intente especificar edades”, se observó que: un grupo mayor de docentes responden a la pregunta de manera general (sin especificar edades). Otro grupo parece no haber comprendido la consigna ya que no logró responder a la pregunta.

Un grupo menor de docentes logró consignar edades para cada una de las conductas comunicativas. Y el último grupo, aún menor, sólo adjudica edades a algunas de las conductas comunicativas que se enuncian. Por tanto, se construyen cuatro categorías de análisis: “docentes que no responden a lo que se está preguntando” “docentes que responden a la

Gráfico N°2

Procedencia de los conocimientos que poseen las docentes relacionados con el desarrollo de la comunicación en niños pequeños.



pregunta de manera general”, “docentes que consignan edades solo para algunas conductas” y “docentes que especifican edades a cada conducta comunicativa”.

Categoría 1: Docentes que NO responden a lo que se está preguntando

Las respuestas de estas docentes no se adecuan a la pregunta. Ante la petición de edades responden: “*Y es un poco de todo*”, “*Primeros gestos de imitación, etc.*”, “*Señalar para mostrar un objeto, ‘Todas’, ‘Seguir al adulto con la mirada.’*”, “*Primeros gestos de imitación, primeras palabras*”, “*Primeras palabras, reconocimiento y respuesta al nombre, un gesto para saludar*”, y “*Hay una sumatoria, pero una de ellas que destaco, es seguir al adulto con la mirada. Pero todas están relacionadas a las primeras conductas*”. Una de ellas directamente no contesta.

Partiendo de un criterio de pertinencia se observa que las docentes responden de manera desacertada ya que no se adecuan a lo que se está preguntando. Podríamos pensar que no lograron comprender la pregunta.

Categoría 2: Docentes que responden a la pregunta de manera general

Utilizan un rango amplio y responden en términos de “rango etario” en el cual emergen estas conductas. Es decir, no logran especificar una edad a cada conducta.

Las respuestas son: “*Desde el día del nacimiento*”, “*en el primer año de vida*”, “*Entre los 7 y 8 meses de vida*” “*Entre el año y los 3 años de vida.*”, “*Estas conductas van apareciendo entre los 6 meses y el año*”, “*A partir de los 6 meses de edad en muchos casos antes*”, “*Entre los dos y tres años del niño*”, “*2 años*”, “*Entre el año y los dos años aparecen estas conductas*”, “*Entre los 12 meses y los 3 años*” y “*Todas estas conductas aparecen dentro de los primeros meses hasta los dos años.*”

Se analiza que este grupo produce respuestas muy desacertadas tales como: “*Desde el día del nacimiento*”, “*entre el año y los dos años aparecen estas conductas*”, “*2 años*”, hasta otras que si bien proponen rangos muy generales se acercan a estas edades en la que estos hitos se producen.

Categoría 3: Docentes que consignan edades solo para algunas conductas comunicativas

Sus respuestas respectivas son: “*primeras sonrisas 2 o 3 años*”; “*señalar para mostrar un objeto, seguir al adulto con la mirada, ambas a los 2 / 3 años*”; “*Desde la primera semana de vida la sonrisa*”; “*reconocimiento y respuesta al nombre, al año y medio*”.

Si bien proponen una edad, en todos los casos, está alejada de la edad en la que estos hitos se producen. Por ejemplo, la docente que señala que las “*primeras sonrisas se producen a los 2 o 3 años*” o que el niño “*señale para mostrar un objeto y pueda seguir al adulto con la mirada recién a los 2/ 3 años*”. Estas respuestas estarían también denotando un conocimiento superficial.

Categoría 4: Docentes que especifican edades para cada conducta comunicativa

Sus respuestas son:

Sujeto 2: Primeros gestos de imitación 2 años, primeras palabras 8 meses, Primeras sonrisas No contesta, señalar para mostrar un objeto 9 meses, Seguir al adulto con la mirada 4 meses, Reconocimiento y respuesta al nombre, 4 meses, Uso de gestos para saludar 8 meses.

Sujeto 3: Primeros gestos de imitación 12 meses, Primeras palabras No contesta, Primeras sonrisas 6 meses, Señalar para mostrar un objeto 12 meses, Seguir al adulto con la mirada 6 meses, Reconocimiento y respuesta al nombre 6 meses, Uso de gestos para saludar 12 meses.

Sujeto 13: Primeros gestos de imitación 9 meses, Primeras palabras 12 meses, Primeras sonrisas Recién nacido, Señalar para mostrar un objeto 18 meses, Seguir al adulto con la mirada Recién nacido, Reconocimiento y respuesta al nombre No contesta, Uso de gestos para saludar 9 meses.

Sujeto 14: Primeros gestos de imitación Desde los 2 meses se puede dar, Primeras palabras Entre los 12 meses el niño dice palabras sueltas como “*mamá*”, “*papá*”, “*tatá*”, Primeras sonrisas Durante el primer mes el bebé ya sonríe, Señalar para mostrar un objeto A partir del 8vo mes un bebé puede empe-

zar a señalar algún objeto que desee, Seguir al adulto con la mirada A partir de los 9 meses ya puede seguir al adulto con la mirada, Reconocimiento y respuesta al nombre Su nombre empieza a reconocer a partir de los 6 meses, Uso de gestos para saludar, A partir de los 10 meses, ya empiezan a aparecer los gestos para saludar. “Cabe aclarar que puede variar en cómo se estimule al niño y en su desarrollo”.

Sujeto 22: Primeros gestos de imitación 9 meses, Primeras palabras 12 meses, Primeras sonrisas 6 meses, señalar para mostrar un objeto 10 meses, Seguir al adulto con la mirada 5 meses, Reconocimiento y respuesta al nombre 5 meses, Uso de gestos para saludar 12 meses.

Sujeto 23: Primeros gestos de imitación 10 meses, Primeras palabras A partir del año, depende de cada niño, Primeras sonrisas A partir de los 5 meses, Señalar para mostrar un objeto, A partir de los 8 meses, Seguir al adulto con la mirada A partir de los 6 meses, Reconocimiento y respuesta al nombre A partir del año, Uso de gestos para saludar A partir de los 9 meses.

Sujeto 31: Primeros gestos de imitación, Entre los 5 o 6 meses comienzan los gestos

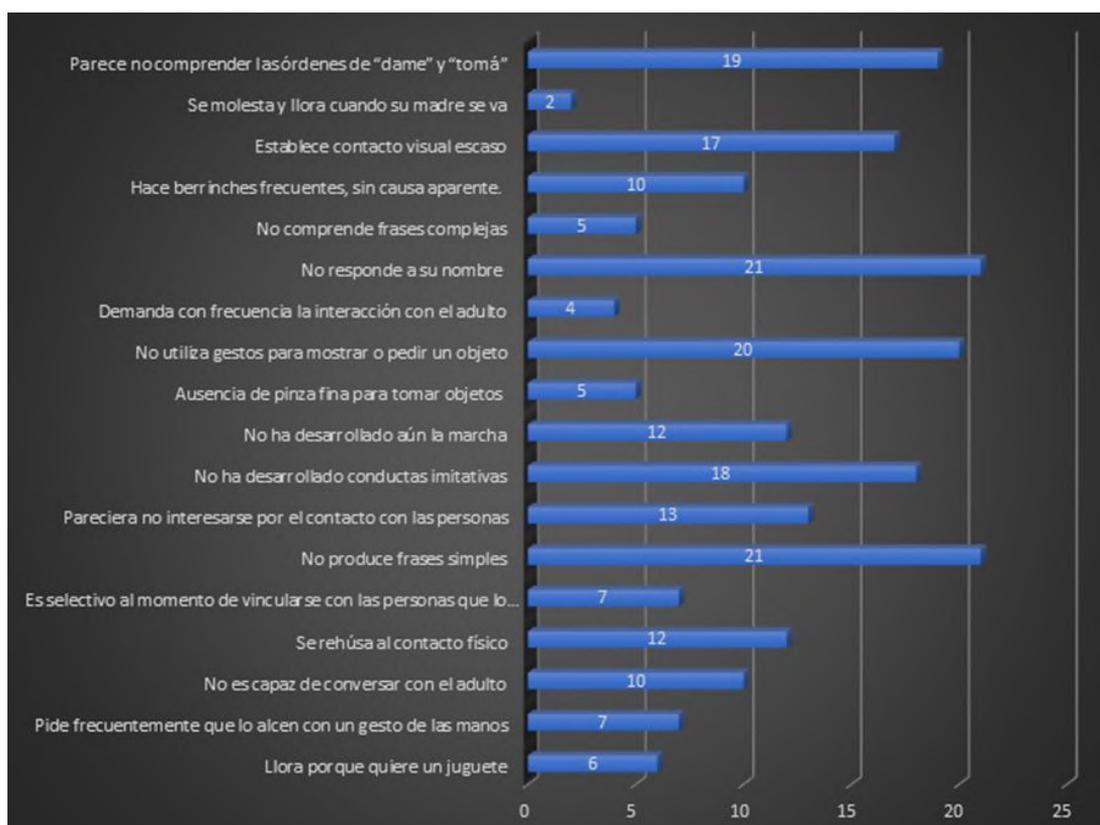
de imitación, Primeras palabras y sonrisas Entre los 10 meses y el año las primeras palabras, Señalar para mostrar un objeto, Seguir al adulto con la mirada, Reconocimiento y respuesta al nombre y Uso de gestos para saludar a partir del primer año.

Se realiza en este grupo la pertinencia de sus respuestas. Adjudican una edad para cada conducta comunicativa. Se analiza que portan un conocimiento más profundo y minucioso, que aquellas que integran las otras categorías. Denotan mayor solidez teórica acerca del desarrollo de los hitos preverbales.

En varios de los casos analizados se observa una correspondencia cercana con el marco teórico que sustenta este trabajo. En otras, si bien no siempre hay correspondencia exacta de las edades sugeridas con las edades propuestas en este marco teórico, realizamos la capacidad de las docentes de poder adjudicar una edad a cada conducta; pues de algún modo da cuenta que comprenden que se trata de momentos diferentes.

Para el análisis de la pregunta N°8 del cuestionario, “Piense en un niño que tenga entre 12 y 18 meses. Marque cuál/es de las siguientes podrían ser a su entender conductas atípicas,

Gráfico N°3
Conductas atípicas en relación al desarrollo comunicativo y distractores que marcan las docentes en niños de 12 y 18 meses.



o que operan como signos de alarma en relación al desarrollo comunicativo” se exponen en el siguiente gráfico, las conductas atípicas o signos de alarma en relación al desarrollo comunicativo que consideraron las docentes.

Los datos que se muestran en el gráfico N°3 son agrupados y separados para su análisis. Por un lado, se analizan los signos de alarma y por el otro los distractores escogidos por las docentes.

La mayoría de ellas considera dentro de sus opciones elegidas como signos de alarma en relación a la comunicación a: “no responde a su nombre”; “no utiliza gestos para mostrar o pedir un objeto”; “parece no comprender las órdenes de “dame” y “tomá” y “no ha desarrollado conductas imitativas”.

Las conductas enunciadas anteriormente están ordenadas en función de la frecuencia en la que fueron seleccionadas. Podemos pensar que estas docentes poseen un conocimiento acertado acerca de los signos de alarma en relación a la comunicación que se corresponde en este caso con el marco teórico escogido.

En relación al signo de alarma “establece contacto visual escaso”, es notable que solo haya sido marcado por la mitad de las docentes. Este es un signo que es identificable a edades muy tempranas. Además, el reconocimiento de esta conducta atípica ya forma parte del sentido común y trasciende a una formación disciplinar específica.

Otros signos de alarma que fueron poco escogidos por las docentes son: “pareciera no interesarse por el contacto con las personas”; “se rehúsa al contacto físico”; “hace berrinches sin causa aparente” y “es selectivo al momento de vincularse con las personas que lo rodean”. En relación a los signos: “pareciera no interesarse por el contacto con las personas” y “se rehúsa al contacto físico”, sostenemos que los niños sin dificultades comunicativas que se encuentran dentro de estas edades presentan un alto grado de interés por el contacto con el otro; dependen y se apoyan en el adulto o en las personas que lo rodean, son activos en la búsqueda de los intercambios ya sea para pedir, mostrar, satisfacer sus necesidades. Haller Liliana et. al (2011) expresa que los niños nacen en un mundo social que le habla, que interpreta y

maneja sus emisiones para satisfacer sus necesidades y deseos (p.58). Como resultado, la mayoría de las docentes no lo consideraron como signo de alarma.

En relación al signo de alarma “hace berrinches sin causa aparente”, mencionamos que un “berrinche” puede ser entendido como un aspecto puramente conductual que tiene un fin específico, por ejemplo: obtener algo que desea. Este tipo de berrinches en el que existe una causa que los provoca es común en niños pequeños. Puede disminuir ante la aparición del lenguaje. Pues este último opera como un regulador de la conducta. Incluso en esta etapa un niño podría detenerse en la mitad de un berrinche para asegurarse de que sus padres o cuidadores los están viendo y luego continuar con el mismo. Este comportamiento en niños con un desarrollo considerado normal probablemente terminará al obtener lo que quieren o al darse cuenta de que no lo obtendrán actuando de esa manera.

Sin embargo, cuando los niños tienen conductas disruptivas repetitivas, o berrinches sin una causa aparente, o que no cesan ante la atención sostenida del adulto podría tratarse de un comportamiento anómalo que debemos considerar más en detalle y que puede ser característico de un niño con un trastorno. En este caso, por lo general, no tiene un fin específico y los niños no tienen control de esa conducta. Podría ser el resultado de una sobrecarga sensorial, alteración orgánica, o motivo que pone en riesgo la salud física del niño o de los demás.

Por otro lado, en relación a los distractores, se observa que el más elegido por las docentes fue: “no produce frases simples”; que podría haber resultado capcioso, puesto que la edad en la que el niño produce frases simples ronda los 24 meses y esta edad no está tan lejos del rango etario propuesto (12- 18 meses). Es decir, es más esperable que marquen este distractor y lo confundan con un signo de alarma a que marquen otros referidos, por ejemplo, al desarrollo de la psicomotricidad. En este sentido y a modo de ejemplo, no sería lo mismo que la docente marque como signo de alarma “que el niño no desarrolle la marcha” a que marque “no produce frases simples”.

Por otro lado, en el caso del distractor “no es capaz de conversar con el adulto”, que fue mar-

cado por un grupo reducido de docentes, podríamos interpretar que han tomado el hecho de conversar en el sentido de la protoconversación o al hecho de que no distinguen comunicación de lenguaje. Tal como sostiene Maggio Verónica (2020) entre los 3 y los 4 meses de edad, se generan intercambios denominados “protoconversaciones”, por el parecido con los componentes no lingüísticos de las conversaciones de los adultos. Su aspecto más característico es la toma de turnos: cuando un participante habla, el otro espera su turno, y a continuación se invierten los papeles (p.46). Este tipo de intercambio se perpetúa en el tiempo, y se complejiza con el desarrollo de la oralidad.

Un grupo menor de docentes (que oscila entre dos y ocho del total de la muestra) señalan los siguientes distractores: “no ha desarrollado aún la marcha”; “pide frecuentemente que lo alcen con un gesto de las manos”; “ausencia de pinza fina para tomar objetos”; “no comprende frases complejas”; “llora porque quiere un juguete”; “demanda con frecuencia la interacción con el adulto” y por último “se molesta y llora cuando su madre se va”, como signos de alarma.

En cuanto a “no ha desarrollado aún la marcha” y “ausencia de pinza fina para tomar objetos” es posible pensar que las docentes que las marcan como signos de alarma en relación a lo comunicativo no distinguen la diferencia entre un acto del desarrollo psicomotor y un acto del desarrollo comunicativo; colocándolos a un mismo nivel cuando son aspectos que se desarrollan de manera independiente y que no necesariamente se vinculan entre sí.

Asimismo, se observan aquellas docentes que marcan como signos de alarma conductas que si bien se vinculan con el desarrollo comunicativo son totalmente esperables, normales y típicas de estos rangos etarios; tales como: “se molesta y llora cuando su madre se va”, “demanda con frecuencia la interacción con el adulto” y “llora porque quiere un juguete”. Esto último deja entrever cierta confusión en las docentes; o bien no están comprendiendo de qué hablamos cuando hacemos mención a un signo de alarma; o peor aún, identifican como preocupantes conductas esperables con las que se encuentran cotidianamente en su ámbito laboral.

Por último, en cuanto al distractor “no comprende frases complejas”, es posible consig-

nar que la comprensión de frases complejas se produce a edades mucho más avanzadas que las del rango etario propuesto.

Conclusión

Al finalizar el presente trabajo de investigación se puede concluir que se logró cumplir con los objetivos propuestos: “Describir el conocimiento que poseen las docentes de jardines maternales de la Ciudad de Villa Mercedes sobre el desarrollo comunicativo preverbal y los signos de alarma vinculados al mismo”. Podemos confirmar que luego de analizar los datos y contrastarlos con los conceptos teóricos presentados, sostenemos que este trabajo permitió evidenciar la falta de conocimiento que posee una parte significativa de las docentes (26) de educación inicial, que conformaron la muestra. Sin embargo, podemos destacar, que en un grupo reducido de docentes se observa un conocimiento acertado.

Dentro de las respuestas de las docentes se observa que las mismas no discriminan entre lo que es el desarrollo comunicativo y del lenguaje. Por lo tanto, en reiteradas oportunidades señalan como signos de alarma del desarrollo comunicativo la ausencia de frases simples, comprensión de frases complejas, ausencia de habla, entre otras. También se pudo observar que otro signo de alarma señalado se vincula principalmente con aspectos auditivos. Esto lleva a pensar que se debe a que existen más políticas de promoción y prevención en cuanto a la salud auditiva que a la comunicativa, como lo es la Ley 25.415 de pesquisa neonatal auditiva. A través de esta Ley se estableció el derecho de todo recién nacido a que se le estudie su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna si lo necesitare.

En suma, son pocas las docentes (6) que hacen mención a signos de alarma que estén relacionados con manifestaciones comunicativas. Como la “sonrisa social”, el “contacto visual” y “la imitación”. Se destaca ya que son conductas consideradas parte del desarrollo comunicativo y que tempranamente se pueden detectar o identificar en los niños. Son manifestaciones que están vinculadas con el componente pragmático. Tal como sostiene Maggio Verónica (2020), sabemos que, “surgen en la etapa preverbal y su desa-

rollo se da a lo largo de toda la vida” (p.36). Esto nos lleva a pensar que si las docentes no reconocen estas conductas, difícilmente puedan suponer que un niño pueda presentar o no dificultades comunicativas en el aula, ya que la mayoría de los trastornos de la comunicación tienen fallas en este componente.

Por último, si bien se ha podido describir que las docentes poseen un limitado conocimiento sobre la temática estudiada, no se debería caer en el error de considerar que es la maestra quien debe identificar o detectar niños con dificultades comunicativas. Bajo esa premisa, entonces, debería ser la encargada de detectar y derivar niños celíacos, niños con trastornos del desarrollo psicomotor, con

escasa agudeza visual; es decir, todos aquellos asuntos o aspectos para lo cual no recibió formación específica. Tampoco se desea en este trabajo que se interprete las conclusiones como una necesidad de mayor formación docente. Las mismas apuntan a pensar sobre la necesidad de la inclusión en las instituciones educativas del profesional fonoaudiólogo, idóneo y competente para detectar y abordar la temática planteada en este trabajo final.

Debido a la extensión del trabajo final se omiten en este artículo las preguntas N°4, N°5 y N°6. A su vez, se excluyen tablas debido a la longitud de las mismas. Esto se debe a que se exponen en el siguiente los resultados más relevantes que se obtuvieron en la investigación.

Referencias bibliográficas

- Abraham Maria y Martínez Cecilia (2005). Curso de seguimiento y alto riesgo. Detección temprana de las dificultades en la comunicación infantil. Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Berko J. y Bernstein N. (2010). *Desarrollo del lenguaje*. 7ma edición. Madrid (España). Editorial Pearson.
- Bernal Rodríguez, Sonia Gladys (2020) Perspectivas y Aplicaciones del Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal. Corporación Universitaria Iberoamericana.
- Bordoni, M. (2018). *La imitación reconsiderada: su función social en la infancia temprana*. *Interdisciplinaria*, 35 (1), 119-136.
- Camila Rosas Zúñiga, Catalina Urbina Alarcón y Valentina Valencia (2020). *Valenzuela. Rol del fonoaudiólogo en el ámbito educativo*. Universidad de Santo Tomas.
- Carretero, Soledad (2014). Los primeros encuentros intersubjetivos adulto-bebé desde la perspectiva de la musicalidad comunicativa. Resultados preliminares. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Clemente Estevan, R. (1995). *Desarrollo del Lenguaje. Manual para profesionales de la intervención en ambientes educativos*. España-Barcelona. Editorial Octaedro.
- Gabutti, María Sol (2019). “Conocimiento que poseen los pediatras acerca de las habilidades comunicativas de niños de 0 a 2 años”. [Tesis de grado no publicada] Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de San Luis.
- Guía resumen del Manual de Publicaciones con Normas APA séptima edición. (2020). Traducción basada en: <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines/index> y en American Psychological Association.
- Haller L., Gallastegui M., Barrionuevo M. y Grinson D. (2011). *Neuropsicolingüística. Evaluación y tratamiento. Escala Rocca*. 1era edición. Buenos Aires. Editorial Akadia.
- Harrison J, Lombardino LJ, Stapell JB. (1986). *El desarrollo de la comunicación temprana: uso de la literatura del desarrollo para seleccionar metas de comunicación*. *La Revista de Educación Especial*. Volumen 20 (4): 463-473.
- Hernández Fernández, Coral (2015). *Nuevos recursos para la investigación cualitativa: Software gratuito y herramientas colaborativas*. *Opción*, vol. 31, núm. 5, pp.

- 453-471 Universidad del Zulia Maracaibo, Venezuela.
- Duque Duarte, José Felipe. (2016). *Introducción al análisis de datos*. <https://www.youtube.com/watch?v=u2pXFEWhjdg>
- Maggio, V. (2020). *Comunicación y lenguaje en la infancia. La guía para profesionales y familias*. 1era edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Martínez, M. (2011)- *Intersubjetividad y Teoría de la Mente*. Buenos Aires, Argentina.
- Narbona, J. y Chevrie M. C. (2003). *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos*. 2da edición. Barcelona (España). Editorial Masson
- Rynette R. Kjesbo, M. C.-S. (2010). Fijando la mirada al contacto visual. *Handy Handouts*, 288 - 290.
- Salamanca M. Lara y Sánchez R. Vanessa. (2018). *Desarrollo comunicativo y motor*. 1era edición. Editorial Editex.
- Trenchi, N. (2011). *¿Mucho, poquito o nada? Guía sobre pautas de crianza para niños y niñas de 0 a 5 años de edad*. Uruguay. UNICEF Uruguay.
- Vázquez, E. Gonzales, L (2015). Comprendiendo cómo el desarrollo de las funciones básicas del lenguaje contribuye al aprendizaje de una segunda lengua. *Revista Iberoamericana de Educación*. Florida, Estados Unidos.
- Ximena Acuña y Franklin Sentis (2004). *Desarrollo pragmático en el habla infantil*. Pontificia Universidad Católica de Chile. ONOMÁZEIN 10: 33-56.

ANEXO I

Instrumento de recolección de datos

¿Qué título/s posee?		Obtenido/s en:	
Años de experiencia laboral en jardines maternales:			
De 0 a 5 años	Entre 5 y 10 años	Entre 10 y 20 años	Más de 20 años
Trabajó o trabaja en el ámbito: Público		Privado	Ambos
1. A partir de su experiencia en jardines maternales describa y explique cómo se comunica un niño que aún no habla.			

2. En relación a la comunicación, en niños de entre 45 días y dos años ¿Considera que existen signos de alarma, que la lleven a pensar que el niño pueda presentar dificultades comunicativas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Cuáles? Comente			

3. Los conocimientos que tiene relacionados con la comunicación en los niños pequeños, ¿De dónde considera que provienen? Puede marcar más de una opción.			
De su experiencia laboral		De experiencias o vivencias personales	
De conocimientos aportados durante su formación de grado		De cursos realizados	
Otras			
4. Consigne si ha tenido a lo largo de su experiencia laboral niños con dificultades comunicativas (o que presentarán a su entender signos de alarma). SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
5. En el caso que su respuesta sea afirmativa describa la situación, comente cuáles eran las dificultades que el niño presentaba y explique cómo procedió al respecto. ¿Observó algún signo de alarma? ¿Cuál/es?			

6. En relación a la pregunta anterior consigne si llevó a cabo algunas de las siguientes acciones			
Informar a los padres		Informar a los directivos del establecimiento	
Sugerir a la familia una consulta pediátrica			
Sugerir a la familia una consulta con otro profesional. ¿Con cuál?		-----	
Esperar un tiempo para ver la evolución del niño.		Ninguna de las anteriores	
Otras			
7. Consigne, a su entender ¿Cuándo es esperable que aparezcan las siguientes conductas? Intente especificar edades en meses colocando la cantidad en el casillero.			
Primeros gestos de imitación		Primeras palabras	
Primeras sonrisas			
Señalar para mostrar un objeto		Seguir al adulto con la mirada	
Reconocimiento y respuesta al nombre		Uso de gestos para saludar	
8. Piense en un niño que tenga entre 12 y 18 meses. Marque cuál/es de las siguientes podrían ser a su entender conductas atípicas, o que operan como signos de alarma en relación al desarrollo comunicativo			
Llora porque quiere un juguete		Pide frecuentemente que lo alcen con un gesto de las manos	
No es capaz de conversar con el adulto		Se rehúsa con frecuencia al contacto físico	
Es selectivo al momento de vincularse con las personas que lo rodean.			
No produce frases simples		Pareciera no interesarse por el contacto con las personas	
No ha desarrollado conductas imitativas		No ha desarrollado aún la marcha	
Ausencia de pinza fina para tomar objetos		No utiliza gestos para mostrar o pedir un objeto	
Demanda con frecuencia la interacción con el adulto		No responde a su nombre	
No comprende frases complejas		Hace berrinches frecuentes, sin causa aparente	
Establece contacto visual escaso		Se molesta y llora cuando su madre se va	
Parece no comprender las órdenes de "dame" y "toma"			

ANEXO II

Debido a la extensión de cada uno de los cuestionarios realizados a las docentes, se adjunta el presente link de acceso al mismo que incluye las preguntas con las respectivas respuestas de cada una de las docentes encuestadas.

<https://docs.google.com/forms/d/1WSzMBGVh2VyIKqKB6ASHj4Nwt4GvCWm130G09a-V4BwE/edit>

Lactancia Materna y Trabajo: Situación de los Entornos Laborales Públicos y Privados para las Madres de la Ciudad de San Luis Capital

Breastfeeding and Work: Situation of Public and Private Work Environments for Mothers in the City of San Luis Capital

Autoras: Dra. María Luján Correa, Lic. Paula Alejandra Pretel, Lic. Sabrina Cardoso Branca³

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los lactantes deben recibir lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Sin embargo, uno de los momentos críticos para la madre que se encuentra en período de amamantamiento es la reincorporación al mundo laboral. **Objetivo:** describir la situación de los entornos públicos y privados para las madres que amamantan en la ciudad de San Luis Capital. **Metodología:** estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, que tomó como muestra 100 casos de mujeres que trabajan o trabajaban en relación de dependencia. **Resultados:** el 76% de la muestra conocía las leyes sobre descansos por lactancia; el mismo porcentaje logró combinar lactancia y trabajo; el 72% opina que los empleadores apoyan la lactancia; y el 84% declaró que en el trabajo no existe un lugar asignado para amamantar o extraerse leche. **Conclusión:** a pesar de los escollos con los que se enfrentan, la mayoría de las mujeres de la muestra han conseguido sortear los obstáculos y continuar amamantando al reincorporarse a sus trabajos.

Palabras clave: Lactancia materna - trabajo - leyes.

Abstract

Introduction: The World Health Organization (WHO) recommends that infants should receive exclusively breastfeeding during the first six months of life to achieve optimal growth, development and health. However, one of the critical moments for the mother who is breastfeeding is the return to work. **Objective:** to describe the situation of public and private environments for breastfeeding mothers in the city of San Luis Capital. **Methodology:** descriptive, quantitative, cross-sectional study, which took as a sample 100 cases of women who work and worked in a dependency relationship. **Results:** 76% of the sample knew the laws on breastfeeding breaks; the same percentage managed to combine breastfeeding and work; 72% believe that employers support breastfeeding; and 84% stated that there is no place assigned to breastfeed or express milk at work. **Conclusion:** despite the pitfalls they face, most women in the sample have managed to overcome the obstacles and continue breastfeeding by rejoining their jobs.

Key words: Breastfeeding - work - laws.

3 Doctora en Ciencias de la Salud. Vicedecana de la Facultad de Ciencias de la Salud, UNSL. Docente del Dpto. de Nutrición (FCS – UNSL). E-mail: lujancorrea82@gmail.com Licenciada en Nutrición, Facultad de Ciencias de la Salud - UNSL. paula.prettel@gmail.com Licenciada en Nutrición, Facultad de Ciencias de la Salud - UNSL. Consultorio privado en “Almadent Consultorios” (Victorica, La Pampa). sa.branca93@gmail.com

Introducción

Este trabajo final acerca de lactancia materna y trabajo investiga las leyes que existen respecto a los descansos por lactancia y cómo son aplicados por los establecimientos laborales al momento de la reincorporación de la mujer a su trabajo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), “la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables”.

Al respecto recomienda que, los lactantes deben recibir leche exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. A partir de entonces, a fin de satisfacer la evolución de sus necesidades nutricionales tienen que recibir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados e inoocuos, al tiempo que siguen tomando el pecho hasta los dos años o más.

Para fomentar esta práctica y mejorar la salud de los lactantes en todo el mundo, cada año se celebra del 1 al 7 de agosto la Semana Mundial de Lactancia Materna, y se conmemora la Declaración de Innocenti, firmada en agosto de 1990 por los gobiernos, la OMS, UNICEF y otras organizaciones, con el fin de proteger, promover y apoyar la lactancia humana. Durante el año 2019, La Alianza Mundial pro Lactancia Materna (WABA, 2019), entidad que trabaja en conjunto con OMS y UNICEF, tuvo como lema: “Empoderémonos ¡Hagamos posible la lactancia materna!”.

En la República Argentina, la Ley N° 20.744 de Contrato de Trabajo protege a las mujeres durante el embarazo y la lactancia. No obstante, es oportuno tener presente que la misma sólo establece las condiciones mínimas y obligatorias.

Nuestro país cuenta además con la Ley N° 26.873 de Lactancia Materna; Promoción y Concientización Pública, que entre otras cosas, insta a promover la existencia de “Espacios Amigos de la Lactancia”, sectores privados e higiénicos, dotados de las comodidades mínimas y necesarias para que las mamás puedan extraerse leche o amamantar a sus bebés. Es importante tener en cuenta que cada jurisdicción a su vez, puede tener otra norma

relacionada con estos espacios, también llamados “lactarios” (Ministerio de Salud de la Nación, 2017).

Para que la lactancia sea óptima se debe tener presente que las necesidades calóricas de las madres que amamantan aumentan de manera considerable, hasta 500 Kcal/día, especialmente destinadas a la producción de la leche. Es entonces fundamental, la correcta adecuación de la dieta materna para hacer frente y cubrir sus necesidades y las del bebé. La calidad de los alimentos consumidos por la madre tiene consecuencias directas en el volumen y composición de la leche, es decir, a mayor calidad nutricional de su dieta, mayor calidad nutricional de la leche.

En consecuencia, resulta fundamental que las madres que vuelven al trabajo no solo estén bien informadas de los derechos que las asisten respecto al período de lactancia materna, sino además de la importancia que tiene alimentarse adecuadamente para llevar adelante esta práctica de manera exitosa.

Objetivos

Se propuso como objetivo general describir la situación de los entornos laborales públicos y privados para las madres que amamantan en la ciudad de San Luis Capital.

Los objetivos específicos fueron: detallar las leyes existentes respecto a los descansos para lactancia materna y la modalidad de cumplimiento por los establecimientos laborales públicos y privados de la ciudad de San Luis Capital; identificar si dichas instituciones laborales respetan las leyes existentes para amamantar; y, determinar si al momento de regresar al trabajo las mujeres conocían y utilizaban las horas destinadas para la lactancia materna.

Marco teórico

Antecedentes

Con la llegada de la era industrial y luego la incorporación de la mujer al mercado laboral, la lactancia materna exclusiva se vuelve dificultosa. Sin embargo, a partir del siglo XX hay un renovado movimiento por la lactancia a nivel mundial, motivado por las altas tasas de morbilidad y mortalidad. La desnutrición, el sobrepeso y la mala nutrición atacan a la población entera. En este contexto, la lactan-

cia materna se destaca como una solución a corto y largo plazo (ImedBA, 2014).

Distintos países del mundo, entre los que se cuenta la Argentina, han realizado importantes esfuerzos para recuperar la lactancia humana. Con ese objetivo confluye el trabajo de organismos internacionales, nacionales y provinciales, sociedades científicas, organizaciones de la comunidad, a los que se suma la presencia creciente de las madres y sus familias, y la actitud cada vez más positiva respecto de la lactancia de los profesionales de la salud y de los medios de comunicación.

Las primeras iniciativas fueron propuestas por organismos internacionales como la OMS y UNICEF, quienes avanzaron en la formulación de proyectos para promover la alimentación como un derecho fundamental en todo el mundo, especialmente en la infancia.

En el año 1979, dichos organismos, ya habían alertado sobre la importancia de los Servicios de Salud Materno-Infantiles en la práctica, promoción y apoyo a la Lactancia Materna. En el año 1981, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna, que tenía como objetivo proteger esta práctica mediante la reglamentación de la comercialización sobre sucedáneos de la leche materna.

En 1989, expertos de todo el mundo convocados por OMS-UNICEF, elaboraron un documento titulado “Declaración Conjunta: La Lactancia Materna en el decenio 1990”. Una Iniciativa a nivel mundial”. Cuyo componente fundamental eran los “Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural”. Un año después, en 1990, se llevó a cabo en Florencia, Italia, una nueva reunión internacional de expertos de la que surgió la “Declaración de Innocenti”, en la cual se establecían diferentes objetivos a cumplir por los gobiernos para el año 1995.

El mismo año se realizó en Nueva York la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, donde luego de analizar la situación de los infantes en el mundo, se incorporó en las agendas de los gobernantes, una nueva prioridad para el año 2000: los Derechos del Niño.

En Argentina, en el año 1978, se establecieron las Normas de Alimentación del Recién Nacido (Ministerio de Salud y Acción Social) y, posteriormente, las Condiciones de

Eficiencia para un Amamantamiento Exitoso, publicadas en la década de los ‘80.

En el año 1993 se creó la Comisión Asesora de Lactancia Materna, en 1996 por Resolución 376 (SS), el Ministerio de Salud de la Nación, aprobó y difundió la Propuesta Normativa Perinatal III - Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna. Un año más tarde, por medio de la Resolución N° 54 el Ministerio de Salud y Acción Social resolvió aceptar los términos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, ya que hasta ese momento la Argentina no había adherido al mismo. En el mismo año se realizó en nuestro país el Primer Monitoreo de este Código. A partir de la Reunión Cumbre de Nueva York (1990) se elaboraron las Metas Nacionales explicitadas en el Plan de Acción y Metas para el Año 2000, que entre otras, incluía lograr que el 60% de los niños como mínimo gocen de los beneficios de la lactancia hasta el 4° mes de vida, compromiso de todas las provincias al adherir al Pacto Federal a favor de la Madre y el Niño (1994).

Posteriormente, en el “Acuerdo de San Nicolás” (2003), todas las provincias adhirieron al Plan Federal de Salud, en el cual se fijaron nuevas metas nacionales para el quinquenio 2003-2007. Entre ellas las de lactancia, a saber: lograr el amamantamiento en forma exclusiva hasta el 4° mes de vida en un 45% de los niños; y el amamantamiento en forma completa hasta el 6° mes de vida en un 35% de los niños (Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

Lactancia materna

“La lactancia materna, iniciada dentro de la primera hora de nacimiento, proporcionada exclusivamente para seis meses, y de manera continua hasta dos años o más, junto con la provisión de alimentos complementarios apropiados, es una de las prácticas más poderosas para promover la supervivencia y el bienestar infantil” (UNICEF, 2018).

Cubre las necesidades tanto nutricionales como psicoafectivas del bebé. Es un derecho del niño y también un tiempo de aprendizaje compartido, durante el cual tanto la madre como el recién nacido reconocen y decodifican los mensajes que expresan los distintos

sentimientos y necesidades (hambre, saciedad, fatiga, juego). Este proceso gradual y continuo fortalece la sensación de seguridad y protección del bebé y, al mismo tiempo, reafirma en la madre y en la familia su competencia para la crianza, lo cual mejora su autoestima y le permite obtener reconocimiento social.

Si bien es mejor que los niños reciban “algo” de pecho a que no reciban nada, los mayores beneficios se manifiestan cuando se practica la alimentación de acuerdo a la denominada «Norma de Oro», recomendada por la OMS, UNICEF y las sociedades científicas en Argentina y el mundo.

Dicha norma propone lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y continuada hasta los 2 años o más. Esto significa que en el primer periodo el niño debe recibir solamente leche humana, sin agregado a su alimentación de ningún otro alimento ni bebida (agua, jugos, té). A partir del sexto mes cumplido (180 días de vida) se debe iniciar la alimentación complementaria con alimentos inocuos y adecuados para la edad, sin abandonar la lactancia.

Se debe tener en cuenta que la leche materna es también una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 24 meses, ya que puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas entre los 6 y 12 meses y un tercio entre los 12 y 24 meses (Ministerio de Salud de la Nación, 2019).

Tipos de lactancia

- **Lactancia Materna Exclusiva:** el lactante solo recibe leche humana.
- **Lactancia Materna Predominante:** leche materna como fuente predominante de alimentación, además permite ciertos líquidos a base de agua o jugos de frutas.
- **Lactancia Materna Complementaria:** leche materna y alimentos sólidos o semisólidos (puede incluir leche artificial). También llamada LM Complementaria Oportuna si se da en el período que abarca de los 6 a 24 meses de edad.
- **Lactancia Materna Parcial o Mixta:** además de leche materna permite cualquier otro preparado, alimento o líquido, incluida la leche artificial.

- **Lactancia Artificial:** lactante alimentado con preparados de origen de leche no humana para lactantes, leches artificiales (Cabedo, R. et al., 2019).

Leche materna

La leche humana es un tejido vivo y, como tal, no tiene una composición constante. Sus características se ven afectadas por diferentes factores, como el tiempo transcurrido desde el momento del parto, las diferentes horas del día o el momento de la mamada. Sin embargo, es importante saber que la madre va a producir la leche que el bebé necesita, en el momento adecuado, tanto en cantidad como en calidad. La leche materna se compone de:

Proteínas: tanto la cantidad como las proporciones presentes son específicas para las capacidades digestivas y absorptivas del ser humano. En ella predominan las proteínas del suero sobre la caseína. A su vez, las micelas de caseína están divididas en finos coágulos, que permiten una muy buena digestión y absorción intestinal. Además de una función nutricional, las proteínas cumplen funciones de defensa y protección contra enfermedades.

Grasas: son el componente más variable de la leche materna, ya que su cantidad se modifica a lo largo del día, a medida que la leche madura y en los diferentes momentos de la toma. Se absorben perfectamente en el intestino debido a su composición química específica. Adicionalmente, la leche humana, contiene unas enzimas llamadas lipasas. Estas enzimas se activan en el duodeno y hacen que la grasa se pueda absorber aún mejor, ya que facilitan su digestión. Las grasas contribuyen con el 50% de las calorías y aportan ácidos grasos esenciales, Omega 3 y 6. También contribuyen al adecuado desarrollo del cerebro, del sistema nervioso central y de la vista, pues aportan a la formación de la mielina, que actúa como un aislante de los nervios que componen el sistema nervioso.

Carbohidratos: el principal es la lactosa, ya que aporta casi la mitad de la energía que necesita el bebé, además de su función nutricional, facilita la absorción de hierro y calcio; a su vez, promueve la colonización del lactobacilo en el intestino del lactante, el cual genera en el intestino un medio ácido que impide el crecimiento de microorganismos patógenos

que pueden enfermar al bebé. Por ese motivo, los carbohidratos de la leche humana también tienen efecto inmunitario.

Otro tipo de carbohidrato presente es el grupo de los oligosacáridos, que tienen efecto bactericida, ya que se unen a los microorganismos patógenos e impiden que se adhieran a las superficies del intestino del niño, además, tienen un efecto probiótico.

Minerales: su concentración se adapta a los requerimientos nutricionales y a la capacidad metabólica del niño. El calcio, hierro, potasio, magnesio, zinc, flúor y fósforo no están influenciados por la dieta materna, estos son casi constantes y presentan una alta absorción (biodisponibilidad).

Vitaminas: en una madre nutrida correctamente, las concentraciones son las adecuadas para las necesidades del lactante.

- Vitamina A: importante para el crecimiento, la inmunidad y la integridad de los tejidos.
- Vitamina C: interviene en procesos inmunitarios y la inmunidad de las mucosas.
- Vitamina D: necesaria para la correcta absorción del calcio. En este caso es necesario agregarla como suplemento de acuerdo a la luz solar que reciba la zona en donde vive el recién nacido.
- Vitamina E: es un poderoso antioxidante.
- Vitamina K: participa en la coagulación sanguínea. Se observa una cantidad muy pobre en la leche materna, por eso cuando el bebé nace, en la sala de partos, se le da una inyección de vitamina K (Ministerio de Salud de la Nación, 2019).

Diferencias entre leche materna y leche artificial

Las llamadas fórmulas infantiles en ningún caso provienen ni total ni parcialmente de leche materna. Las más utilizadas se obtienen mediante modificaciones a la leche de vaca para disminuir su contenido de proteínas y sodio (cuyo exceso puede afectar la salud del bebé) y para agregarles grasas de otras especies o vegetales e hidratos de carbono, con el objetivo de equiparar el valor calórico con la de la madre. Todas las variantes se promocionan como si fueran o tuvieran algún parecido con la leche humana a la que intentan imitar. Sin embargo, los beneficios de la alimenta-

ción al pecho no logran ser equiparados por ningún sustituto del mercado. Se debe resaltar que las fórmulas artificiales en polvo no son un producto estéril, aunque hayan sido fabricadas respetando las normas de higiene vigentes. Ello significa que, en ocasiones, pueden contener agentes patógenos capaces de provocar enfermedades graves, como ha sucedido en múltiples ocasiones.

Otra desventaja de la alimentación artificial es la necesidad de utilizar agua segura y biberones para su preparación y administración. Esto implica la necesidad de adoptar cuidados especiales en la higiene de los utensilios, la de contar en todo momento con agua segura (o de gastar combustible para hervirla) y de contar con medios para el almacenamiento de la leche preparada (Cabedo, R. et al., 2019).

Alimentación de la mujer lactante

La alimentación adecuada de la embarazada y durante la lactancia, constituyen el núcleo alimentario nutricional de este período. Las necesidades calóricas de la mujer lactante aumentan de manera considerable, hasta 500 Kcal/día, especialmente destinadas a la producción de la leche, por lo que las madres que amamantan deben seguir una dieta balanceada y beber suficiente líquido.

Una herramienta útil para guiarlas en esta etapa son las “Guías Alimentarias para la Población Argentina” (GAPA, 2016), que “promueven la incorporación de alimentos variados preferentemente frescos, teniendo en cuenta la diversidad cultural y las tradiciones locales”. En ellas, se ofrecen 10 recomendaciones contempladas en los siguientes mensajes:

- Incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos 30 minutos de actividad física.
- Tomar a diario 8 vasos de agua segura.
- Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores.
- Reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.
- Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal.
- Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados.

- Al consumir carnes quitarle la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo.
- Consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca.
- Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas.
- El consumo de bebidas alcohólicas debe ser responsable. los niños, adolescentes y mujeres embarazadas no deben consumirlas. Evitarlas siempre al conducir.

Marco legal de la protección de la lactancia

Trabajo es el esfuerzo humano aplicado a la producción de bienes y servicios, a cambio de una remuneración económica (RAE, 2019), es decir, toda actividad lícita que se preste en favor de quien tiene la facultad de dirigirla, mediante un salario.

Hay relación laboral cuando una persona en forma voluntaria realiza tareas, ejecuta obras o presta servicio a otra persona física o empresa, bajo su dependencia, mediante el pago de un haber (Ministerio de Producción y Trabajo, 2019). En nuestro país existen leyes que regulan los derechos y obligaciones de las partes.

La Ley N°20.744 de Contrato de Trabajo, estipula en su CAPÍTULO II - De la protección de la maternidad. Art. 179. - Descansos diarios por lactancia, que:

Toda trabajadora madre de lactante podrá disponer de dos (2) descansos de media hora para amamantar a su hijo, en el transcurso de la jornada de trabajo, y por un período no superior a un (1) año posterior a la fecha del nacimiento, salvo que por razones médicas sea necesario que la madre amamante a su hijo por lapso más prolongado. En los establecimientos donde preste servicios el número mínimo de trabajadoras que determine la reglamentación, el empleador deberá habilitar salas maternas y guarderías para niños hasta la edad y en las condiciones que oportunamente se establezcan.

Para las mujeres que trabajan en el sector público, a partir del DECRETO 214/2006, TÍTULO XII, Art.- 137, los descansos por lactancia se extienden a una (1) hora, teniendo además la opción de acumular la licencia

diaria al ingresar dos horas después o retirarse dos horas antes.

Es oportuno tener presente que su texto establece las condiciones mínimas y obligatorias. Es posible que las distintas jurisdicciones, empresas o sectores del campo laboral hayan establecido por convenio condiciones superadoras.

Nuestro país cuenta además con la Ley N°26.873, de Lactancia Materna; Promoción y Concientización Pública, cuyo objetivo es la promoción y la concientización acerca de la importancia de la lactancia materna y de las prácticas óptimas de nutrición segura para lactantes y niños de hasta 2 años. Esta Ley en su Art.- 4 inciso t, insta a promover el establecimiento de lactarios en los lugares de trabajo, también denominados “Espacios Amigos de la Lactancia”.

Para la madre trabajadora que se encuentra en período de amamantamiento es indispensable contar con un ambiente laboral saludable, que promueva la continuidad de la lactancia materna, mejore la calidad de vida de la familia y la comunidad, y asegure un mejoramiento en la productividad en su trabajo (Cerdeña Muñoz, L. 2008), ya que el regreso al trabajo puede ser un motivo de interrupción de esta práctica.

En la mayor parte de las provincias de nuestro país la licencia por maternidad es de noventa días, llevando a que la reincorporación de las mujeres a sus trabajos sea a los dos meses de edad del niño aproximadamente.

Hay mujeres que tienen la posibilidad de elegir o decidir si volver o no a sus trabajos, en cambio otras no, puesto que constituyen un importante o único aporte en el sostén económico de sus familias. Uno de los momentos críticos para la madre es la reincorporación al mundo laboral tras el permiso maternal. Muchas desean prolongar la lactancia materna, pero la acaban interrumpiendo, algunas de las causas que propician el abandono son: demasiadas horas separadas del bebé, malos consejos, dificultades a la hora extraerse leche, dudas o desconocimiento sobre el permiso de lactancia, entre otras.

Resulta fundamental que las madres sepan que, la reinscripción a sus empleos no tiene por qué significar el final de la lactancia humana.

Para poder trabajar sin dejar de amamantar ellas necesitan primordialmente: información sobre los derechos y leyes que la amparan, confianza en sí misma, y apoyo de sus pares (pareja, familia, amigos, empleadores, compañeros de trabajo) (Alba, 2013).

El permiso de lactancia es un derecho y la empresa no puede limitarlo, como así tampoco la elección del modo de hacerlo. Cabe destacar que este es retribuido, por lo que la mujer seguirá cobrando lo mismo, aunque trabaje una hora menos. Entonces, si la madre está interesada en seguir las recomendaciones de la OMS sobre lactancia materna, habrá que buscar y poner en práctica las técnicas necesarias para que el bebé continúe tomando el pecho.

A pesar de la protección legal, cuando una mujer vuelve a su trabajo sigue enfrentando numerosos obstáculos que requieren del esfuerzo mancomunado de diferentes actores para que esta práctica no se interrumpa. El primero que entra en juego es el Equipo de Salud, quien deberá anticipar estrategias al respecto, también desempeña un gran papel el grupo de la familia inmediata, llamada a apoyar a la madre en sus tareas o en la atención de otros hijos, a fin de que disponga de momentos tranquilos y apropiados para amamantar. Además, se requiere del compromiso de los compañeros de trabajo, quienes deben entender que una mujer que amamanta está contribuyendo a un mejor clima laboral (madre más relajada, hijos más sanos, menos ausentismo, etc.) y, por lo tanto, debe ser respetada y acompañada.

Es de crucial importancia en este escenario el empleador. Su contribución, irremplazable, consiste en ofrecer condiciones y posibilidades para que la mujer pueda seguir amamantando a su hijo. Por eso, se los debe orientar para que puedan apoyar y acompañarlas durante uno de los momentos más importantes de su maternidad. Los lugares de trabajo pueden diseñar políticas que ofrezcan a la madre la oportunidad de lograr una lactancia exitosa, por una parte, constituyéndose en lugares de trabajo amigables de la familia, y por otra, ayudándola en su labor productiva (Ministerio de Salud de la Nación, 2019).

De acuerdo con Cerda Muñoz (2008), las estrategias que un empleador puede poner en marcha para acompañar la lactancia de una empleada son múltiples:

- Función laboral compatible con su periodo de lactancia (cambio favorable en la carga de trabajo o ubicarla en un puesto seguro);
- Educación a las trabajadoras y demás empleados al respecto;
- Ayudas e intervenciones en jardines infantiles;
- Flexibilidad horaria;
- Pausas de descanso adecuadas en frecuencia y duración para dar el pecho o extraer leche;
- Reducción de la jornada laboral sin repercusión económica;
- Disposición de un lugar limpio, confortable y privado para el amamantamiento o la extracción de leche.

Ventajas y beneficios de la lactancia materna

La Lactancia Materna no sólo beneficia a los bebés, a sus madres y a la familia, también resulta altamente beneficiosa para empresas y empleadores.

Para el bebé:

- Favorece la liberación de la hormona de crecimiento y un óptimo desarrollo cerebral, fisiológico e inmunológico.
- Protege frente a gran número de enfermedades: diarrea, catarros, bronquiolitis, bronquitis, neumonía, otitis, etc., al tapizar el intestino del bebé protegiéndolo frente a los patógenos.
- Disminuye o retrasa la aparición de problemas de tipo inmunológico: alergias (dermatitis atópica, asma), leucemia, enfermedades crónicas intestinales.
- Previene enfermedades en la edad adulta: diabetes, hipercolesterolemia, coronariopatías, cáncer.
- Se relaciona con la inteligencia cognitiva y emocional. Dar de mamar transmite al bebé seguridad afectiva y esto repercute en su autoestima y en su empatía hacia las necesidades de las demás personas en el futuro.
- Disminuye el riesgo de muerte súbita, de sobrepeso y obesidad, de enfermedad

celíaca (intolerancia al gluten), de los efectos nocivos de los contaminantes ambientales, de maltrato infantil.

- Está siempre preparada, a la temperatura adecuada y en perfectas condiciones higiénicas.
- Para la madre:
- Ayuda a la recuperación tras el parto. El estímulo hormonal hace que el útero se contraiga más rápidamente, disminuye la pérdida de sangre en los días posteriores y mejora la posible anemia.
- Favorece la recuperación del peso y la silueta.
- Reduce las necesidades de insulina en madres diabéticas y normaliza antes el metabolismo de las madres que han tenido diabetes gestacional.
- Reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama premenopáusico, cáncer de ovario y fracturas de cadera.
- El amamantamiento desarrolla un estrecho vínculo afectivo materno filial, proporcionando al bebé cariño, consuelo y seguridad, y ayudando a la madre en su crecimiento personal.
- Para la familia:
- La elección de la lactancia materna supone un considerable ahorro económico en el presupuesto familiar, no sólo derivado del precio que no se habrá de pagar por la leche artificial y accesorios como biberones, sino también del menor consumo en consultas médicas, ingresos hospitalarios y medicamentos.
- Contribuye al cuidado del planeta disminuyendo la huella ecológica: no genera residuos y es sostenible. (AEP, 2019)

Para la empresa:

- Aumenta el rendimiento de la mujer trabajadora durante la jornada laboral al sentirse motivada para desempeñar sus actividades porque se contempla su derecho de amamantar.
- Reduce el ausentismo, lo que se traduce entre un 30-70% de menos faltas.
- Reduce el abandono laboral, logrando mayor retención de personal experimentado.

- Reduce el número de permisos y licencias para asistir a consulta médica para la trabajadora o para su hijo, así como las licencias para su cuidado por enfermedad.
- Mayor fidelidad y sentido de pertenencia de las trabajadoras al brindarles facilidades para continuar alimentando a su hijo.
- Recuperación de lo invertido para las empresas que crean un entorno de apoyo para las empleadas que amamantan (disminuyendo gastos de licencia, capacitación de empleados que la reemplacen, etc.) (Liga de la Leche, 2018).

Espacio amigo de la lactancia materna

La iniciativa de “Espacios Amigos de la Lactancia Materna” es impulsada por UNICEF como parte del Componente “Un Comienzo Sano para la Vida” para ampliar las intervenciones de la lactancia materna en el entorno laboral y reforzar las prácticas de amamantamiento; dicha iniciativa va dirigida a las entidades públicas y privadas y es una adaptación de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMyN).

Los mismos son definidos como: un lugar cómodo, higiénico y privado, ubicado en el entorno laboral, que ofrece las condiciones adecuadas para la extracción y conservación de la leche humana bajo lineamientos técnicos de seguridad, para que las madres puedan transportarla al hogar y disponer de ella para alimentar al bebé en su ausencia temporal (UNICEF, 2019).

El Ministerio de Salud de la Nación recomienda que toda mujer trabajadora pueda contar en su lugar de trabajo con un espacio de estas características. Para eso propone la instalación de un Espacio Amigo de la Lactancia permanente en todo ámbito de trabajo donde se desempeñen 20 o más mujeres en edad fértil, o bien uno temporario, toda vez que el número de trabajadoras en edad fértil sea menor a dicha cantidad.

Los requerimientos mínimos para un ESPACIO DE LACTANCIA PERMANENTE son los siguientes:

- Ser un espacio cerrado, privado e higiénico. Bajo ningún concepto puede destinarse un baño para que las mujeres se extraigan leche.

- Ofrecer comodidades mínimas, tales como una o más sillas confortables; un perchero; una pequeña mesa para apoyar el extractor, los recipientes y otros elementos.
- Incluir un lavamanos o, al menos, estar cerca de un lugar donde la madre pueda lavarse las manos con agua y jabón. En caso de que el lavamanos se encuentre fuera del Espacio Amigo, se recomienda que dentro del mismo se disponga de alcohol en gel.
- Contar con acceso a una heladera para guardar la leche extraída. No es imprescindible que la heladera se encuentre dentro del Espacio Amigo o que sea de uso exclusivo para este fin. Si no se puede disponer de una heladera adentro o exclusiva, se podrá utilizar la heladera donde se guarda la comida.

Respecto a la modalidad de ESPACIO AMIGO DE LA LACTANCIA TEMPORARIO, este puede incluirse en oficinas, salas de reuniones u otros sectores de la institución (pero nunca un baño) que puedan ser cedidos en horarios acordados, para que la madre realice la extracción, garantizando la extracción de leche en condiciones higiénicas y de privacidad (Ministerio de Salud de la Nación, 2017).

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, cuya muestra estuvo constituida por 100 casos de mujeres entre 18 y 60 años de edad, que trabajaban en relación de dependencia, en instituciones públicas y privadas de la ciudad de San Luis Capital, fueron madres y volvieron a trabajar antes de que su hijo cumpliera 1 año. Quedaron excluidas aquellas que no habían sido madres, eran menores de 18 y mayores de 60 años de edad, no desearon o no pudieron amamantar y/o no quisieron participar del estudio.

A todas las encuestadas se les informó sobre los objetivos del trabajo y se les solicitó la firma de un consentimiento informado.

La recolección de datos se llevó a cabo en diciembre de 2019, mediante una encuesta de tipo cuestionario personal y anónimo, conformada por 16 preguntas cerradas y mixtas, relacionadas con las vivencias individuales a la hora de combinar lactancia materna y trabajo.

Análisis e interpretación de datos

Los datos obtenidos a partir de las encuestas se analizaron primero en planillas de Microsoft Excel de Windows 7 y, en una segunda instancia en el programa estadístico INFOS-TAT, donde se calcularon valores finales significativos.

Para dar cuenta de los objetivos planteados, se utilizaron tablas y gráficos que se desprendieron del uso de los programas antes mencionados, reflejando los resultados finales en forma de barras, columnas y sectores.

Resultados

Del total de la muestra, el 49% de las encuestadas regresaron a sus trabajos por razones principalmente económicas, el 47% lo hizo por cuestiones económicas y gusto personal y el 4% solo por gusto personal. El 40% de esas mujeres trabajaban 8 horas o más, el 37% 6 horas y, el 23% 4 o menos horas diarias al momento de amamantar a su primer hijo/a.

Respecto a la intención de las madres encuestadas acerca de la duración de la lactancia materna (Gráfico N°1) se evidenció que, 36% tenía la intención de amamantar a su bebé por 1 año, 21% por 2 años, 19% quería hacerlo más de 1 año, 13% extenderse hasta más de 2 años y 11% hasta los 6 meses.

En relación a la medida en que las encuestadas lograron combinar lactancia materna y trabajo, el 76% lo logró y, por el contrario, 22% no (Gráfico N°2). Para el 44% esa fue una tarea fácil, el 53% lo consideró difícil y, un 3% imposible.

El Gráfico N°3 revela el conocimiento de las encuestadas acerca de las leyes que amparan a la madre sobre los descansos diarios por lactancia cuando vuelven al trabajo. El 56% dijo conocer sus derechos y cómo aplicarlos, 24% no los conocía y nadie se los explicó, y el 20% restante que fue informado de sus derechos por la institución laboral.

Sobre el apoyo de las instituciones laborales a la lactancia de sus empleadas, la investigación muestra (Gráfico N°4) que, para el 72% las instituciones en las que trabajaban apoyan mucho o bastante la lactancia materna y, el 28% poco o nada.

Gráfico N°1: Intención de las mujeres encuestadas acerca de la duración de la lactancia materna. San Luis Capital, diciembre 2019. N= 100.

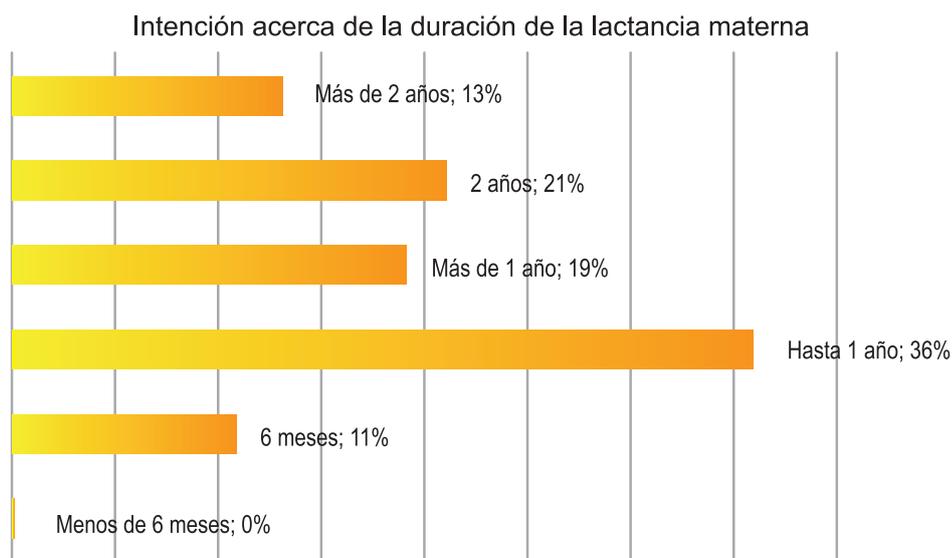


Gráfico N°2: Medida en que las mujeres encuestadas lograron combinar lactancia materna y trabajo. San Luis Capital, diciembre 2019. N= 100.



Gráfico N°3: Conocimiento de las encuestadas acerca de las leyes que amparan a la madre sobre los descansos diarios por lactancia cuando vuelven al trabajo. San Luis Capital, diciembre 2019. N= 100.



Gráfico N°4: Medida en que las instituciones laborales apoyan o apoyaban la lactancia de sus empleadas. San Luis Capital, diciembre 2019. N= 100.

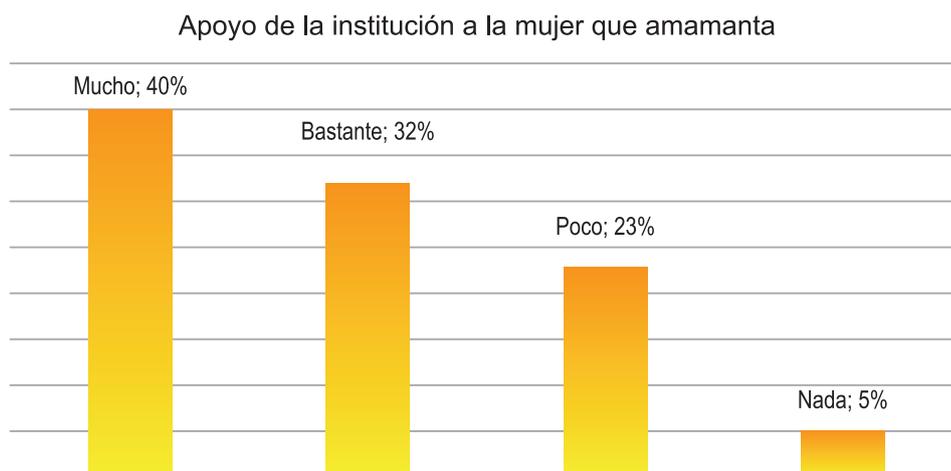


Gráfico N°5: Existencia de un lugar asignado para dar de mamar o extraerse leche en los entornos laborales en las que trabajan o trabajaban las mujeres encuestadas. San Luis Capital, diciembre 2019. N= 100.

Existencia de un lugar asignado para amamantar o extraerse leche

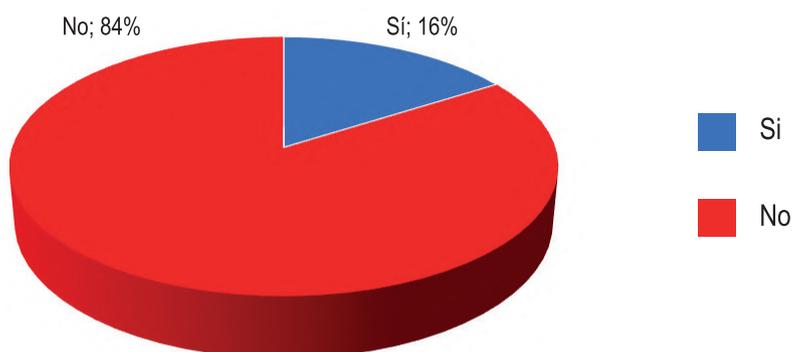
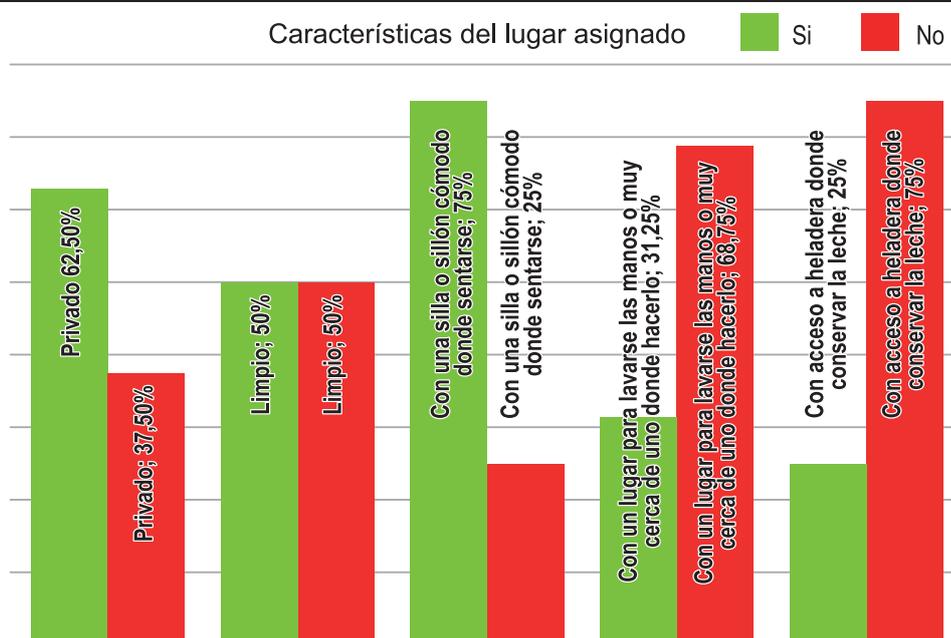


Gráfico N°6: Características del lugar asignado para dar de mamar o extraerse leche en los entornos laborales en los que trabajaban las mujeres encuestadas. San Luis Capital, diciembre 2019. N= 16.



Al preguntar acerca de la existencia de lugares asignados para dar de mamar o extraerse leche en los entornos laborales (Gráfico N°5), el 84% respondió no había, por el contrario, un 16% dijo que sí contaba con ese espacio.

No significancia estadística, ya que el valor de la p fue de >0.9999 , lo cual indica que no hay diferencias significativas entre las instituciones que tienen o no lugares para dar de mamar o extraerse leche.

Del 16% de las instituciones laborales que cuentan con un lugar asignado (Gráfico N°6), es importante destacar las siguientes características: el 62,5% de esos espacios es privado, mientras que el 37,5% no lo es; además, solo la mitad son limpios. El 75% cuenta con una silla o sillón cómodo para las madres, el resto no; el 68,75% no tiene un lugar para lavarse las manos ni está cerca de uno donde hacerlo, solo el 31,25% cumple con esta condición; finalmente, el 25% de las instituciones ofrecen en estos espacios una heladera donde conservar la leche extraída.

El análisis ANOVA para estas variables mostró que sí es significativo el valor de p, siendo <0.0001 , lo que muestra que sí es significativo el tipo de lugar y las características que este tiene para el momento de amamantar.

Conclusiones

Este trabajo de investigación tomó como muestra 100 casos mediante encuestas, realizadas de manera personal, a mujeres que trabajan o trabajaban en relación de dependencia en lugares públicos y privados de la ciudad Capital de San Luis.

Las diferentes variables analizadas permiten concluir que, para la mitad de la muestra existe cierto grado de dificultad al combinar lactancia y trabajo, mientras que para la otra mitad es prácticamente sencillo. A pesar de los muchos factores que influyen al momento de la reinserción laboral, la mayoría ha conseguido sortear los obstáculos logrando que prime la decisión personal de amamantar. Se destaca que, 9 de cada 10 mujeres tienen o tenían la intención de hacerlo como mínimo hasta el año y, que ningún caso lo pretendió por menos de 6 meses. A esto se suma que, más de tres cuartas partes de las encuestadas pasan o pasaban largas horas (seis o más) fuera de sus hogares.

Se puede aseverar que el factor económico juega un papel fundamental al momento de la reincorporación de la mujer al trabajo, siendo en muchos casos la única opción que tiene, sin embargo, el porcentaje que lo hizo por gusto personal también es significativo.

Es relevante señalar que 9 de cada 10 encuestadas no sintieron poner en riesgo la continuidad de sus empleos al intentar seguir amamantando. En la mayoría de los lugares de trabajo se da el soporte necesario a la madre que decide combinar lactancia y trabajo, 7 de cada 10 opinan que sus empleadores apoyan esta práctica.

En cuanto a las leyes existentes respecto a los descansos diarios por lactancia, tres cuartas partes de las madres declararon conocerlas o haber sido informadas acerca de ellas, sin embargo, un cuarto las desconocía y no fueron asesoradas por los empleadores.

Al analizar las variables relacionadas con los espacios amigos de la lactancia, 8 de cada 10 mujeres declaran que en el trabajo no existe uno asignado para extraerse leche o amamantar, solo un cuarto de las instituciones ofrece a sus empleadas un lugar para hacerlo, de los cuales, la mitad son limpios y privados, la mayoría cuenta con una silla o sillón cómodo, pero no tienen acceso a una heladera para conservar la leche extraída ni tampoco dónde lavarse las manos. El baño, a pesar de ser uno de los lugares menos recomendados, sigue siendo la opción más utilizada, seguido de la decisión de no extraerse leche en el trabajo, lo cual no es aconsejable pues puede ocasionar problemas maternos como dolor, congestión de las mamas, mastitis, ductos ocluidos, entre otros.

Esto permite afirmar que la mayoría de los empleadores no cumplen con las leyes al momento de ofrecer a sus empleadas contextos favorables en el periodo de lactancia.

La gran mayoría de las encuestadas coincidió en que el apoyo de sus parejas y sus madres es fundamental al momento de combinar lactancia y trabajo, pero también lo es el de sus jefes/as y compañeros/as. Estos son pilares básicos que constituyen el soporte que la madre necesita tanto en el hogar como en el ámbito laboral para llevar adelante esta sustancial tarea.

Finalmente, como Licenciadas en Nutrición, conscientes y defensoras de la lactancia materna, sabemos que queda mucho por investigar en el campo de lactancia y trabajo. Si bien los resultados de nuestro estudio son alentadores, este es solo el principio. Visibilizar las dificultades con las que se enfrentan las mujeres que amamantan y

trabajan no basta. Es necesario generar estrategias para fortalecer, acompañar e informar a las mujeres de nuestra provincia que deciden continuar con la lactancia y volver a trabajar, haciendo hincapié en los beneficios que otorga no solo para el niño y la madre, sino también a nivel social esta fundamental labor.

Referencias bibliográficas

- Alba Lactancia Materna. (2013). Lactancia materna y reincorporación al trabajo remunerado. <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-4-cuando-los-ninos-crecen/lactancia-y-reincorporacion-al-trabajo-remunerado/>
- Alba Lactancia Materna. (2019). WABA hace público el lema de la Semana Mundial de la Lactancia Materna 2019. <https://albalactanciamaterna.org/general/waba-hace-publico-el-lema-de-la-semana-mundial-de-la-lactancia-materna-2019/>
- Asociación Española de Pediatría. (2019). Guía de Lactancia Materna. https://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf
- Cabedo R, Manresa JM, Cambredó MV, Montero L, Reyes A, Gol R, Falguera G. (2019). Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM. Revista Matronas Prof.; 20 (2), 54-61. <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2019/05/54-ORIGINAL-TIPOS-LACTANCIA.pdf>
- Cerda Muñoz, L. (2008) La madre que amamanta y el entorno laboral. Revista Matronas Prof.; 9 (1), 21-26. <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol9n1pag21-26.pdf>
- Decreto 214/2006. Información Legislativa. Convenio Colectivo de Trabajo General para la Administración Pública Nacional. Buenos Aires, Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/114315/texact.htm>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). Lactancia materna. <https://www.unicef.org/lac/informes/lactancia-materna>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2019). Espacios Amigos de la Lactancia Materna - EALM. <https://www.unicef.org/guatemala/espacios-amigos-de-la-lactancia-materna-ealm>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). Salud y Nutrición. Lactancia Materna. <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
- ImedBa-PlataformaCie. (2014). Historia de la Lactancia. <https://www.plataformacie.com.ar/web/enlaces-de-inter%C3%A9s/art%C3%ADculos-cient%C3%ADficos/153-historia-de-la-lactancia.html>
- Ley N°20.744 de 1796. Ley de Contrato de Trabajo. Información Legislativa. Buenos Aires, Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25552/texact.htm>
- Ley N°26.873 de 2003. Lactancia Materna. Promoción y Concientización Pública. Información Legislativa. Buenos Aires, Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/218212/norma.htm>
- Liga de La Leche Argentina. (2018). Encuesta Nacional de Lactancia y Trabajo. <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=bGlnYWR1bGFsZWNoZS5vcmcuYXJ8d2VifGd4OjMwZDAzM2ZhNjhiZDhlODU>

- Ministerio de Producción y Trabajo. (2019). Marco legal. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/trabajo/buscastrabajo/marcolegal>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2012). Iniciativa Centro de Salud Amigo de la madre y el Niño – Lineamientos para su implementación. Buenos Aires, Argentina. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento143.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2017). Espacios Amigos de la Lactancia – La Lactancia Materna y las Mamás que Trabajan; pp. 4, 8, 11-13.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2019). Curso Básico de Lactancia Materna -Módulo 1 - Importancia de la Lactancia Materna; p. 2.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2019). Curso Básico de Lactancia Materna. Módulo 2 – Aspectos Nutricionales; p. 3.
- Ministerio de Salud de la Nación. Manual para la aplicación de las Guías Alimentarias para la Población Argentina. (2016). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. 1ª edición. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001011cnt-2018-12_manual-aplicacion_guias-alimentarias-poblacion-argentina.pdf
- Organización Internacional del Trabajo. (2017). C183-Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000. https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEX-PUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales. <https://www.who.int/elena/titles/exclusive-breastfeeding/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Semana Mundial de la Lactancia Materna 2019. <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2019/08/01/default-calendar/world-breastfeeding-week-2019>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Temas de Salud. Lactancia Materna 2021. https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). Lactancia materna y alimentación complementaria. <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Semana Mundial de la Lactancia Materna 2020. <https://www.paho.org/es/campanas/semana-mundial-lactancia-materna-2020>
- RAE: Real Academia Española. (2019). Diccionario de la lengua española. (23 edición). <https://dle.rae.es/?id=aBuhX28>
- Wallenborn JT, Perera RA, Wheeler DC, Lu J, Masho SW. (2018). Workplace support and breastfeeding duration: The mediating effect of breastfeeding intention and self-efficacy. Wiley Online Library. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt>

Cuerpo y voz: del bloqueo a la acción creativa

Body and voice: from blockage to creative action

Autores: Esp. Analía V. Silnik, Lic. Ibar F. Matera, Prof. Myriam G. González⁴

Resumen

A partir de la experiencia obtenida en distintos cursos dictados por los integrantes del PROICO N° 04-4218, Proyecto de Investigación “Comunicación, Educación y Promoción en la Voz Profesional”, dirigido por la Lic. Claudia Zampa, se determinan conductas que alteran la voz y se desarrollan tareas preventivas. Para ello, se analizaron e integraron datos obtenidos para crear planes de educación de la voz con el fin de modificar conductas y hábitos vocales perjudiciales, mediante la modalidad de talleres.

Este trabajo está basado en la experiencia obtenida de los grupos cursantes de los talleres *La voz que habita en mí* y *La voz del cuerpo: eliminando los “no puedo”*, quienes se piensan a sí mismos como grupos con riesgo vocal. El abordaje de los bloqueos identificados por los participantes, se realizó a partir del trabajo con la voz y el cuerpo como elementos intrínsecos, inseparables del instrumento expresivo, para lograr potenciarlo.

Durante el desarrollo de los talleres pudieron observarse hábitos nocivos para la salud adoptados como naturales debido al acostumbamiento en respuesta a las exigencias del contexto de cada participante generando una adaptación corporal que les es funcional en lo cotidiano.

Al concluir los talleres fue observable como los asistentes a los mismos, a través de un proceso de introspección, identificaron como nocivos hábitos instalados que les posibilitan responder a las exigencias del entorno en que se desenvuelven, no siendo esto lo aconsejable o saludable para su instrumento expresivo

Palabras clave: Voz - Cuerpo - Bloqueo - Terapia

Abstract

Based on the experience obtained in different courses given by the members of PROICO N° 04-4218, Research Project “Communication, Education and Promotion in the Professional Voice”, directed by Ms. Claudia Zampa, behaviors that alter the voice and preventive tasks are developed. To do this, the data obtained was analyzed and integrated to create voice education plans in order to modify harmful vocal behaviors and habits, through the modality of workshops.

This work is based on the experience obtained from the groups attending the workshops *The voice that lives in me* and *The voice of the body: eliminating the “I can’t”*, who think of themselves as groups with vocal risk. The blockages identified by the participants were addressed through work with the voice and the body as intrinsic elements, inseparable from the expressive instrument, in order to enhance it.

During the development of the workshops, it was possible to observe harmful habits for health adopted as natural due to habituation in response to the demands of the context of each participant, generating a bodily adaptation that is functional for them in everyday life.

At the conclusion of the workshops, it was observable how the attendees, through a process of introspection, identified as harmful installed habits that enable them to respond to the demands of the environment in which they operate, this not being advisable or healthy for their instrument expressive.

Keywords: Voice - Body - Blocking - Therapy

⁴ Especialista en el Uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en Educación y Lic. en Fonoaudiología asilnik@gmail.com Lic. en Producción de Radio y Televisión y Locutor Nacional ibarfmatera@gmail.com Profesora de Enseñanza Diferenciada. myrugonzalez@gmail.com Integrantes del Proyecto de Investigación “Comunicación, educación y promoción de la voz profesional”. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de San Luis.

Introducción

A partir de la experiencia obtenida en distintos cursos dictados por los integrantes del PROICO N° 04-4218, Proyecto de Investigación “Comunicación, Educación y Promoción en la Voz Profesional”, dirigido por la Lic. Claudia Zampa, se determinan conductas que alteran la voz y se desarrollan tareas preventivas. Para ello, se analizaron e integraron datos obtenidos para crear planes de educación de la voz con el fin de modificar conductas y hábitos vocales perjudiciales, mediante la modalidad de talleres.

Se optó por la modalidad taller, porque es una metodología de trabajo en la que se integran la teoría y la práctica; se caracteriza por la investigación, el aprendizaje por descubrimiento y el trabajo en equipo (Cano, 2012). Esta forma de trabajo, es una estrategia pedagógica que enfoca sus acciones hacia el saber hacer, es decir, hacia la práctica de una actividad. Es la modalidad más indicada para implementar los planes de educación vocal en grupos que se presuponen de riesgo vocal.

Este trabajo está basado en la experiencia obtenida de los grupos cursantes de los talleres *La voz que habita en mí* y *La voz del cuerpo: eliminando los “no puedo”*, quienes se piensan a sí mismos como grupos con riesgo vocal. El abordaje de los bloqueos identificados por los participantes, se realizó a partir del trabajo con la voz y el cuerpo como elementos intrínsecos, inseparables del instrumento expresivo, para lograr potenciarlo.

Objetivos

- Identificar los bloqueos o limitaciones más frecuentes.
- Incentivar, a partir de la introspección, la auto-corrección en la labor profesional.
- Reafirmar el beneficio del uso de herramientas para mejorar el instrumento expresivo-profesional.

Justificación de la propuesta

Entre la voz y el movimiento se establece un diálogo constante del cuerpo físico con el cuerpo sonoro. Según Crouseilles (2013), la voz está en un cuerpo que se mueve, el cuerpo es movimiento, luego la voz es movi-

miento. El cuerpo es voz, la voz surge desde el cuerpo, y el estado del cuerpo repercute e influye en un cien por ciento en el estado y en la emisión de la voz.

El movimiento, alimenta al trabajo sonoro, generando un espacio físico con el cuerpo y generando también vibración. A la vez, el cuerpo sonoro, o la voz, alimenta y dialoga también con el cuerpo físico. Se pone a disposición el cuerpo para el sonido; pero también se lo libera. Desde ahí, a nivel de riqueza emocional, no es lo mismo usar la voz sin movimiento que con él, generando una comunicación y un diálogo entre el cuerpo vocal y el cuerpo físico.

Como ya es conocido y evidente en mucha bibliografía, la relación entre un mal uso o abuso de nuestra voz y el origen de la gran mayoría de las patologías vocales surge de la personalidad, formas de expresarse de acuerdo al tono, a la intensidad habitual, escape de aire, falta de proyección en la voz, etcétera.

Todo ser humano nace con la capacidad (de no mediar un problema fisiológico) de utilizar correctamente el aparato fonador. Los bebés y niños pequeños lo utilizan correctamente, haciendo fuerza en la zona abdominal para llorar, gritar o hablar. Estas capacidades innatas o hereditarias se van perdiendo gradualmente por falta de estímulo o de contención por parte de nuestro entorno cercano, pero pueden redescubrirse y recuperarse con el entrenamiento adecuado.

El dictado del taller basado en musicoterapia y foniatría (con un perfil terapéutico), tiene el objetivo de *lograr mejorar la calidad de vida que se refleja en la conducta corporal y vocal, y disminuir, evitar o eliminar aquellas conductas de riesgo que afectan a la población participante.*

Musicoterapia y foniatría

Para García-Allen (2016), la musicoterapia es una terapia que utiliza la música para mejorar el estado de salud y bienestar del paciente. Estimular la mente es esencial ya que es el centro operativo donde se procesan, se comprenden y se juntan todas las sensaciones y emociones que los seres humanos percibimos y expresamos. En este proceso, se emplea música de diversas maneras para crear

cambios físicos, cognitivos y emocionales en una persona. Puede incluir una gran cantidad de actividades, como son: cantar, bailar, escuchar piezas musicales concretas que estimulen a la persona, entre otras.

Según Del Campo (2004), la musicoterapia es la aplicación científica del sonido, la música y el movimiento a través del entrenamiento de la escucha y la ejecución sonora, integrando así lo cognitivo, lo afectivo y lo motriz, desarrollando la conciencia y potenciando el proceso creativo. Facilita la comunicación, promueve la expresión individual y favorece la integración social.

Lo que se propone desde este taller es que *los/las participantes puedan vivenciar un espacio para escuchar/se, identificar los propios bloqueos, y encontrar movimiento y transformación hacia lo posible, a través de la respiración, la voz, y el encuentro con otras voces.*

Frente a los bloqueos o detenimientos, según Gauna (s.f.), lo que actúa en la persona es el cuerpo en toda su gama expresiva. La base sobre la cual se erige lo que la persona siente, es la vivencia de su tono muscular.

Dicha vivencia del tono muscular en el cuerpo, sumado a los registros perceptivos crean la indudable necesidad de respuesta expresiva ante todo aquello que no es habitual y produce bloqueos.

Estos bloqueos, son la base y fundamento de “los modos” que ese ser humano posee para la salud. Son los momentos para transformar lo observado y sentido, en algo pensante para el individuo. Entonces, la acción expresiva que surja inmediatamente después de estos bloqueos será una síntesis fidedigna de las formas básicas de expresión y comunicación.

En esta ida y vuelta de las expresiones sonoras y de los silencios, se va aprendiendo a “escucharse a sí mismo”. Es como un ejercicio natural, en donde espontáneamente se va comenzando a reconocer modos de expresarse y comunicarse.

La expresividad -que en el ser humano es espontánea en principio en todas sus edades- está constituida por innumerables cualidades y sutilezas gestuales y sonoras. El

surgimiento de timbres y texturas sonoras, de ritmos e intensidades, de giros melódicos, distinguen las particularidades expresivas. En base a ellas, los otros reconocen al individuo como tal y son el fundamento de la convivencia social.

Se pretende entonces, *estimular la capacidad de expresión y habilidades comunicativas; explorar diferentes formas de comunicación con un otro, con el habla y con otros lenguajes provenientes del propio cuerpo.*

Teatro-terapia y foniatría

Este taller está atravesado por la teatro-terapia generando, según Poggi (2020), un espacio donde se aplica la expresión dramática, el juego teatral, el movimiento del cuerpo, la expresión de lo simbólico y la puesta en escena de lo vivido como herramientas terapéuticas.

Lo que tiene como objetivo principal la teatro-terapia, para Cuyás (s.f.), es el hecho de que quienes participan de él, tomen conciencia de aquellos aspectos de su personalidad que no tiene integrados y que por ende limitan. También se verán las corazas que existen en el cuerpo y que hablan por sí solas, así como aquellas emociones no expresadas, los gestos, los sentidos y la propia acción en una situación en concreta.⁵

Se puede ver al teatro terapéutico, como un proceso único en el cual la persona se puede expresar de forma creativa, empujar los límites e ir más allá conociendo así, de forma más cercana, su propia personalidad.

En este taller la propuesta gira alrededor del cuerpo de cada participante, como actor individual. A partir del momento presente donde ese instrumento se encuentra de una manera en particular, se plantean actividades de introspección para el reconocimiento de cómo se encuentra el mismo. Desde este reconocimiento, como punto de partida, se puede teorizar y trabajar sobre los bloqueos, siendo estos, generalmente asociados a tensiones físicas, estrés, inseguridades, sensación de vergüenza o rechazo a la idea de exposición. Aquí, además, suele aparecer el miedo a equivocarse, el rechazo y bloqueo ante la posibilidad de cometer un error.

⁵ Los beneficios del teatro terapéutico (s.f.). En F. Cuyás, *Formación en teatro terapéutico*. Escola Gestalt de Catalunya.

Partiendo del teatro y la foniatría para generar espacios de prueba y error para el abordaje integral sobre el instrumento expresivo, el transitar del taller aspira a “ablandar” la noción social de error o ridículo, siendo esto un avance importante sobre los bloqueos emocionales. Parafraseando a Nachmanovitch (2013), el error resulta también un factor creativo y generador de material, cuando se lo logra considerar como un elemento de trabajo más. Los límites que identificamos pueden ser parte del motor creativo.

Partiendo desde los bloqueos identificados, por un lado, podrá realizarse una suerte de división o clasificación de estos. Por otro lado, se podrían observar aquellos generados por una mala técnica (un mal uso o abuso del instrumento vocal y corporal) de aquellos generados a partir de creencias o sensaciones de inseguridad. Las prácticas a realizar buscarán darles a los talleristas herramientas para encontrar lugares de seguridad que puedan extrapolar a su práctica profesional. También se le dará lugar a ejercitaciones que busquen corregir aquellos aspectos técnicos que estén generando una dificultad en los sujetos.

El objetivo principal es el hecho de que quienes participan de él, *tomen conciencia de aquellos aspectos de su personalidad que no tiene integrados y que por ende limitan*. También se verán las corazas que existen en el cuerpo y que hablan por sí solas, así como aquellas emociones no expresadas, los gestos, los sentidos y la propia acción en una situación en concreto.

En el teatro terapéutico, se hace uso de la visión de la Terapia Gestalt con el fin de aplicar distintas técnicas en lo que se refiere a la propia expresión corporal, los ejercicios con la voz y los sonidos, los juegos generales de comunicación e interacción, la improvisación, el reconocimiento de los bloqueos, generar la apertura y la transformación y sobre todo la escucha de uno mismo y del que está del otro lado.

La imaginación como vehículo de creación y de reconocimiento de bloqueos, atraviesa este taller. El ejercicio de introspección y conciencia sobre el cuerpo, la voz y la atención se tornan indispensables para que los talleristas puedan habitar su cuerpo, su instrumento expresivo.

Voz e instrumento expresivo: consideraciones generales y abordaje sobre los bloqueos

Se puede considerar al instrumento expresivo como el cuerpo y la voz siendo éstos, vehículos expresivos relacionados con el mundo interno de los sujetos y estructuras anátomo-funcionales que posibilitan su producción. Dichas estructuras, posibilitan una modificación de la voz, adaptándose a las necesidades de la persona, en combinación con los sistemas que interactúan sobre su producción y acción.

La producción vocal se presenta condicionada por niveles que mediarán y la modificarán, interactuando sobre sus cualidades particulares: intensidad, tono y timbre. La voz es, definiéndola de forma simple, el sonido producido por la vibración de los pliegues vocales que contactan entre sí por el pasaje del aire espirado. El cuerpo es, entonces, el instrumento que posibilita estructuras que, al ponerse en movimiento (vibración), generan sonido (o lo modifican).

Es aquí donde podría realizarse la pregunta, a partir de la comparación, de sí – al igual que un instrumento musical – el instrumento expresivo corporal y vocal, puede “desafinarse”. Puede verse afectado (“desafinado”) por lo que llamaremos bloqueos. Estos, pueden pensarse como aspectos que afectan la producción vocal, la percepción del cuerpo y la vehiculización de las emociones.

El estrés, el cansancio, las demandas del entorno y creencias previas (los “no puedo”) se manifiestan a través de tensiones, disminución de la atención, pérdida de la percepción sobre el propio instrumento y, en algunos casos, dolores.

El aumento de la tensión muscular a nivel de la zona del cuello perjudicaría, entre otros aspectos, la emisión vocal, favoreciendo el estado de fatiga vocal. La relación cabeza-columna influye sobre el equilibrio, pudiendo estar o no modificado, según su estado y correlación. McCallion (1998), destaca lo antes mencionado y señala que es una de las características de los seres vertebrados, aunque en los seres humanos es necesario la concientización de ésta, con la posibilidad de

trabajar sobre ella para recuperar su función y lograr una postura saludable.

El autor señala:

si la acción de los ojos y de la cara llevan la cabeza demasiado hacia delante respecto a la columna, perderemos el equilibrio y tenemos que corregir esta pérdida haciendo que la cabeza se sitúe en la posición que realmente le corresponde, bien poniendo rígidas diferentes partes del cuerpo bien empujando una parte de nosotros mismos hacia atrás para compensar la parte que se encuentra demasiado hacia delante. (...) Si nos quedamos anclados en una de esas posturas compensatorias y la convertimos en algo habitual, empezaremos a tener problemas fundamentales y perdemos flexibilidad.” (McCallion, 1998, pp. 47-48).

Agrega, sobre la postura y la dirección de la cabeza, y su repercusión en la emisión vocal y del tonismo de la musculatura involucrada, se considera que el cuello, como eje, debe de estar libre, posibilitando que la cabeza mire hacia delante y direccionada hacia arriba mientras que la espalda se alarga y ensancha sin que esto implique una sobretensión muscular o una elevación secundaria de los hombros.

Parafraseando a McCallion (1998), destaca, como un factor adicional, que cuando se hace uso profesional de la voz, como por ejemplo en la docencia, se presentan exigencias a superar por parte del hablante, que afectado por bloqueos (cualesquiera sean estos) puede presentarse un sobreesfuerzo en la emisión o respuesta a las demandas del entorno profesional (McCallion, 1998, pp. 112-113). Se pueden mencionar necesidades de variación

de velocidad, de proyección vocal e incluso elevación del sonido por sobre el ruido ambiental, necesidad de una articulación exagerada que conlleva a una tensión elevada sobre los órganos del habla, aumentando la sensación de disconfort y modificando la presión articulatoria.

Esto cobra especial importancia en la actualidad, dado que ante la presencia de elementos de seguridad contemplados en los protocolos establecidos por COVID 19, como lo son el cubrebocas y la máscara, siendo un obstáculo más que puede favorecer la afectación que provocan los bloqueos antes mencionados.

Los bloqueos pueden presentar diferentes puertas para su abordaje, ya sea trabajando sobre la tensión muscular general y específica, liberando el cuello y el movimiento cefálico, accionando sobre la postura y su modificación, desarmando los patrones de emisión, articulación o, incluso, de uso previamente establecidos, como así también sobre las creencias limitantes (los “no puedo”) que coartan la producción sonora libre, fluida y creativa.

Material y método

La población inicial estuvo constituida por 60 personas. Para la conformación de la muestra se consideró a aquellos asistentes que respondieron dos encuestas, una al inicio y una al final de los talleres; once (11) personas cumplieron con estas condiciones.

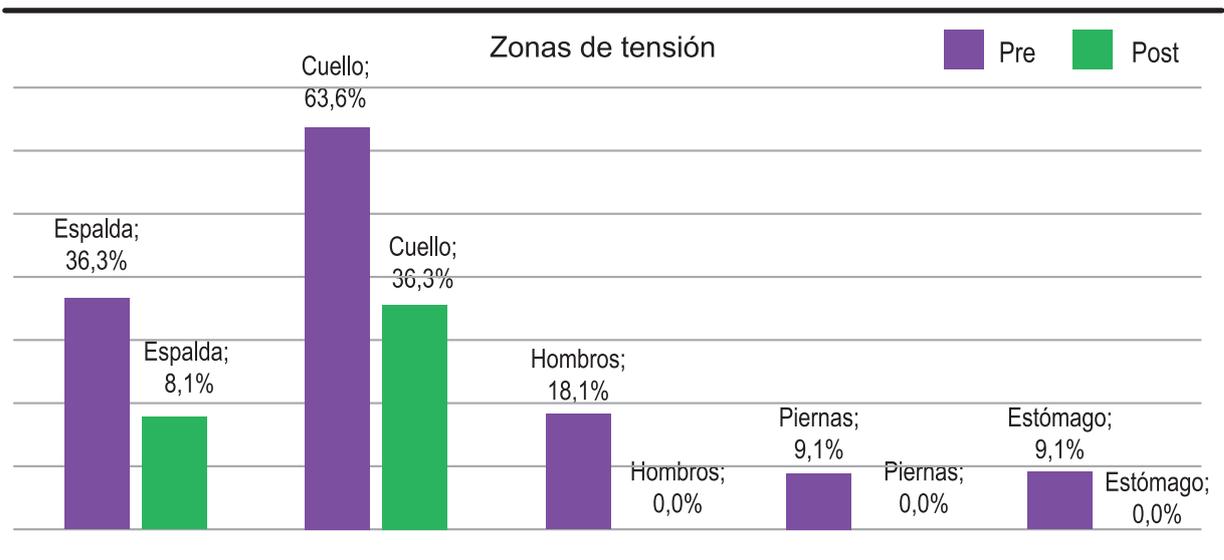
Con las encuestas al inicio y al final de los talleres se buscó comparar los bloqueos existentes previos a los talleres con aquellos posteriores a los mismos.

Cabe aclarar que una misma persona puede manifestar más de una característica dentro de la misma categoría evaluada.

Resultados

Tensión	Pre-Talleres	Post-Talleres
Espalda	36,3%	18,1%
Cuello	63,6%	36,3%
Hombros	18,1%	0%
Piernas	9,1%	0%
Estómago	9,1%	0%

Tabla 1: Tensiones



Gráfica I: Zonas de Tensiones

Sensaciones	Pre-Talleres	Post-Talleres
Dolor	36,3%	9,1%
Cansancio	63,6%	36,3%
Temblor	18,1%	0%
Tensión	9,1%	9,1%

Tabla 2: Sensaciones provocadas por las tensiones

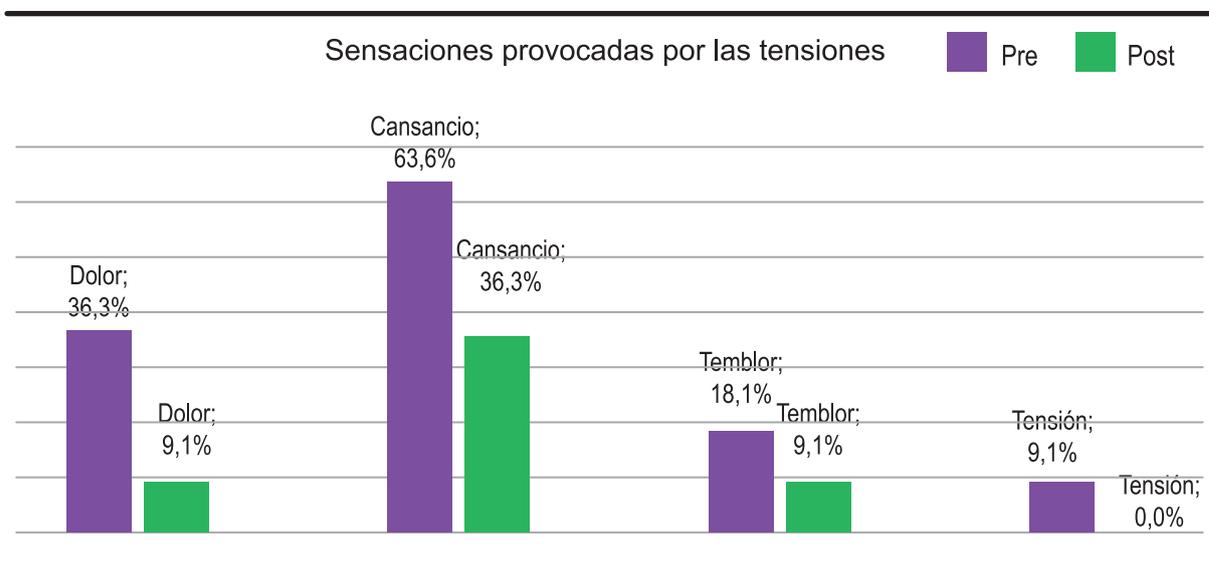


Gráfico II: Sensaciones provocadas por las tensiones

Postura	Pre-Talleres	Post-Talleres
Erguida	36,3%	72,7%
Hombros en elevación	63,6%	27,2%
Encorvada	18,1%	18,1%
Adelantamiento cefálico	9,1%	9,1%

Tabla 3: Postura

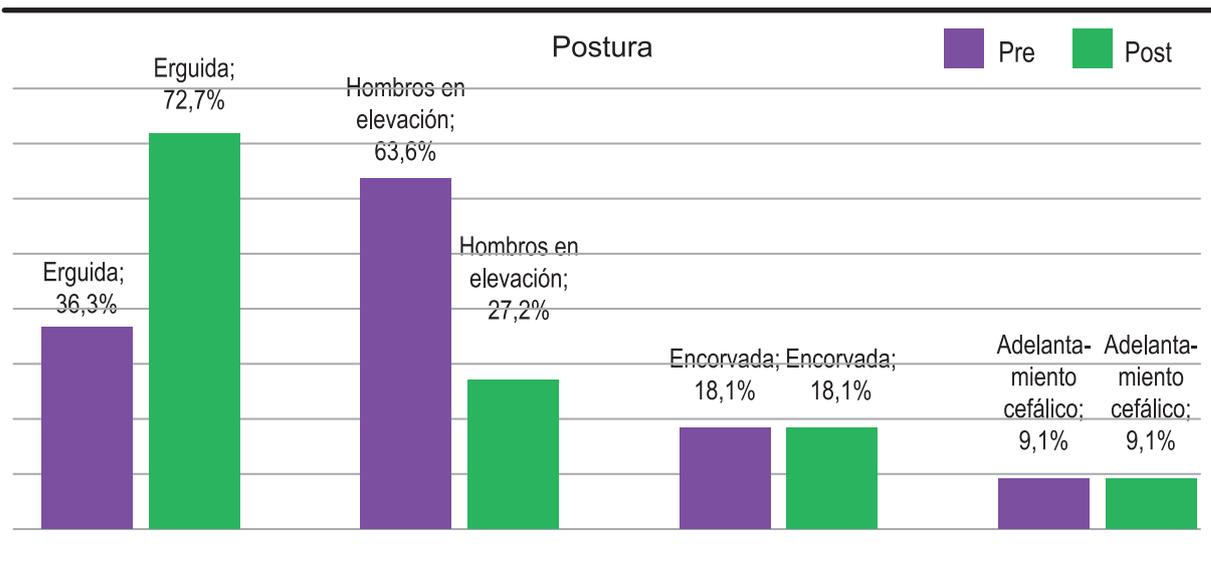


Gráfico III: Postura

Respiración	Pre-Talleres	Post-Talleres
Tranquila/Normal	36,3%	45,4%
Acelerada	27,2%	18,2%
Corta	9,1%	9,1%
Contenida	9,1%	0%
Descontrolada	18,2%	9,1%

Tabla 4: Respiración

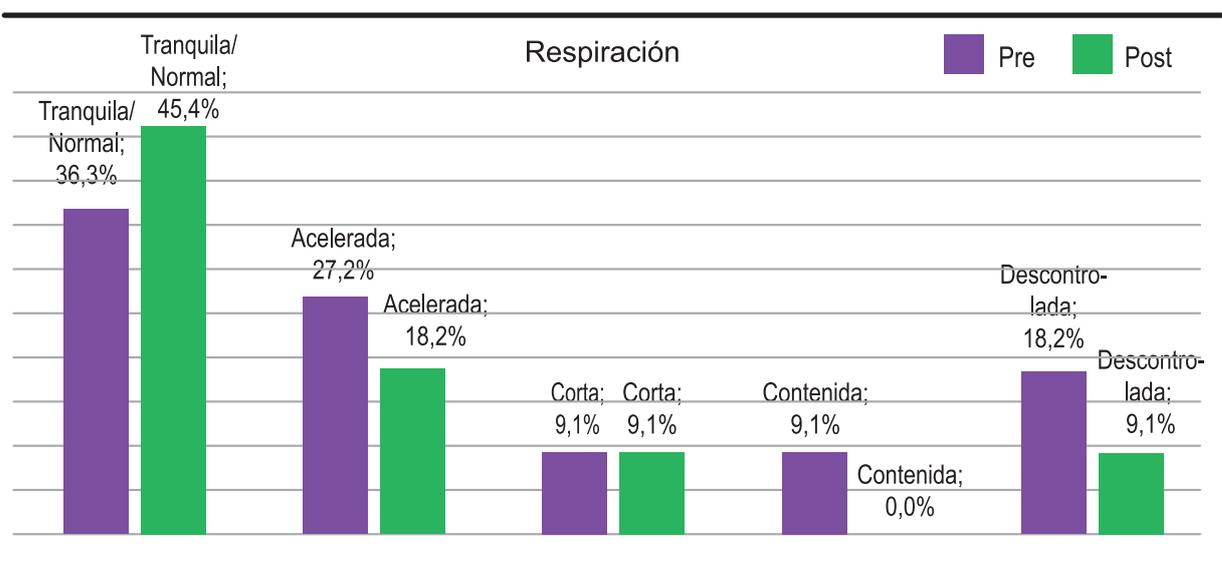


Gráfico IV: Respiración

Discusión

Sintetizando, las tensiones son grandes generadoras de cambios posturales. Como se observa en el Gráfico I, correspondiente a la Tabla 1, el cuello y la espalda son las zonas predominantes de tensión. Las mismas están en directa relación con la fonación provocando una emisión vocal alterada. Al comenzar con los talleres el 36,3% de los asistentes manifestó sentir la zona de la espalda tensa; el 63,6% en el cuello; el 18,1% en los hombros, el 9,1% en las piernas y el 91% en el estómago. Al finalizar los talleres y analizar las respuestas de la segunda encuesta, se observa mejoría generalizada en los asistentes, manifestando el 18,1% sentir aún tensión en la espalda, el 36,3% en el cuello y ninguno de los asistentes manifestó tensión en hombros, piernas ni estómago.

En el Gráfico II, correspondiente a la Tabla 2, de sensaciones corporales referidas por los asistentes, se observa que las de mayor frecuencia son el cansancio, (tanto físico como mental) en el 63,6%, y el dolor en el 36,3% de los asistentes. Además, el 18,1% manifestó sensación de temblores y el 9,1% de tensión (vale aclarar que la variable “tensión” que refiere a una “tensión extrema” manifestada por los asistentes, entendiéndose por ella la percepción de malestar generalizado perdurable en el tiempo que conlleva a bloqueos). Al igual que ocurrió en lo referente a las zonas de tensión, luego de finalizados los talleres, de acuerdo a las encuestas, se notó mejoría en los asistentes manifestando cansancio sólo el 36,3%; dolor el 9,1%; temblor el 9,1% y ninguno de los asistentes manifestó la sensación de tensión percibida al comienzo.

En el Gráfico III, correspondiente a la Tabla 3, la variable de mayor frecuencia es “hombros en elevación”, el 63,6% de los asistentes. Esto se condice con lo observado y analizado en la Tabla 1, acerca de las tensiones en cuello y espalda; en cuanto al 36,3% percibe la postura “erguida” (los asistentes aclararon no referirse a que se adecuada sino rígida y tensa); el 18,1% encorvada y el 9,1% con adelantamiento cefálico. Al finalizar los talleres, se notó gran diferencia en la variable “hombros en elevación” que disminuyó al 27,2% y en la postura erguida, el 36,3%; en cuanto

a la postura encorvada y el adelantamiento cefálico no se percibieron variaciones, pero responden a condiciones físico-esqueléticas ya establecidas que requieren de asistencia de profesionales específicos.

En el Gráfico 4, correspondiente a la Tabla 4, la variable que se observa con mayor frecuencia fue “Tranquila/Normal” en el 36,3% de los asistentes; el 27,2% percibe la respiración acelerada; el 9,1% corta; el 9,1% contenida y el 18,2% descontrolada. Los asistentes, reconocieron haber respondido “tranquila/normal” por ser lo habitual en ellos, pero al finalizar los talleres lograron el registro que esa percepción no corresponde a una respiración adecuada, obteniéndose el 45,4% como tranquila/normal (adecuada); el 18,2% acelerada; el 9,1% corta (persona con asma); el 9,1% descontrolada y ningún asistente percibió la respiración como contenida. Nuevamente se observa la mejora manifestada por los asistentes, al finalizar los talleres.

Conclusiones

Durante el desarrollo de los talleres pudieron observarse hábitos nocivos para la salud adoptados como naturales debido al acostumbramiento en respuesta a las exigencias del contexto de cada participante generando una adaptación corporal que les es funcional en lo cotidiano.

En base a las encuestas realizadas al finalizar los talleres, en relación a los realizados al comenzarlos, los participantes revelaron cambios físicos y mentales/psicológicos que se evidenciaban mayormente, en la postura y en la respiración.

Manifestaciones como “libertad”, “felicidad”, “relajación”, “emoción”, “despreocupación”, “energía”, “distensión” e “introspección” fueron las más comunes entre las respuestas, que conlleva mejoras en su relación con el otro y en la aceptación personal (todo lo comentado aquí fue expresado, de forma oral por los asistentes, en la actividad final de los talleres).

Al concluir los talleres fue observable como los asistentes a los mismos, a través de un proceso de introspección, identificaron como nocivos hábitos instalados que les posibilitan responder a las exigencias del entorno en que

se desenvuelven, no siendo esto lo aconsejable o saludable para su instrumento expresivo.

En base a esto y a los objetivos planteados se concluye que:

- A través de las herramientas brindadas, se facilitó la identificación de los bloqueos y limitaciones de los participantes, haciendo que la supresión de los mismos fuera más fácil de lograr y/o manejar.
- La introspección, muchas veces difícil de realizar por vergüenza o por ofrecer resistencia a verse a sí mismo, fue lograda am-

pliamente y a su vez se consiguió la aceptación de lo propio.

- Todo lo realizado sirvió para lograr el objetivo principal que fue el de brindar herramientas en beneficio del aspecto expresivo-profesional.

A modo de sugerencia de este trabajo, se pretende realizar los talleres aplicándolos a poblaciones con características comunes con las que este grupo trabaja, como ser, docentes, comunicadores, cantantes, actores, entre otros.

Referencias bibliográficas

- Cano, A. (2012). La metodología de taller en los procesos de educación popular. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 2(2), 22 - 51. <https://www.relmecs.fahce.unlp.edu.ar/article/view/RELMECSv02n02a03/pdf>
- Crouseilles, A. (2013). Voz y movimiento: hablamos con Ana Crouseilles. *Cantoterapia*. Recuperado 15 de marzo en <https://cantoterapia.wordpress.com/2013/03/15/voz-y-movimiento-hablamus-con-ana-crouseilles/>
- Cuyás, F. (s.f.). Los beneficios del teatro terapéutico. *Escola Gestalt de Catalunya, Espailúdic*. <https://espailudic.com/los-beneficios-del-teatro-terapeutico/>.
- Del Campo, P. (de 2004). *La música como herramienta terapéutica en Pediatría*. XVI Jornadas de Pediatría de Álava. Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria. Vitoria, España. Recuperado 26 de noviembre en <http://www.avpap.org/documentos/jornadas2004/delcampo.pdf>
- García-Allen, J. (2016). *La música tiene mucho que aportar a nuestra calidad de vida*. Psicología y mente. <https://psicologiaymente.com/vida/musicoterapia>
- Gauna, G. (s.f.). *Las cualidades sonoras en la expresividad infantil*. Musicoterapia en la infancia y la niñez. Recuperado el 28 de abril de 2020 de <https://www.musicoterapiaenlainfancia.com/las-cualidades-sonoras-en-la-expresividad-infantil/>.
- McCallion, M. (1998). El uso del cuerpo. *El libro de la voz*. Editorial Urano.
- Nachmanovitch, S. (2013). *Free Play: La improvisación en la vida y en el arte*. (2ª ed. 9ª reimp.). Editorial Paidós.
- Poggi, C. (17 de enero de 2020). Teatro Terapia: El teatro como herramienta terapéutica. Charo Poggi. *Acompañamiento Terapéutico*. <https://charopoggi.com/2020/01/17/teatro-terapia-el-teatro-como-herramienta-terapeutica/#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20la%20Teatro%20Terapia,distintos%20fragmentos%20de%20textos%20teatrales.>

La salud auditiva durante la educación virtual en tiempos de pandemia

Hearing health during virtual education in pandemic

Autoras: Esp. Cecilia Calzetti, Esp. Belén Gómez, Lic. Gabriela Olgún Yurchag, Lic. Victoria Simone, Esp. María Claudia Núñez Campero, Lic. Carla Chiappero⁶

Resumen

Las actividades educacionales que se llevaron a cabo de manera virtual durante la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 durante 2020 y 2021, condujeron a una mayor exposición sonora de la habitual, a través del uso de dispositivos electrónicos por largos periodos de tiempo.

El objetivo del presente trabajo fue conocer acerca de los hábitos auditivos en adolescentes y jóvenes adultos que participaron durante los años 2020 y 2021 de clases virtuales, en la ciudad de San Luis, Argentina, a fin de visualizar si existen aspectos que sean propios del momento actual asociados al ámbito educacional, que podrían constituir una nueva fuente de riesgo auditivo para los jóvenes estudiantes.

Muestra: 60 sujetos con edades comprendidas entre 18 y 28 años. El 86,7% de los sujetos que participaron fueron mujeres, el 11,7% hombres, y el 1,7% género no binario. Con respecto al nivel de estudios, el 96,7% son estudiantes universitarios, y el 3,3% estudiantes terciarios.

Resultados: el mayor porcentaje de estudiantes participaron de clases virtuales 4 a 5 días a la semana, durante 3 a 4 horas diarias. Una gran mayoría utilizaron dispositivos intraurales e intracanales, y reconocieron la aparición de uno o más síntomas auditivos y/o extrauditivos luego de haber finalizado con sus actividades académicas diarias con esta modalidad.

Se pudo comprobar que la educación virtual involucró un aumento diario en el uso de dispositivos electrónicos lo que implicó una nueva fuente de exposición sonora, convirtiéndose en una potencial fuente de daño auditivo.

Palabras clave: Audición - Hábitos auditivos - Estudiantes - Educación virtual

Abstract

The educational activities that were carried out virtually during the pandemic caused by the SARS-CoV-2 virus during 2020 and 2021 led to an increase in noise exposure because of the use of electronic devices for long periods of time.

The objective of this paper was to learn about hearing habits in adolescents and young adults who participated in virtual classes during the years 2020 and 2021, in the city of San Luis, Argentina. The aim was to detect if there were specific aspects associated with the educational field, which could constitute a new source of hearing risk for young students.

Sample: 60 subjects aged between 18 and 28 years old. 86.7% of the subjects who participated were women, 11.7% men and 1.7% non-binary gender. Regarding the level of studies, 96.7% were university students and 3.3% tertiary students.

Results: the highest percentage of students participated in virtual classes 4 to 5 days a week, during 3 or 4 hours a day. Most of them used in-ear and intracanal devices and recognized the appearance of one or more auditory and / or extra auditory symptoms after having finished their daily academic activities with this modality.

It was found out that virtual education involved a daily increase in the use of electronic devices, which implied a new source of sound exposure, thus becoming a potential source of hearing damage.

Keywords: Hearing - Listening habits - Students - Virtual education

⁶ Investigadoras integrantes del PROIPRO 10-0120 "ESTUDIO DE LA FUNCIÓN AUDITIVA Y SUS ALTERACIONES: ASPECTOS FUNCIONALES Y PSICOPERCEPTUALES". Docentes y Extensionistas de la Facultad de Ciencias de la Salud, UNSL; Mails: ceciliafcalzetti@gmail.com elisabeleng@gmail.com gabilouolguin@gmail.com victoriasimonefono14@gmail.com claudiancampero@gmail.com carlachiappero16@gmail.com

Introducción

Cada individuo tiene una trayectoria auditiva única que está determinada e influida por múltiples factores a lo largo del curso de vida. Las consecuencias de los cambios ontogenéticos de los primeros 20 años del ser humano, en las estructuras físicas, neurológicas y psicológicas que suponen modificaciones en el comportamiento, en las emociones y en las formas de interacción social, implican la incorporación de nuevos repertorios de respuesta, que guían hacia una conducta más organizada, más compleja, más estable, más competente y eficiente. Esta evolución se lleva a cabo a través de etapas sucesivas, cuya aparición significa un perfeccionamiento funcional de la etapa anterior.

La capacidad auditiva es el resultado de la interacción entre influencias negativas y positivas; en este sentido un factor como el ruido puede provocar efectos positivos y negativos sobre el bienestar de las personas, ya que el mismo puede funcionar en forma dual, produciendo desde placer hasta molestia, o incluso daño en las personas (Elizondo Garza, 2019).

La exposición a altos niveles sonoros puede provocar alteraciones auditivas en cualquier etapa de la vida, como así también impactar en múltiples dimensiones de la salud del individuo, es decir, puede tener consecuencias funcionales, psicológicas, emocionales y sociales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) “una de las principales consecuencias de la pérdida de audición es la limitación de la capacidad de la persona para comunicarse con los demás”, esto tendrá efectos importantes en su vida cotidiana, generando sensación de soledad, aislamiento y frustración.

En los últimos años, los organismos internacionales, advierten que la disminución auditiva causada por la exposición a sonidos intensos es una de las enfermedades de mayor incidencia de nuestro siglo, y la población joven se ve cada vez más afectada por ella. Esto es consecuencia directa de que la sociedad moderna está inmersa en el uso de la tecnología, fomentando el empleo de maquinarias y dispositivos generadores de rui-

do, a cuya influencia niños y jóvenes están expuestos desde muy temprana edad.

La OMS (2021) informa que más de 1.000 millones de jóvenes corren riesgo de sufrir una pérdida auditiva evitable. Ya en 2019 este organismo internacional afirmaba que casi el 40% de los adolescentes y adultos jóvenes de entre 12 y 35 años, en países de ingresos medios y altos, están expuestos a niveles de sonido potencialmente dañinos en entornos recreativos.

En el contexto nacional, la Asociación Argentina de Otorrinolaringología y Fonoaudiología Pediátrica (AAOFP) afirmó que “los adolescentes de entre 10 y 24 años representan más del 25% de la población total de Argentina, y el 30% tendrá trastornos auditivos por exposición al ruido no laboral” (Espacio Logopédico, 2013).

Las actividades laborales, educacionales y de recreación que se llevaron a cabo inevitablemente de manera virtual durante la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 durante los años 2020 y 2021, generaron una nueva situación de alarma respecto a la salud auditiva, ya que condujeron a una mayor exposición sonora de la habitual, a través del uso de dispositivos electrónicos por largos periodos de tiempo.

Desde el inicio de la pandemia el sistema educativo se vio obligado a atravesar complejos cambios. Con el fin de sostener la enseñanza de los estudiantes se implementó la educación virtual a través del uso de diferentes herramientas digitales que permitieron la interacción online sincrónica y asincrónica, posibilitando la continuidad del proceso de enseñanza aprendizaje (Valero-Cedeño et al., 2020).

Según datos de la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) durante el año 2020 en más de 190 países se produjo un cierre masivo de cualquier actividad presencial en instituciones educativas con el fin de evitar la propagación del virus, por lo que más de 1.500 millones de alumnos se vieron afectados (Valero-Cedeño et al., 2020).

Actualmente, el número de estudiantes afectados ha descendido debido a que las actividades educativas han retomado la presencialidad en las instituciones de educación

preescolar, primaria y secundaria. En el caso de las instituciones de educación superior, en Argentina, el estado actual es un sistema híbrido, en el cual se realizan actividades académicas presenciales, y en algunos casos se mantiene el dictado de clases a través de plataformas virtuales y de videoconferencia.

La implementación de la educación virtual impactó en la vida de la comunidad educativa y fue necesario adaptarse a esta nueva modalidad rápidamente. Parte de esta adaptación involucró un aumento en el uso de dispositivos electrónicos, con la finalidad de participar de los encuentros virtuales y acceder al material digital. La utilización de estos dispositivos si bien permitió la continuidad en el dictado de las clases, también implicó una nueva fuente de exposición sonora, convirtiéndose de este modo en una potencial fuente de daño auditivo.

En los últimos años está ampliamente documentado que los jóvenes hacen uso excesivo e inadecuado de auriculares para actividades recreacionales, desconociendo, o haciendo caso omiso, de los efectos que esto podría provocar; a esto se le sumó indefectiblemente que fueron los dispositivos más elegidos para escuchar el material sonoro y/o audiovisual de las clases, lo que aumentó aún más el riesgo. El uso continuo de los mismos, con una intensidad del volumen que sobrepase las recomendaciones internacionales⁷ puede repercutir negativamente en la audición, a corto y mediano plazo, aumentando el riesgo de presentar trauma acústico y acúfenos (Jaimés Socha et al., 2019; Mogrovejo Freire y Lara Jacome, 2019; Valles Ortiz et al., 2019).

Además, el tipo de auricular utilizado es de gran importancia ya que sus diferentes características pueden provocar un impacto variable sobre la audición, dependiendo de cuánto aislen los sonidos externos y de su cercanía con las estructuras del oído. Según Dobrucki et al., (2013) los auriculares más perjudiciales para la audición son los tipo “in-ear” que se ubican internamente en el oído, especialmente en las frecuencias altas para las cuales nuestro sistema auditivo es más sensible. El uso de este tipo de auriculares provoca que

el largo del canal auditivo se reduzca, por lo que la protección natural del mismo se torna menos efectiva y la presión sonora en el conducto aumenta 6 dB.

Sin embargo, es importante mencionar que no todos los adolescentes con sobreexposición sonora desarrollarán deterioro auditivo, ya que hay personas más vulnerables que otras ante dicha exposición. Las hipoacusias inducidas por ruido se sustentan sobre la base de tres factores: (a) el nivel de presión sonora; (b) el tiempo de exposición; (c) las características personales de cada individuo.

Alice E. González (2019) sostiene que no todas las personas son igualmente sensibles al ruido, sin embargo, tolerar altos niveles de presión acústica sin sentir molestia no debería interpretarse erróneamente como que la situación no va a generar efectos negativos sobre la salud. La autora expresa que la molestia es uno de esos efectos adversos, aunque a veces es considerada como un síntoma de intolerancia. En este sentido, existen fuertes conexiones entre la exposición al ruido y el comportamiento agresivo (González, 2012, en González, 2019), ya que ante elevados niveles de presión sonora se pueden activar distintas reacciones en el organismo humano, siendo algunas de ellas respuestas involuntarias dependientes del sistema nervioso autónomo, como la liberación de adrenalina y noradrenalina asociadas al miedo y al enojo respectivamente. Además, la exposición a ruido podría generar alteraciones como insomnio, ansiedad o depresión.

Son muchos los autores que afirman que, ante la posible amenaza de un factor agresivo del entorno, como el ruido, el organismo se defiende con una reacción inespecífica como lo es el estrés, que puede incrementarse si la exposición se prolonga en el tiempo. Es de fundamental importancia mencionar aquí que el hipocampo es una de las regiones del cerebro más sensibles al estrés (Orozco Medina et al, 2010, citado por Orozco Medina, 2019), y que este cumple una función muy importante en los procesos cognitivos y de aprendizaje, resultando así el ruido un factor que interfiere negativamente en todos los niveles educativos.

⁷ La OMS (2015) aconseja ajustar el volumen a un nivel que no supere el 60% del volumen máximo.

El objetivo del presente trabajo de investigación fue conocer acerca de los hábitos auditivos en adolescentes y jóvenes adultos que participaron durante los años 2020 y 2021 de clases y/o encuentros virtuales, en la ciudad de San Luis, Argentina, a fin de visualizar si existen aspectos que sean propios del momento actual asociados al ámbito educacional, que podría constituir una nueva fuente de riesgo auditivo para los jóvenes estudiantes.

Metodología y resultados

A fin de dar cumplimiento con los objetivos planteados se realizó un breve cuestionario AD-Hoc semiestructurado diseñado por el grupo de investigadoras, que fue elaborado mediante la aplicación Google.doc, y difundido por e-mails, y redes sociales de uso frecuente. En un primer momento se indagó acerca de aspectos sociodemográficos básicos a fin de caracterizar la muestra (tales como edad, sexo, nivel de estudios alcanzado, antecedentes familiares de problemas de audición), luego, si los estudiantes afirmaban haber participado en clases y/o encuentros virtuales durante 2020 y 2021, se les invitó a responder las siguientes preguntas: ¿Cuántos días a la semana?, ¿Cuántas horas al día?, ¿Qué dispositivo es el que utilizó con mayor frecuencia cuando escuchaba las clases?, y finalmente se indagó si experimentaron síntomas luego de finalizar las clases y/o encuentros virtuales. A todas las personas se les informó de los objetivos del estudio.

La población en estudio estuvo integrada por adolescentes y jóvenes adultos estudiantes. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico intencional, quedando la muestra en estudio integrada por 60 sujetos (n = 60)

que respondieron voluntariamente al cuestionario, con edades comprendidas entre 18 y 28 años, con una media de 22,15 años. El 86,7% de los sujetos (n=52) que participaron fueron mujeres, el 11,7% (n=7) hombres, y el 1,7% (n=1) género no binario. Con respecto al nivel de estudios, el 96,7% (n=58) son estudiantes universitarios, y el 3,3% (n=2) estudiantes terciarios.

Del grupo de estudiantes que conformaron la muestra el 81,7% (n=49) manifestaron no tener antecedentes familiares de problemas auditivos, y el 18,3% (n=11) sí presentan antecedentes, entre los que mencionan otosclerosis, hipoacusia profunda, hipoacusia mixta, sordera, familiares directos que usan prótesis auditivas.

Luego de haber caracterizado la muestra se procedió a analizar estadísticamente aquellas respuestas relacionadas específicamente con los hábitos auditivos durante las clases virtuales. A continuación, se detallan los resultados obtenidos:

En relación a la cantidad de días a la semana que realizaron clases virtuales, el 61,7% de los sujetos participaron de clases 4 a 5 días a la semana, el 20% de 2 a 3 días, el 13,3% todos los días, el 3,3% 6 días, y el 1,7% 1 día a la semana (ver figura 1).

En lo que respecta a la cantidad de horas por día que tomaron clases con esta modalidad, el 45% respondieron que de 3 a 4 horas, el 38,3% de 5 a 8 horas, el 11,7% de 1 a 2 horas, y el 5% más de 8 horas diarias (ver figura 2).

Resultando de este modo que el mayor porcentaje de estudiantes participaron de clases virtuales 4 a 5 días a la semana, durante 3 a 4 horas diarias.

Figura 1

1. a ¿Cuántos días a la semana?
60 respuestas

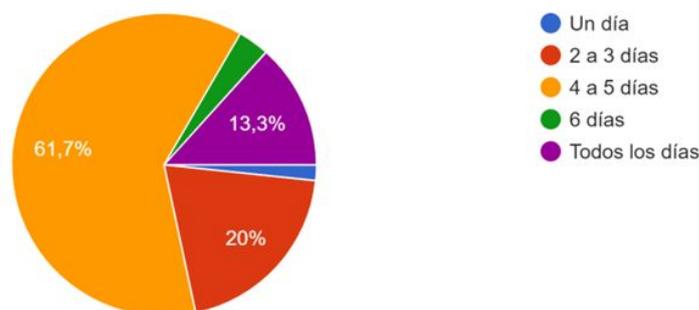


Figura 2

1. b ¿Cuántas horas al día?
60 respuestas

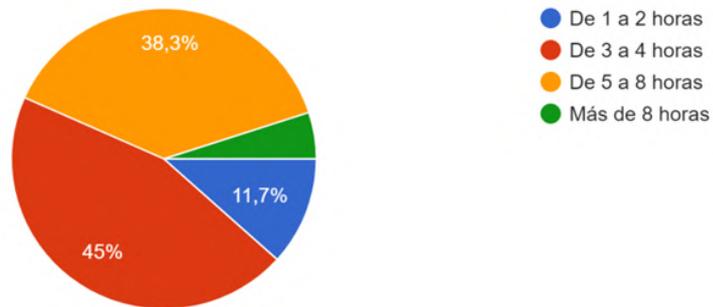
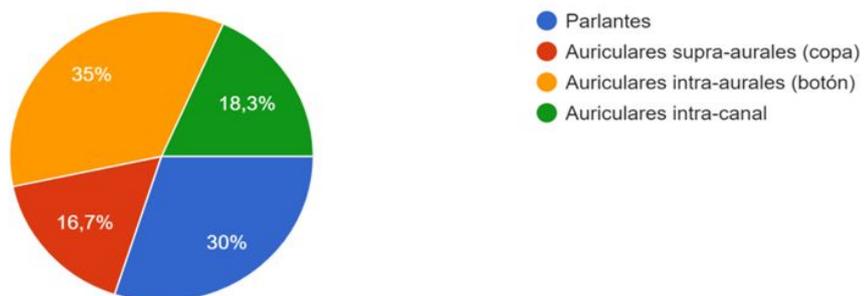


Figura 3

2. Cuando escucha las clases ¿Qué dispositivo es el que utiliza con mayor frecuencia?
60 respuestas



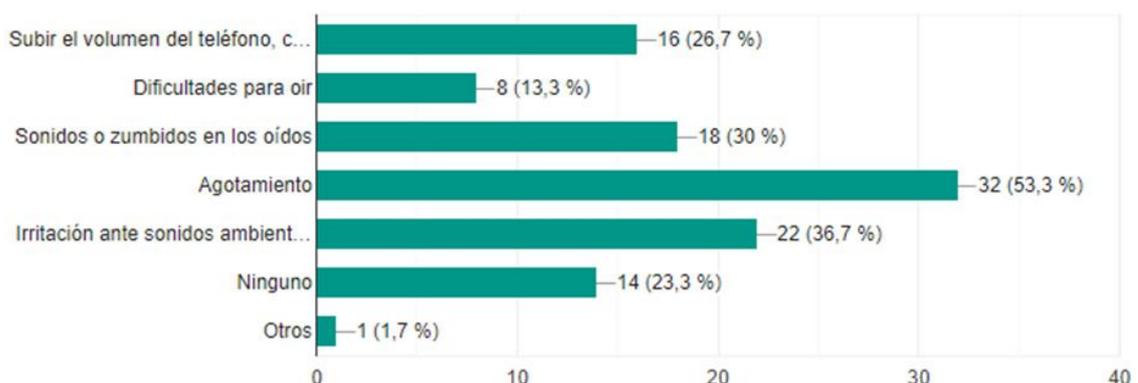
En la pregunta N° 2 se indagó acerca del dispositivo que utilizaron con mayor frecuencia durante las clases virtuales, resultando que el 35% utilizaron auriculares intraurales, el 30% parlantes, el 18% auriculares intracanal, y el 16,7% auriculares supraurales (ver figura 3). De este modo puede visualizarse que una gran mayoría de los participantes utilizaron

dispositivos que emiten el sonido amplificado en zonas cercanas a las estructuras del oído (intraurales e intracanales).

En lo que respecta a la aparición de síntomas auditivos al finalizar los encuentros virtuales el que apareció con mayor frecuencia fue el agotamiento (53,3%), luego irritación ante sonidos ambientales (36,7%), zumbidos en los

Figura 4

3. Luego de finalizar las clases y/o encuentros virtuales ¿experimentaste alguno/s de estos síntomas? (puede marcar más de una opción)
60 respuestas



oídos (30%), subir el volumen del teléfono, computadora, televisor, más de lo habitual (26,7%) lo que podría estar relacionado con descensos temporarios del umbral auditivo producto de la exposición sonora; dificultades para oír (8%), otros síntomas (1,7%), y un 23,3% manifestaron no presentar síntomas auditivos. De este modo pudo observarse que es alarmante el porcentaje de sujetos que reconocen la aparición de uno o más síntomas auditivos y/o extrauditivos luego de haber finalizado con sus actividades académicas diarias con esta modalidad (ver figura 4).

Análisis y conclusiones

La utilización de dispositivos electrónicos formó parte de la nueva modalidad virtual en el ámbito educativo durante la pandemia por Covid-19, y aún permanece en tiempos de pospandemia. De acuerdo a la muestra analizada, se pudo observar que, durante las clases, el 53,3% de los sujetos hicieron uso de los auriculares que resultan más riesgosos para la audición. Cabe destacar que esta situación es un agravante si se piensa que dicha actividad se sumó en forma simultánea a los hábitos recreativos pre-existentes en los jóvenes adultos que involucran exposición al ruido, hecho que fue alertado por la OMS en 2021.

En relación a la frecuencia y tiempo de uso de estos dispositivos, se pudo observar que el mayor porcentaje de estudiantes participaron de clases virtuales 4 a 5 días a la semana, y que si bien la mayoría de la muestra manifestó exposición durante 3 a 4 horas diarias, es también muy amplio el porcentaje de sujetos que participó de las clases entre 5 y 8 horas diarias. De este modo, se puso en evidencia que los jóvenes permanecieron expuestos a riesgo auditivo durante extensas jornadas educativas con dispositivos potencialmente perjudiciales, lo que podría contribuir al es-

tablecimiento progresivo y acumulativo de daño en la audición en este grupo etario.

En este sentido, la aparición de síntomas auditivos tales como zumbidos, dificultades para oír, necesidad de subir el volumen del dispositivo más de lo habitual, etc., podría ser una “alarma” en términos de salud auditiva, que pone en evidencia la necesidad de tener en cuenta este aspecto a la hora de planificar un modelo de enseñanza virtual.

A inicios de 2020, el sistema educativo adoptó rápidamente nuevas modalidades debido al escenario que planteaba la situación epidemiológica, trasladando por completo su actividad a la virtualidad, y de este modo se pudo continuar con la educación de los jóvenes estudiantes. Estos cambios repentinos probablemente no favorecieron una mirada integral del proceso educativo, ya que se generaron, en algunos casos, ambientes poco saludables que no propiciaban la enseñanza y el aprendizaje. Esto se pone de manifiesto en el presente estudio, ya que los síntomas que aparecieron con mayor frecuencia al finalizar las clases fueron el agotamiento y la irritación ante sonidos ambientales.

Tanto los síntomas auditivos como los extra-auditivos, son una clara manifestación del impacto negativo en el organismo ante la exposición sonora prolongada. Es decir, que este grupo de jóvenes estuvo expuesto a un entorno agresivo auditivamente, que no sólo puso en riesgo su salud, sino que, además, se convirtió en un factor que probablemente interfirió en su educación.

Si bien en la actualidad todo el sistema educativo retornó a la presencialidad, aún siguen permaneciendo muchas actividades que se realizan de manera virtual. Esto lleva a reflexionar acerca de la importancia de implementar campañas de promoción de la salud auditiva, tendientes a generar ámbitos educativos saludables.

Referencias bibliográficas

- Dobrucki, A. B., Kim, M. J., & Kruk, B. (2013). Preliminary Study on the Influence of Headphones for Listening Music on Hearing Loss of Young People. *Archivos de acústica*, 38(3), 383-387.
- Elizondo Garza, F. (2019). A mí me gusta el ruido y me produce bienestar... a veces. En Orozco Medina, M y Gonzalez, AE, coordinadoras (2019). Ruido, Salud y Bienestar. Visión, análisis y perspectivas en Latinoamérica. Universidad de la República.
- Espacio Logopédico. (2013). *Adolescentes e hipoacusia*. <https://www.espaciologopedico.com/noticias/det/4832/adolescentes-e-hipoacusia.html>
- Jaimes Socha, V. Z., Arevalo Lanziano, A. L., Pinto Peñaloza, M. A., Ramos Navarro, Y. P., Romero Pantoja, M. F., Sierra Peñaloza, E. Y., & Vega Cataño, M. G. (2019). Uso de auriculares musicales y el conocimiento de los efectos en la salud. *Revista Científica Signos Fónicos*, 5(3), 97-150.
- Mogrovejo Freire, L. E., & Lara Jacome, A. G. (2019). *Hipoacusia inducida por ruido ocasionada por el uso de auriculares en estudiantes del bachillerato de la Unidad Educativa Dr. Trajano Naranjo año lectivo 2018-2019* [Disertación previa a la obtención del título de especialista en otorrinolaringología]. Quito.
- Organización Mundial de la Salud (2015). 1100 millones de personas corren el riesgo de sufrir pérdida de audición. <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2015/ear-care/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Sordera y pérdida de la audición*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Sordera y pérdida de la audición*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- Organización Mundial de la Salud (2021). Informe mundial sobre la audición. Resumen ejecutivo. Departamento de Enfermedades No Transmisibles.
- Orozco Medina, M y González, AE, coordinadoras (2019). Ruido, Salud y Bienestar. Visión, análisis y perspectivas en Latinoamérica. Universidad de la República.
- Rodríguez, D. (2013). *El conocimiento de los jóvenes sobre los efectos nocivos del ruido* [Tesis de licenciatura. Universidad Fasta, Facultad de Ciencias de la Salud, Licenciatura en Fonoaudiología]. http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/181/2012_F_002.pdf?sequence=1
- UNESCO (2021, Julio 12). *COVID-19: Seguimiento del estado de la educación superior en América Latina y el Caribe* [UNESCO-IESALC]. Retrieved Noviembre 22, 2021, from <https://www.iesalc.unesco.org/2021/07/12/covid-19-seguimiento-del-estado-de-la-educacion-superior-en-america-latina-y-el-caribe/>
- UNESCO (s.f.). *Education: From disruption to recovery*. Retrieved Noviembre 22, 2021, from <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>
- Valero-Cedeño, N. J., Castillo-Matute, A. L., Rodríguez-Picay, R., Padilla-Hidalgo, M., & Cabrera-Hernández, M. (2020). Retos de la educación virtual en el proceso de enseñanza aprendizaje durante la pandemia de Covid-19. *Dominio de la Ciencias*, 6(4), 1201-1220.
- Valles Ortiz, P., Luevanos De La Cruz, M. A., & Sánchez Esparza, S. Y. (2019). *Daño auditivo en el uso y abuso de auriculares en estudiantes universitarios de Ciudad Juárez* [Instituto de Ciencias Biomédicas].

Síndrome Vestibular Agudo: puesta al día

Acute vestibular syndrome: updating

Autores: D'Albora, Ricardo⁸; Mónaco, María Julia⁹

Resumen

En la actualidad los síntomas de vértigo, oscilopsia, inestabilidad, mareo, pulsión etc, nos permiten intentar llegar a un diagnóstico clínico de uno de los tres grandes síndromes, Síndrome Vestibular Agudo, Síndrome Vestibular Recurrente y Síndrome Vestibular Crónico. La Sociedad Barany, órgano rector y referente de la neuro-otología mundial, definió en conjunto con otras organizaciones internacionales en el área, las entidades que componen cada uno de estos tres grandes Síndromes Vestibulares, los cuales son de diagnóstico clínico. El siguiente artículo pretende realizar una síntesis práctica frente al manejo de pacientes con Síndrome Vestibular Agudo (SVA). Se explican conceptos clínicos, terminología y causas.

Palabras clave: Síndrome vestibular - Agudo - Central - Periférico.

Abstract

Currently, the symptoms of vertigo, oscillopsia, imbalance, dizziness, drive allow us to try to diagnose their cause by defining them into three major syndromes. Acute Vestibular Syndrome, Recurrent Vestibular Syndrome and Chronic Vestibular Syndrome. The Barany Society, the governing body and a referent in world neurotology defined, together with other international organizations in the field, the entities that make up each of these three great Vestibular Syndromes, which are clinically diagnosed. The following article intends to carry out a practical synthesis regarding the management of patients with Acute Vestibular Syndrome (ALS). Clinical concepts, terminology and causes are explained.

Keywords: Vestibular syndrome - Acute-Central - Peripheral.

Objetivo

El siguiente artículo pretende realizar una síntesis del Síndrome Vestibular Agudo (SVA) basado en la bibliografía actual. Explicaremos los conceptos semiológicos-clínicos de manejo básico, definición de la terminología para hablar el mismo “idioma”.

Introducción y desarrollo del trabajo

Los síntomas de vértigo, inestabilidad y mareo que presentan los pacientes durante el interrogatorio nos ayudan a realizar a un diagnóstico clínico. La Sociedad Bårany, órgano rector y referente de la neuro-otología mundial, definió en conjunto con otras or-

ganizaciones internacionales en el área, tres grandes Síndromes Vestibulares, su presentación clínica y las entidades que los componen. Los tres grandes Síndromes Vestibulares son: Síndrome Vestibular Agudo, Síndrome Vestibular Recurrente y Síndrome Vestibular Crónico. Esta clasificación es una clasificación en base al tiempo de presentación, duración de los síntomas y desencadenantes (Carmona, 2017).

El SVA se trata de un episodio único, de inicio súbito de síntomas y signos vestibulares caracterizados por la presencia de ataxia, mareo y vértigo o cualquier otro síntoma

⁸ Prof. Agdo. Cátedra de ORL HC Fac. Med. UDELAR - Jefe del Servicio de ORL de la AMDM-IAM PP – FEMI-Integrante del Consultorio otoneurouruguay. Montevideo – Uruguay. Actual presidente de Fundación Iberoamericana de Neurotología. ricardodalborar@hotmail.com

⁹ Docente de Postgrado UMSA Esp. en Audiología. Buenos Aires. Argentina Audióloga del Consultorio Otoneurouruguay. Montevideo - Uruguay – Audióloga del Servicio de ORL de la AMDM IAM PP-FEMI -Integrante del equipo de Implantes Cocleares UDELAR - Montevideo - Uruguay. mail: monacohansen@yahoo.com

vestibular mayor a una hora, que puede durar hasta días. Se trata de un cuadro violento, el paciente viene acompañado a la emergencia. Este síndrome no hace referencia a causa alguna. Un dato importante es que, si a este paciente se lo moviliza, le aumentarán los síntomas y signos y se lo puede confundir con un Vértigo Posicional Paroxístico Benigno. En la (Fig.1) se resume esta ecuación. El diagnóstico de este Síndrome presenta los siguientes sumandos: síntoma de la esfera neuro-otológica, como ser, vértigo, inestabilidad, mareo, pulsión de más de una hora y menos de 7-10 días aprox. Debe presentar nistagmo espontáneo (no importa el tipo). Entiéndase por nistagmo espontáneo a cualquier nistagmo que aparece sin mediar maniobra o desencadenante alguno. Debe además acompañarse de algún tipo de ataxia, entendiéndose como tal a algún tipo de inestabilidad objetiva. Puede acompañarse de síntomas cocleares o del oído medio u otros signos neurológicos. Lo más frecuente es que se presente en forma aislada. El SVA se puede dividir para su encare de causas, en dos tipos: SVA sin desencadenantes o espontáneo (SVA-esp) y con desencadenantes o provocado (SVA-desc) (Bisdorff, 2015) La causa más frecuente de este síndrome es la Neuritis Vestibular (NV) y la más grave, aunque menos frecuente que la primera, es el Accidente Cerebro Vascular (ACV) de fosa posterior, siendo la Arteria Cerebelosa Posterior Inferior (PICA) más frecuente que la Arteria Cerebelosa anteroinferior (AICA) (Fig. 2). Esta forma de presentación del ACV de fosa posterior es relativamente nueva en relación con los viejos y clásicos síndromes del territorio posterior, y no es tenida en cuenta, debido a que no tiene expresión tomográfica y pasa sub-diagnosticada siendo el preámbulo de eventos mayores.

De todos los pacientes que consultan en los servicios de emergencia por síntomas neuro-otológicos, el 10 % corresponden al SVA, de estos, el 25% corresponde a ACV de fosa posterior, lo que hace que de todos los pacientes que consultan por mareo o vértigo, un 3 a 5% correspondan a un ACV de fosa posterior (Saber Tehrani, 2018).

Por otro lado, el 100% de los ACV tienen historia previa de mareo y vértigo. Una vez diagnosticado el SVA hay que determinar si se está frente a una de las causas que se muestran en la Fig.2.

Vamos a pasar a explicar cómo diferenciar un SVA periférico por NV de un SVA central por ACV. Muchos son los signos que se han descrito para esto. Actualmente existen dos estrategias semiológicas de alta sensibilidad y especificidad capaces de superar a la resonancia nuclear magnética (RNM) con perfusión –difusión (Kattah, 2009) (Carmona, 2016) y a factores de edad, presión sanguínea, hallazgos clínicos, duración de los síntomas y diabetes tipo 2 denominadas ABCD2 (Newman-Toker, 2013) por sus siglas en inglés, age, blood pressure, clinical features, duration of symptoms, diabetes 2). La primera basada en signos oculomotores y la segunda basada en signos motores espinales. Mencionaremos en primer el lugar el HINTS (Pista) o Tríada de Kattah y col (Fig. 3), y el HINTS plus, el cual asocia la Hipocusia Sensorio Neural (HSN) y en segundo lugar la Tríada de Carmona y col. (fig.4). Los signos para el HINTS (**H**ead **I**mpulse, **N**istagmo, **T**ilt o inclinación cefálica y **S**kew o inclinación oblicua de los ojos) o Tríada de Kattah y col. son:

1. El Nistagmo espontáneo horizonto-rotatorio de dirección fija, evoca más lo periférico, pero puede verse en los centrales ACV de la AICA, por lo que no es un signo patognomónico. El nistagmo espontáneo de dirección cambiante, vertical superior, inferior, horizontal o rotatorios (puros) son patognomónicos del SVA central (si bien son patognomónicos, lo difícil es su identificación para quién no está entrenado). Ver fig.3 y foto1.
2. El Head Impulse Test (HIT) positivo o Test Impulsivo Cefálico positivo, (es positivo cuando existen sacadas de refijación), y se da en el SVA periférico y en el SVA central por ACV de la AICA. Las respuestas al HIT se pueden ver en la foto 2. El HIT puede ser negativo o positivo. Respuesta Negativa - Normal: en “A” se instruye al paciente a que mire siempre la punta de la nariz del exa-

minador; en “B” se le realiza una rotación corta en amplitud, pero alta en velocidad y se espera; en “C” el paciente debe mantener los ojos sobre la nariz. Respuesta Positiva - Patológica: En “D” se invita al paciente a que mire la punta de la nariz del examinador; en “E” se le realiza una rotación corta en amplitud, pero alta en velocidad y se espera. El paciente con deficiencia del reflejo vestíbulo-oculomotor, no puede sostener la mirada sobre la nariz, y al segundo corrige la mirada con un movimiento rápido de los ojos llamado sacada de re-fijación “F”. Este signo por frecuencia evoca más la causa periférica, pero no es patognomónico. (Fig.3 y Foto 2)

3. La Desviación Oblicua de los Ojos positiva, (Skew deviation) y la Inclinación Cefálica positiva (Tilt) son signos que evocan más la causa central que la periférica, por lo tanto, no son patognomónicos. El signo se evalúa primero instruyendo al paciente que mantenga su mirada en la punta de la nariz del examinador, mientras que este ocluye alternativamente los ojos del paciente. Respuesta positiva al observar la desviación oblicua e inclinación cefálica (ver foto 3). Respuesta normal: No existe movimiento de los ojos. Puede existir en el adulto mayor un movimiento horizontal que se ve con frecuencia y no tiene valor patológico importante. La Respuesta Patológica- Positiva: es la determinada por la aparición de movimiento de los ojos en el plano vertical. El lado más bajo de inclinación del ojo, indica el lado afectado en la patología vestibular periférica o en Patología Vestibular Central indica afección por debajo del pedúnculo cerebral, y contra lateral por encima de antedicho nivel. (Fig.3 y Foto 3)

Estos tres signos son exclusivamente oculomotores, y requieren entrenamiento para su identificación. La asociación de estos tres signos son más sensibles y específicos para diagnosticar ACV de fosa posterior que la propia Resonancia Nuclear Magnética (RNM) con difusión-perfusión (Kattah, 2009) y el ABCD2 (Saber Tehrani, 2018) la cual es una escala de puntuación clínica para determinar el riesgo de accidente cere-

bro vascular dentro de los primeros dos días después de un accidente isquémico transitorio (AIT) (edad: Age, presión arterial: Blood pressure, las características Clínicas, la Duración del accidente isquémico transitorio, y la presencia de la Diabetes (ABCD2). Luego se agregó el HINTS-Plus que agrega la Hipocausia Sensorio Neural (HSN) como indicador de SVA central ver Fig.3.

Los signos para la Tríada de Carmona y col. (2016) son:

1. La Inclinación Cefálica (Tilt) positivo: se trata de un signo que por frecuencia evoca más la causa central que la periférica, por lo tanto, no es patognomónico. (Fig.4 y Foto 3)
2. La Ataxia: muchas son las clasificaciones, pero esta propuesta es bastante sencilla. Siempre se debe exigir al paciente que intente pararse, el no hacerlo puede ser causa de malinterpretación del grado de esta. La ataxia G°1 siempre es periférica, la G°2 es central, raras veces periférica y la G°3 es siempre central por lo que esta última es patognomónica (Fig.4 y Fig.5).
3. Ataxia troncal de Babinsky o Asinergia de Babinsky: se trata de un signo clásico de la Neurología, que consiste en invitar al paciente que estando acostado se siente con los brazos cruzados sobre su pecho. Los pacientes con SVA central no lo logran realizar, considerándolo como (+). Otra forma sencilla es sentar al paciente y que se cruce los brazos, el central cae hacia uno de los lados. (Fig.4)

Estos tres signos son exclusivamente motores espinales, y no requieren mayor entrenamiento para su identificación. La asociación de estos tres signos son más sensibles y específicos para diagnosticar ACV de fosa posterior que la propia RNM con difusión-perfusión (Carmona y cols, 2016). Una vez identificado el SVA periférico, es muy difícil establecer con certeza si es por Neuritis Vestibular o por una Isquemia Periférica (oído interno). La anamnesis y el contexto clínico de noción de contacto de infección respiratoria alta orientara hacia una NV, su ausencia

con factores de riesgo orientaría a afección vascular periférica, debemos siempre considerar todas las causas (Fig.2 y 3). Si se tiene un SVA central se deberá pensar en ACV de fosa posterior y descartar otras causas centrales (Fig.2 y 3). Con respecto a las imágenes a solicitar, el algoritmo propuesto, está basado en los trabajos de Saber Tehrani y cols (2018), en el cual se solicita RNM una vez que se descarta la sospecha de hemorragia.

El tratamiento en el periodo agudo se basa en comenzar por tratar los síntomas mediante depresores del sistema nervioso central, para luego encarar el tratamiento etiológico. Aún no se disponen de protocolos claros para trombólisis en el territorio posterior (siempre ante la duda diagnóstica, así como de manejo posterior consultar a quién esté entrenado en el área). Todos estos pacientes se deben evaluar de acuerdo con los protocolos que indica la Sociedad Báràny, mediante una batería de estudios específicos neuro-otológicos, que miden la función vestibular tanto central como periférica, fundamentales para el seguimiento en forma objetiva y para la Rehabilitación Vestibular, ya que un porcentaje elevado de los pacientes con SVA unilateral o bilateral quedan con secuelas. Los estudios indicados en el SVA se diferencian dependiendo de la etapa aguda y la etapa subaguda. En la etapa aguda (primeras 72 hs.) una vez descartado el ACV, se debe indicar estudio de Video Head Impulse Test (VHIT), Video Óculo-Nistagmografía (VONG) y en la etapa subaguda y/o crónica, es fundamental el con-

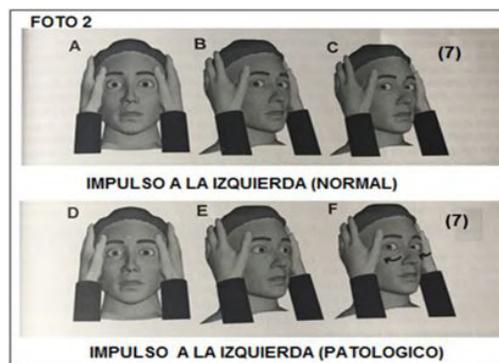
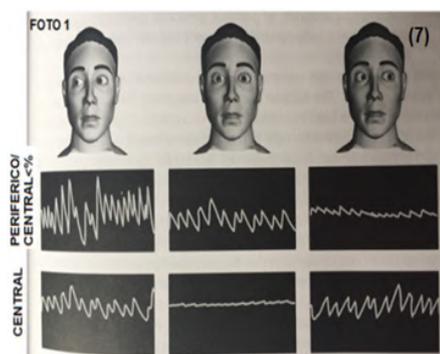
trol con VHIT para ver el comportamiento de la compensación y solicitar posturografía previa a la rehabilitación vestibular (Fig.6).

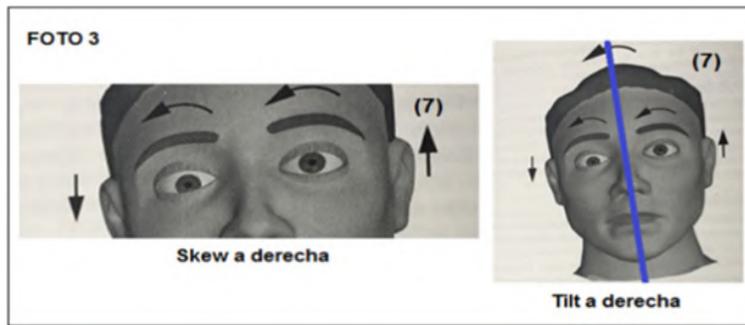
Discusión

La clasificación propuesta por la Sociedad Báràny es de gran utilidad cuando se recibe al paciente en las primeras 72 horas de curso del SAV. Sin embargo, en la puerta de emergencia de la mayoría de las instituciones, no se cuenta con personal médico entrenado de guardia. Esta realidad dificulta el diagnóstico, por lo tanto, sería relevante considerar que las emergencias dispongan de personal entrenado para tal fin, logrando que el diagnóstico sea preciso. La mayoría de los pacientes que se reciben en consultorio se encuentran en el periodo subagudo del SAV, y en este momento se deben solicitar estudios neuro-otológicos que permitirán detectar/registrar los signos clínicos.

Conclusión

En este trabajo hemos logrado sintetizar al SAV en base a nuestra experiencia apoyándonos por figuras propias y de la bibliografía propuesta por la Sociedad Báràny la cual, ha permitido ordenar los síntomas y signos que presenta el paciente en función del tiempo, posibilitando diferenciar causas centrales de periféricas en base a una serie de estrategias clínicas, que los profesionales en el área de la neuro-otología deben conocer y entrenarse para adquirir un buen manejo de las diferentes patologías de este síndrome.





Fotos tomadas de: Welgampola M.S, Bradshaw A.P, Lechner C. Halmagy G.M. Bedside Assessment of Acute Dizziness and Vertigo. Emergency Neuro-Otology: Diagnosis and management of Acute Dizziness and Vertigo. Neurologic Clinics. Phil-Penn-USA Ed. ELSEVIER. 2015 Vol 33, Number 3. Pg. 551-64. Traducidas por los autores.

Figuras

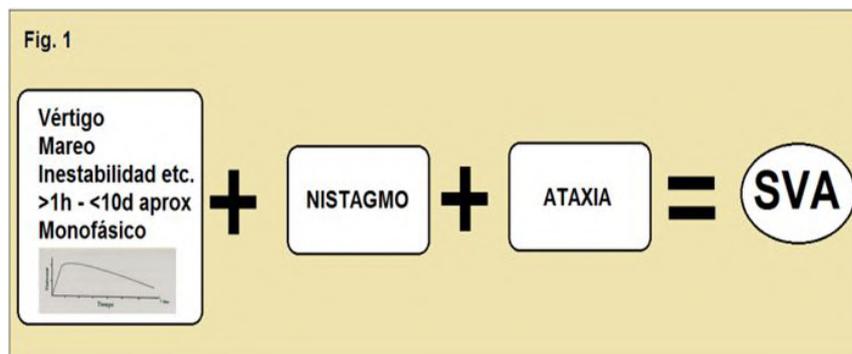


Fig. 2

	SVA-esp	SVA-desc
PERIFÉRICO	<ul style="list-style-type: none"> Neuritis Vestibular Isquemias Periféricas 	<ul style="list-style-type: none"> Hepes Zoster Otico Toxicidad Otitis Medias Complicadas (laberintitis)
CENTRAL	<ul style="list-style-type: none"> ACV: PICA > % que AICA 	<ul style="list-style-type: none"> Trauma / Craneal Trauma / Cervical Cefalea Occipital= disección vertebrobasilar Síndrome de Wernicke Romboencefalitis

Fig.3 HINTS (Triada de Kattah y col)

	SVaE - PERIFÉRICO ●	SVaE - CENTRAL ●
Ny Espontáneo		
Head Impulse Test (Test impulsivos)	+	- + AICA
Skeew (desviación oblicua de los ojos)	+ -	 +
Inclinación Cefalica (c/ojos cerrados) (Tilt)	+ -	+
HSN	-	AICA +

Fig. 5

Ataxia: Grados

	Se para y camina solo	Se para y camina con ayuda	No logra pararse
G°1			
G°2			
G°3			

Fig. 1 a 5: de autoría propia.

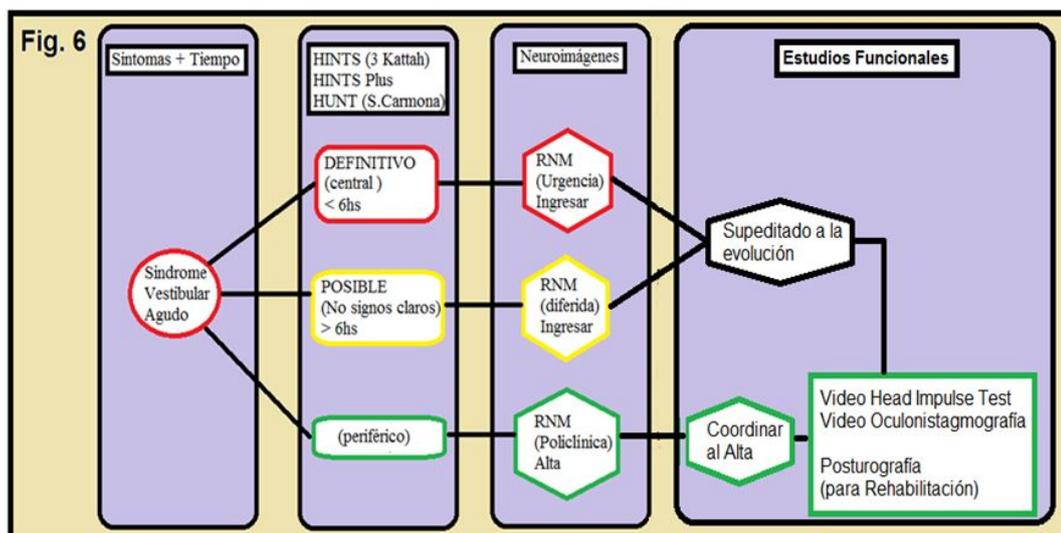


Figura 6. tomadas de: Welgampola M.S, Bradshaw A.P, Lechner C. Halmagy G.M. Bedside Assesment of Acute Dizziness and Vertigo. Emergency Neuro-Otology: Diagnosis and management of Acute Dizziness and Vertigo. Neurologic Clinics. Phil-Penn-USA Ed. ELSEVIER. 2015 Vol 33, Number 3. Pg. 551-64, y traducida y modificada por los autores.

Referencias bibliográficas

- Carmona S., 2017. Nueva Clasificación Internacional de los síndromes Vestibulares de la Sociedad Bárány. Manejo del Síndrome Vestibular Agudo. 1ª ed. Bs. As. Argentina. Ed. AKADIA. Cap. 5. pag. 55-62
- Bisdorff A.; Staab R.; Newman-Toker D. E. 2015. Overview of the international Clasificación of Vestibular Disorders. Emergency Neuro-Otology: Diagnosis and management of Acute Dizziness and Vertigo. Neurologic Clinics. Phil-Penn-USA Ed. ELSEVIER. Vol 33, Number 3. Pag. 541-51.
- Saber Tehrani A.S.; Kattah J. C.; Kerber K. A.; Gold D. R.; Zee M. D.; Urrutia V. C.; Newman Toker D. E. 2018 Diagnosis Stroke in acute Dizziness and Vertigo Pitfalls and Pearls. Stroke; 49:00-00 doi: 10.1161/STROKE HA.117.016979.
- Kattah, J.C.; Talked, A. V.; Wang D. Z.; Hsieh Y. H.; Newman – Toker (2009). DE HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome: three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-wieghted imaging. Stroke 40:3504-10 doi: 10.1161/STROKE HA.109.551234.
- Carmona S.; Martínez C.; Zalazar G.; Moro M., Batuecas-Caletrio A.; Luis L.; Gordon C. (2016) The Diagnosis Accuracy of Truncal Ataxia and HINTS as Cardinal Signs for Acute Vestibular Syndrome. Front. Neurol. 7:125. Doi: 10.3389/fneur.201600125.
- Newman-Toker DE, Kerber KA, Hsieh YH, Pula JH, Omron R, Saber Tehrani AS, Mantokoudis G, Hanley DF, Zee DS, Kattah JC. 2013. HINTS outperforms ABCD2 to screen for stroke in acute continuous vertigo and dizziness. Oct; 20(10):986-96. doi: 10.1111/acem.12223.
- Welgampola M.S, Bradshaw A.P, Lechner C. Halmagy G.M. 2015. Bedside Assesment of Acute Dizziness and Vertigo. Emergency Neuro-Otology: Diagnosis and management of Acute Dizziness and Vertigo. Neurologic Clinics. Phil-Penn-USA Ed. ELSEVIER. Vol 33, Number 3. Pg. 551-64.