




**GMD** Facultad Cs. Médicas  
Biblioteca  
  
TF 2500

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGÍA  
ROSARIO, ARGENTINA 2024**

“La discapacidad en adultos: la importancia de la intervención fonoaudiológica en la inserción social.”

Alumnas:

Deli Antoni, Chiara

Galeano, Virginia

CON LA SUPERVISION DE:

Lic. Isaías, Ana Clara

Tesina presentada:

Deli Antoni, Chiara  
Galeano, Virginia

Con la supervisión de:

Lic. Isaías, Ana Clara

Aprobada por:

.....  
.....  
.....

En Rosario, a los ..... días del mes de ..... del año .....

Legajos: D-1314/5 y G-1962/3

## **Agradecimientos**

*Agradecemos a nuestros amigos y familias,  
que nos acompañaron, alentaron y sostuvieron en este caminar día a día  
que fue tan desafiante como gratificante.*

*A Ana Clara, nuestra tutora,  
por su predisposición y compromiso en este proyecto,  
y hacia nosotras.*

*Gracias Universidad Nacional de Rosario, y  
Facultad Ciencias Médicas, Escuela de Fonoaudiología,  
esto es lo que siempre quisimos ser,  
asumimos el compromiso de seguir aprendiendo,  
crecimiento y contribuyendo  
de manera significativa a la salud y bienestar  
de aquellos a quienes servimos.*

*Y a la Fonoaudiología,  
por ser tan apasionante y sorprendente.*

## Índice

Resumen .....	4
Problematización .....	5
Justificación .....	6
Objetivos.....	7
Capítulo 1: La discapacidad .....	8
Historia de la discapacidad: distintos modelos .....	10
Diferentes intervenciones en discapacidad .....	16
Capítulo 2: Promoviendo la Equidad: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Igualdad de Derechos y Oportunidades en la Diversidad .....	18
Capítulo 3: Intervención fonoaudiológica en discapacidad.....	22
"Fonoaudiología en Acción: Integración Interdisciplinaria para un Cuidado Integral" ..	24
Capítulo 4: Personas con Discapacidad: Integración y Participación en la sociedad.....	27
Fonoaudiología y Comunicación en la Diversidad Humana .....	29
Conclusiones.....	32
Bibliografía.....	35

## Resumen

En este ensayo se argumenta y reflexiona sobre la importancia de la intervención fonoaudiológica en la inserción social de las personas con discapacidad. El trabajo se encuentra dividido en cuatro capítulos que presentan los temas principales.

En el primer capítulo se explica la definición de discapacidad y cómo fue evolucionando este término en la sociedad. Se mencionan los diferentes modelos que se plantearon sobre la misma y el cambio de paradigma, también las diferentes intervenciones que son posibles.

El segundo capítulo trata sobre la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se destaca la aprobación de la misma en Argentina y sus principales puntos. También se menciona la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud y su enfoque en diversos factores.

El tercer capítulo aborda la intervención del fonoaudiólogo en personas con discapacidad en sus distintas áreas y roles que realiza. También la importancia del enfoque interdisciplinario en la práctica y de las distintas disciplinas.

El cuarto capítulo se centra en la inclusión de personas con discapacidad en la sociedad, abordando diversos aspectos como la rehabilitación y promoción de la comunicación en este grupo de personas para lograr así su autonomía.

Se establece que el rol del fonoaudiólogo es importante, ya que su intervención contribuye a mejorar aspectos como la comunicación aumentando su capacidad para expresarse, entender y utilizar el lenguaje de manera efectiva, y comunicarse de manera adecuada.

Palabras claves: intervención fonoaudiológica - discapacidad - inclusión - autonomía - adultos.

## **Problematización**

Luego de reflexionar acerca de la importancia del rol del fonoaudiólogo en los diferentes aspectos de los adultos con discapacidad, se resalta cómo su intervención contribuye a superar distintas barreras, como así también destacar el aporte de su abordaje para mejorar la autonomía y fomentar la inclusión en la sociedad.

Una de las principales barreras para las personas con discapacidad es la dificultad en las habilidades comunicativas junto con las limitaciones funcionales, para poder participar plenamente en la sociedad ya que las mismas impactan de manera consecuente en la autonomía y la capacidad de tomar decisiones.

Asimismo, resulta oportuno destacar el acompañamiento y seguimiento que debe realizar el profesional aportando los conocimientos necesarios en esta área para poder mejorar.

En base a lo expuesto, surgen los siguientes interrogantes:

¿Qué roles desempeñan los fonoaudiólogos en la promoción de la comunicación y el desarrollo de habilidades comunicativas en personas con discapacidad?

¿De qué manera la intervención fonoaudiológica puede promover la autonomía y la participación activa en la sociedad?

¿Cómo se puede mejorar el enfoque de las distintas disciplinas en la práctica interdisciplinaria para abordar de manera más efectiva las necesidades complejas de este grupo de población?

## **Justificación**

El rol del fonoaudiólogo es fundamental en el abordaje de personas adultas con discapacidad, y se liga a los derechos fundamentales de estas personas. En el marco de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (CDPD, 2006), se reconoce el derecho de todas las personas, independientemente de su condición, a participar plenamente en la sociedad, a ser tratadas con igualdad y a tener acceso a los mismos recursos y oportunidades. Los fonoaudiólogos, al brindar servicios de calidad a personas con discapacidad, contribuyen a garantizar este principio al tratar de superar las barreras de comunicación y proporcionar acceso equitativo a la atención médica, educación, empleo, etc. La discapacidad no debe definir a una persona ni limitar sus oportunidades en la vida. La inclusión y el apoyo son clave para garantizar que todas las personas tengan la oportunidad de participar plenamente en la sociedad. Es por ello que proponemos este ensayo, para brindar información sobre nuestro rol y la importancia del mismo, de modo que este es fundamental para poder sostener, brindar y defender una mirada inclusiva de las diversidades, que permita el protagonismo de cada persona y desarrolle su autonomía, su libertad y el derecho a ser parte de una sociedad que nos contenga a todos en general y a cada uno en particular. Esto implica no solo trabajar en el desarrollo de habilidades comunicativas, sino también en fomentar un entorno que permita el protagonismo de cada persona, respetando su autonomía.

## **Objetivos**

- Reflexionar acerca de la importancia del rol del fonoaudiólogo en los diferentes aspectos en las personas adultas con discapacidad, resaltando cómo su intervención contribuye a superar barreras en la comunicación.
- Destacar el aporte del abordaje de la comunicación para mejorar la autonomía, promover la salud y el bienestar.
- Fomentar la sensibilización y la aceptación de las personas con discapacidad es esencial para construir una sociedad inclusiva.

## Capítulo 1

### La discapacidad

“Las **personas con discapacidad** incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.” (ONU, 2006, p. 14)

Desde la Antigüedad las personas con discapacidad han sufrido la opresión y la discriminación que recae sobre lo considerado “diferente” de acuerdo al paradigma dominante de la “normalidad”.

Esto ha comenzado a ser cuestionado a partir de la segunda mitad del siglo XX gracias al surgimiento de movimientos sociales de personas con discapacidad, basándose en el Modelo Social y el Paradigma de los Derechos Humanos.

“El concepto “personas con discapacidad” supone primeramente otorgarles un estatuto de persona, es decir de “sujetos de derecho”, y porque alude primeramente al sujeto antes que a la discapacidad misma. Por otra parte, se refiere a que tiene una discapacidad y no que es un discapacitado, valorando las posibilidades del sujeto para decidir y hacer su presente y su futuro, sus vocaciones e intereses, más allá de las limitaciones que pueda presentar debido a su discapacidad. La palabra “discapacitado”, que aún se utiliza en muchos lugares, oculta las posibilidades de la persona.” (Valencia, 2014)

La Real Academia Española define a la discapacidad como “cualidad del discapacitado”, y discapacitado como persona “que tiene impedida o entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas” (RAE,2020).

La Discapacidad aparece emparentada con “Minusvalía” a la que define como “detrimento o disminución del valor que sufre una cosa”. Etimológicamente significa “menos válido”. Es por eso que rechazamos estas expresiones por su carácter negativo y discriminatorio al igual que otras utilizadas a lo largo de la historia tales como deficiente, defectuoso, anormal, enfermo, deforme, incapacitado, inadaptado, lisiado o inválido.

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), se promocio la denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que propone el siguiente esquema conceptual para interpretar las consecuencias de las alteraciones de la salud:

El término "déficit en el funcionamiento" se emplea para describir la pérdida o anomalía de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental, reemplazando así el uso de "deficiencia". Por otro lado, "limitación en la actividad" sustituye a "discapacidad" y se refiere a las dificultades que una persona puede enfrentar al ejecutar actividades. Estas limitaciones pueden variar en grado, dependiendo de la desviación en términos de cantidad o calidad respecto a la ejecución esperada en una persona sin alteración de salud. En cuanto a "restricción en la participación", sustituye al término "minusvalía", y se refiere a los problemas que una persona puede experimentar en su participación en situaciones vitales. Por último, una "barrera" comprende todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que condicionan su funcionamiento y generan discapacidad.

En esta clasificación, se utiliza el término "discapacidad" para referirse tanto a los déficits, las limitaciones en la actividad como a las restricciones en la participación, denotando los aspectos negativos de la interacción entre la persona con una alteración de la salud y su entorno. <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> La discapacidad ha sido clasificada de diversas maneras. Ester Labatón, en su obra "Discapacidad, derechos y deberes" del año 1995 distingue diversos tipos de discapacidad, que pueden clasificarse de la siguiente manera:

**Discapacidad física:** Se refiere a limitaciones en la movilidad o la coordinación del cuerpo, y puede ser el resultado de lesiones, enfermedades o condiciones congénitas que afectan la función física.

**Discapacidad intelectual:** Esta categoría abarca limitaciones en la función cognitiva y el desarrollo intelectual, lo que puede manifestarse en dificultades en la toma de decisiones, la comunicación y el aprendizaje.

**Discapacidad sensorial:** Incluye las discapacidades visuales, como la ceguera o la baja visión, así como las discapacidades auditivas, que involucran la sordera o dificultades auditivas.

**Discapacidad emocional:** Comprende problemas de salud mental que afectan la salud emocional y el bienestar de una persona, pudiendo incluir condiciones como la depresión, la ansiedad y otros trastornos emocionales.

En cuanto a las causas de la discapacidad, estas pueden dividirse en dos categorías principales:

**Congénita:** Algunas discapacidades están presentes desde el nacimiento debido a factores genéticos o a problemas de salud materna durante el embarazo. Estas condiciones se desarrollan antes del nacimiento o durante el parto y afectan al individuo desde el inicio de su vida.

**Adquirida:** Otras discapacidades pueden surgir a lo largo de la vida debido a accidentes, lesiones, enfermedades o condiciones médicas. Estas discapacidades no estaban presentes al nacer, pero se desarrollan como resultado de circunstancias posteriores, como lesiones traumáticas, enfermedades crónicas o condiciones médicas adquiridas a lo largo del tiempo.

“Por otra parte, tampoco consideramos correctas las expresiones que se utilizan con carácter positivo tales como “capacidades diferentes” o “personas con necesidades especiales”. Respecto a la primera, debemos considerar que el estado de salud del que parte la discapacidad supone el daño o acotamiento de algunos órganos o funciones corporales, que pueden verse afectadas o reducidas, por lo que no hay una “capacidad diferente” sino una limitación o aminoramiento de las capacidades de la persona. Además, el concepto “diferente”, al requerir de un promedio con el cual medirse, termina poniendo el acento en la carencia o diferencia antes que en la persona. Por lo que pensamos que estas personas no presentan una capacidad diferente, sino una “discapacidad”, pudiendo ser diferente la forma en que se desenvuelven en el entorno familiar, social, económico o cultural. En cuanto al concepto de “Necesidades Especiales”, este puede llevar a creer que las personas con discapacidad tienen necesidades que deben ser satisfechas en espacios como las escuelas “especiales”. Pero la realidad es que presentan las mismas necesidades que el resto de la población (fisiológicas, alimenticias, de seguridad, afectivas, sexuales), aunque pueden presentar ciertas dificultades para satisfacerlas.” (Valencia, 2014)

### Historia de la discapacidad: distintos modelos

A lo largo de la historia es posible distinguir tres modelos de tratamiento que se ha dado a las personas con discapacidad:

El **primer modelo** denominado **Prescindencia**, en él se supone que las causas que dan origen a la discapacidad tienen **un motivo religioso**. Este modelo considera a las personas con discapacidad una carga para la sociedad, no tiene en cuenta lo que la misma puede aportar a su comunidad, excluye a las personas con discapacidad, se compadece de las mismas y los rechaza. (Garavelli, pág. 3)

La posición frente a la discapacidad durante este periodo, fue fuertemente influenciada por la Iglesia. Por un lado, se condenaba el infanticidio, mientras que, por otro las personas consideradas “deformes”, “anormales” o “defectuosas” eran víctima de rechazo y persecución por parte de las autoridades civiles y religiosas. En el siglo XIV los nacidos con discapacidad física, sensorial o mental, tales como sordera, ceguera, parálisis o cuadriplejía, eran confinados en encierros y exhibidos en zoológicos o espectáculos circenses para diversión o bien manipulando la conciencia social para que las familias rectificaran sus

pecados cometidos, por considerar que estos fenómenos o monstruos eran una señal de castigo enviada por Dios como una marca del pecado. (Valencia, 2014, pág. 8)

Durante la Edad Media se persiguió también a las personas con enfermedades psíquicas o neurológicas tales como histeria, esquizofrenia, epilepsia por considerarlas poseídas o endemoniadas, a las que había que practicarles exorcismos. Muchas de ellas fueron a parar a la hoguera.

Mientras que en la Alta Edad Media se multiplicó el número de personas con discapacidad como consecuencia de las Cruzadas en Medio Oriente, se dieron como resultado de las guerras, asilos o instituciones de socorro, a cargo de comunidades religiosas. En el siglo XV se crearon las primeras instituciones psiquiátricas.

El **segundo modelo** es el denominado **rehabilitador**. Desde su filosofía se considera que las causas que originan la diversidad funcional no son religiosas, sino científicas. Desde este modelo las personas con diversidad funcional ya no son consideradas inútiles o innecesarias, siempre que sean rehabilitadas. Es por ello que el fin primordial que se persigue desde este modelo es normalizar a las mujeres y hombres que son diferentes, aunque ello implique forzar a la desaparición o el ocultamiento de la diferencia que representa la diversidad funcional. Es imprescindible rehabilitar a las personas y el éxito se valora según la cantidad de destrezas y habilidades que logre adquirir el individuo. (Cabreró, pág. 2)

La Primera Guerra Mundial, que se desarrolló entre 1914 y 1918, dejó en los países involucrados un gran número de jóvenes con secuelas físicas y psíquicas adquiridas durante el conflicto bélico. En 1919 se creó la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que tuvo un papel decisivo en la aprobación de normativas –aunque limitadas- tendientes a proteger los derechos de las personas con discapacidad congénita y adquirida, y en la promoción y desarrollo de Programas de Rehabilitación.

Al terminar la Segunda Guerra Mundial, en 1945, un número no inferior a 12 países concentraron sus esfuerzos médicos y científicos en la integración de personas con limitaciones físicas lo que facilitó el desarrollo formal de la rehabilitación. También se llevaron a cabo esfuerzos tendientes a rehabilitación a las personas con trastornos psíquicos. (Valencia, 2014, págs. 16,17)

El paradigma de la Rehabilitación puede incluirse dentro del llamado Modelo Médico Biológico de la Discapacidad, que pone énfasis en las patologías que generaban, como

producto final, un déficit en el funcionamiento del individuo y lo inhabilitaban para llevar una vida “normal”. La discapacidad adquiere para este modelo el carácter de síntoma o desviación observable de los parámetros biomédicos de normalidad en el funcionamiento de las estructuras o funciones corporales y psíquicas. Frente a este trauma o lesión, se deben poner en marcha medidas terapéuticas compensatorias. En definitiva, la Discapacidad no es vista como el resultado de un conjunto de condiciones sociales, sino como una enfermedad que debe ser curada. (Valencia, 2014, pág. 25)

Bajo este modelo, las personas con discapacidad podrían quedar en una situación de minoridad, imposibilitadas de ejercer sus derechos civiles, políticos, económicos y sociales, hasta que fueran curadas, es decir, hasta que dejaran de ser personas con discapacidad para ser personas comunes y corrientes.

Desde nuestro punto de vista, podemos decir que la rehabilitación se enfoca en ayudar a las personas a recuperar o mejorar sus habilidades y funciones después de lesiones, enfermedades o discapacidades. Puede abarcar una amplia gama de áreas, desde la rehabilitación física hasta la rehabilitación neuropsicológica.

Es por ello, que podríamos relacionar el ejercicio profesional de la fonoaudiología con este modelo, puesto que realizamos la rehabilitación de las patologías de la comunicación humana en las áreas de: lenguaje, habla, audición, voz, fonoestomatología entendida como funciones orales de succión, masticación, sorbición y deglución para el tránsito de la saliva y las relacionadas con la ingesta de la alimentación, e intervención temprana entendida como acciones de neurorehabilitación para desarrollar las funciones que sustentan la comunicación y el lenguaje.

“El **tercer modelo**, denominado **social (o de Vida Independiente)**, es aquel que considera que las causas que originan la diversidad funcional<sup>2</sup> no son ni religiosas, ni científicas, sino que son sociales; y que las personas con diversidad funcional pueden aportar

---

<sup>2</sup> La palabra “diversidad” viene definida en Diccionario de la Real Academia<sup>7</sup> de la lengua como:

**diversidad.** (Del lat. diversitas, -ātis).

1. f. Variedad, semejanza, diferencia.

Con esa palabra queremos reflejar exactamente eso, la diferencia, la semejanza con lo que es habitual en la mayoría estadística de la especie humana.

La palabra “funcional” viene definida como:

**funcional.**

1. adj. Perteneciente o relativo a las funciones

En esta palabra utilizamos la primera acepción de la palabra función:

**función.** (Del lat. functio, -ōnis).

1. f. Capacidad de actuar propia de los seres vivos y de sus órganos, y de las máquinas o instrumentos.

a las necesidades de la comunidad en igual medida que el resto de mujeres y hombres –sin diversidad funcional–, pero siempre desde la valoración y el respeto de su condición de personas diferentes. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la incorporación de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno y diálogo civil, entre otros.

La autonomía de la persona con diversidad funcional, para decidir respecto de su propia vida se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades.” (Cabrero, pág. 3)

Los movimientos sociales de personas con discapacidad surgieron en la década de 1970 como continuidad de los movimientos por los derechos civiles que protagonizaron importantes luchas en los años anteriores. Su objetivo era luchar por mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, asegurar la accesibilidad al medio físico y social, y por el derecho a una «vida independiente».

Este modelo, postula que la discapacidad no es un atributo personal, sino que se expresa socialmente por la presencia de ámbitos en donde las personas con discapacidad no se les permite acceder. El origen puede ser congénito, producto de una enfermedad o a causa de un accidente, pero lo que genera la Discapacidad es la falta de adecuación del entorno para compensar o neutralizar los efectos de la limitación de la persona.

En esta época se comienza a utilizar el concepto de Persona con Discapacidad (PCD) en lugar de discapacitado o insuficiente del Modelo Médico Biológico, ya que hace referencia a la persona como sujeto de derecho antes que a la discapacidad.

Bajo el Modelo Social, la discapacidad no se considera un síntoma o condición médica sino una construcción social que modifica o condiciona la realidad de estas personas. Ya no se las considera “enfermas” que deben ser tratadas o “menores de edad” cuyos derechos han sido limitados, sino como ciudadanos o ciudadanas activas en la vida política, económica y social de la comunidad, y cuya opinión debe ser tenida en cuenta a la hora de elaborar políticas de inclusión.

El modelo social busca generar las transformaciones sociales que impiden que las personas con discapacidad puedan vivir de acuerdo a sus derechos, propiciando la

participación e inclusión social. Promueve principios como la no-discriminación, la accesibilidad universal, el respeto por la diversidad humana y la autonomía de la persona para decidir acerca de su propia vida. (Diego, 2021, pág. 4)

Como **cuarto modelo**, podemos nombrar al **Modelo de la Diversidad**, que nace de la fusión de dos campos distintos: la bioética y la filosofía del derecho. (Cabrero, pág. 7)

Desde este modelo, se considera que todos los anteriores resultan insuficientes para dar soluciones efectivas tanto en el campo ideológico como en la vida de las personas que viven discriminadas por su diversidad funcional. Si bien se admite que el modelo social o de vida independiente, nacido del propio colectivo, ha resultado crucial para generar avances en el campo ideológico, se detecta una carencia porque está dirigido casi exclusivamente al ámbito de lo político y social, sin profundizar en el valor intrínseco de la vida de las personas con diversidad funcional. Desde el punto de vista del modelo de la diversidad, al igual que la reciente Convención de la ONU, aceptan la discapacidad de las personas pertenecientes al colectivo, y proponen herramientas sociales para compensar ésa falta de capacidad.

Este modelo descarta la utilización de la capacidad de las personas como eje conceptual de definición de colectivo, para convertirlo en una cuestión de dignidad; una dignidad que tiene dos vertientes: la dignidad intrínseca o moral que se sustenta en dar el mismo valor para todas las vidas de todos los seres humanos y la dignidad extrínseca o jurídica, que se obtiene al dar los mismos derechos y las mismas oportunidades a todas las personas.

Los modelos anteriores trabajan con fuerza el ámbito de la dignidad extrínseca o jurídica y la han convertido en una cuestión de derechos humanos, pero no han tenido en cuenta el ámbito moral de la persona, su dignidad intrínseca como ser humano.

Desde el Modelo de la diversidad, las personas con diversidad funcional se integran el colectivo de la diversidad humana y se ven discriminados de la misma manera que lo han sido históricamente las personas de otro género, otra raza, otra religión, otra orientación sexual, etc.

La aparición de este modelo, supone una revolución y una evolución de modelos anteriores de pensamiento y proporciona herramientas para afrontar con solvencia los campos de la filosofía moral y política, la bioética, la sociología, etc.

El término “diversidad funcional” se ajusta a una realidad en la que una persona funciona de manera diferente o diversa de la mayoría de la sociedad. Este término considera la diferencia de la persona y la falta de respeto de las mayorías, que en sus procesos constructivos sociales y de entorno, no tiene en cuenta esa diversidad funcional.

La aplicación práctica de este modelo en términos políticos y sociales ha supuesto un fuerte cambio en la visión que las personas con diversidad funcional tienen de sí mismas, y les ha dotado de herramientas para la emancipación de los modelos opresores y discriminatorios, con el fin de conseguir la plena ciudadanía a través de la consecución de sus derechos, de las herramientas necesarias para vivir en igualdad de oportunidades y de la aceptación de una realidad inamovible de la naturaleza: la diversidad.

“El término mujeres y hombres con diversidad funcional se propuso y empezó a utilizar en el Foro de Vida Independiente en enero de 2005. Era la primera vez en la historia y en el mundo que se propone un cambio hacia una terminología no negativa sobre la diversidad funcional, y que esa propuesta parte exclusivamente de las mujeres y hombres con diversidad funcional.” (Lovato, 2005, pág. 6)

Conviene tener en cuenta que una persona “entra” en el colectivo de las mujeres y hombres con diversidad funcional cuando no puede realizar las mismas funciones de igual manera que la mayoría. Vivimos en una sociedad en la que no se contempla la posibilidad de integrar plenamente la diversidad en todos sus ámbitos (educación, trabajo, edificación, transporte, comunicación, información, ocio, etc.).

Esa discriminación es la que obliga a un colectivo diferente, como es el de las mujeres y hombres con diversidad funcional, a agruparse e identificarse como un grupo humano que debe luchar para conseguir una ciudadanía plena y una igualdad de derechos y oportunidades efectiva en la sociedad, para conseguir ser un conjunto de personas cuya diversidad se aprecie como un valor, y encontrar su sitio en este mundo.

La diversidad funcional se refiere a la variabilidad en las capacidades físicas, cognitivas y sensoriales de las personas, que pueden ser congénitas o adquiridas. Es importante resaltar que la diversidad funcional es inherente a la condición humana.

Las personas con discapacidad son seres humanos que nacen y quieren vivir con los mismos derechos y dignidad que todos los demás, tal como lo establece la ONU: “Todos los

seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.”

El concepto de discapacidad se fue transformando en una construcción social, lo que ha llevado a cambios significativos en el marco legal y político para garantizar la inclusión de estas personas en la sociedad. Movimientos sociales liderados por Personas con Diversidad Funcional han sido fundamentales en este proceso, impulsando leyes y programas que promueven la igualdad de oportunidades y la eliminación de barreras para la participación plena y activa en la sociedad.

### Diferentes intervenciones en discapacidad

Existen diversos enfoques e intervenciones para abordar la discapacidad, que pueden variar según el tipo y grado de discapacidad, así como las necesidades individuales de la persona. A continuación, se mencionan algunas de las intervenciones más comunes en este ámbito:

En el nivel de prevención primaria, se destacan la promoción de la salud y la protección específica. La promoción de la salud implica acciones dirigidas a fortalecer la capacidad del paciente, su familia y la comunidad para mejorar el control de los determinantes de salud y modificar condiciones ambientales, culturales y socioeconómicas.

La protección específica comprende intervenciones de prevención a través de estrategias de inmunización, el control de la exposición a agentes patógenos, y la eliminación o disminución de comportamientos insalubres y de otros (Ortega & Plancarte, 2017)

Esto se logra mediante políticas públicas integrales, la creación de ambientes saludables, la adquisición de habilidades personales y la sensibilización a través de campañas y capacitación de profesionales de la salud. La protección específica comprende intervenciones como la inmunización y el control de la exposición a agentes patógenos. (MSP, 2019) (CONADIS, 2017 – 2021)

En el nivel de prevención secundaria, las intervenciones se centran en detectar factores de riesgo antes de que se manifieste por completo la enfermedad, lo que incluye el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y limitación del daño. Se promueven medidas de prevención, difusión y servicios de salud mental, así como programas de tamizaje.

En el nivel de prevención terciaria, se realizan acciones para evitar el deterioro y complicaciones en pacientes con discapacidad, permitiendo su máximo desarrollo y participación personal, social y laboral. La rehabilitación juega un papel fundamental en este nivel, abordando deficiencias y discapacidades para evitar daños irreversibles y mejorar la calidad de vida del paciente. Las estrategias de rehabilitación pueden ser de prevención o basadas en la comunidad e institucionales, según las necesidades individuales.

Es importante tener en cuenta que estas intervenciones pueden variar según la discapacidad en cuestión y las necesidades específicas de cada persona. En muchos casos, se requiere un enfoque interdisciplinario que incluya diferentes especialistas para brindar el mejor apoyo posible a las personas con discapacidad.

## Capítulo 2

### **Promoviendo la Equidad: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Igualdad de Derechos y Oportunidades en la Diversidad**

El máximo logro obtenido por las organizaciones a través de sus luchas ha sido la aprobación por parte de las Naciones Unidas de la «Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad» y un «Protocolo Facultativo» el 13 de diciembre de 2006. En Argentina, como un paso significativo hacia la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, ratificó la Convención y el Protocolo el 3 de diciembre de 2008. En ese mismo año, se aprobó por Ley 26.378 la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Desde entonces, el Estado en articulación con la sociedad civil trabaja en la promoción de la autonomía, la inclusión, la equiparación de oportunidades y la no discriminación, bajo el Paradigma Social de Derechos Humanos.

Se trata del primer instrumento internacional que supone un cambio de paradigma en las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad, ya adhiere al Modelo Social en el marco de los Derechos Humanos. La Convención se concibió como un instrumento de derechos humanos con una dimensión explícita de desarrollo social. En ella, se adopta una amplia clasificación de las personas con discapacidad y se reafirma que todas las personas con diferentes tipos de discapacidad deben poder gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

La Convención en su tratado, plantea en el artículo 1 lo siguiente: “El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

La Convención supone un cambio de paradigma en los enfoques de la discapacidad, al pasar de un modelo en el que las personas con discapacidad son tratadas como objeto de tratamiento médico, caridad y protección social a un modelo en el que las personas con

discapacidad son reconocidas como titulares de derechos humanos, activas en las decisiones que influyen en su vida y capacitadas para reivindicar sus derechos.

Es fundamental mencionar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ya que esta convención internacional adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006 es un hito importante en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad. La CDPD se suma a la discusión sobre la diversidad funcional y la inclusión de las personas con discapacidad al establecer un marco legal global para proteger y promover sus derechos.

Esta Convención abarca un amplio espectro de derechos. Los Estados Partes tienen la obligación de asegurar y fomentar el pleno ejercicio de todos los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales de las personas con discapacidad, como establece en el artículo 4 (CDPD,2006):

- a) Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención;
- b) Tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad;
- c) Tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad;
- d) Abstenerse de actos o prácticas que sean incompatibles con la presente Convención y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen conforme a lo dispuesto en ella;
- e) Tomar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discriminen por motivos de discapacidad;
- f) Empezar o promover la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipo e instalaciones de diseño universal, con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, que requieran la menor adaptación posible y el menor costo para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad, promover su disponibilidad y uso, y promover el diseño universal en la elaboración de normas y directrices;

- g) Empezar o promover la investigación y el desarrollo, y promover la disponibilidad y el uso de nuevas tecnologías, incluidas las tecnologías de la información y las comunicaciones, ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo adecuadas para las personas con discapacidad, dando prioridad a las de precio asequible;
- h) Proporcionar información que sea accesible para las personas con discapacidad sobre ayudas a la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo, incluidas nuevas tecnologías, así como otras formas de asistencia y servicios e instalaciones de apoyo;
- i) Promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad respecto de los derechos reconocidos en la presente Convención, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos.

Otro documento importante es la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, conocida como CIF. Se trata de una clasificación universal útil para múltiples usos y sectores que pretende establecer un marco y un lenguaje estándar para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella. Se la denomina habitualmente CIF porque pone el acento más en la salud y el funcionamiento que en la discapacidad, entendiendo funcionamiento como lo referente a las funciones corporales, las actividades y la participación y la discapacidad como lo relativo a deficiencias, limitación de actividades o restricción de la participación. Es una perspectiva corporal, individual y social. Adicionalmente la CIF también considera los factores contextuales (ambientales y personales) que interaccionan con estos componentes.

Tradicionalmente la salud y la discapacidad se han definido como conceptos excluyentes. Así, la discapacidad se entendía como un estado que empieza donde termina la salud, pasando entonces a constituir una categoría separada (modelo biomédico). En este punto la CIF supone un cambio conceptual radicalmente distinto. Asume que todos podemos experimentar en un momento determinado de nuestra vida un deterioro de la salud y, por tanto, un cierto grado de discapacidad. Así, salud y discapacidad se extienden por igual a lo largo del *continuum* de nuestra vida y de todas sus facetas y no son, por tanto, categorías separadas. Discapacidad no es, pues, la característica de algunos grupos sociales, sino que se trata de una experiencia humana universal, un concepto dinámico bidireccional fruto de la interacción entre estado de salud y factores contextuales (CIF, 2001).

“Los Factores Contextuales representan el trasfondo total tanto de la vida de un individuo como de su estilo de vida. Incluyen los Factores Ambientales y los Factores Personales que pueden tener un efecto en la persona con una condición de salud y sobre la salud y los estados “relacionados con la salud” de esta persona. Los Factores Ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. Los factores son externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales. Y los Factores Personales pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los “estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos”, el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas (sucesos de la vida pasada y sucesos actuales), los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características.” (OMS, 2001, págs. 26, 27)

La CDPD ha logrado un avance significativo hacia la construcción de una sociedad más inclusiva y equitativa, en la que se reconoce y respeta la dignidad y los derechos de todos, independientemente de sus capacidades funcionales. Su adopción y ratificación por parte de los países, incluida Argentina, demuestra un compromiso colectivo para promover autonomía, inclusión e igualdad de oportunidades.

## Capítulo 3

### **Intervención fonoaudiológica en discapacidad.**

“La fonoaudiología aborda la comunicación humana, es la disciplina científica que se ocupa de la prevención, la evaluación, tratamiento y rehabilitación de los trastornos de la comunicación humana, que pueden comprender alteraciones en la voz, el habla, el lenguaje, el aprendizaje y la audición, abarcando tanto a la población infantil como a la adulta.” (Díaz, pág. 219)

En este sentido, La Ley Nacional N° 27.568 “Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología” promulgada en el año 2020 que tiene por objeto establecer el marco general del ejercicio profesional de la disciplina en el ámbito nacional y en el de las jurisdicciones que adhieran a la misma, proclama en su Capítulo II: “Se considera ejercicio profesional de la fonoaudiología a las siguientes actividades: promoción, prevención, estudio, exploración, investigación, evaluación por procedimientos subjetivos y objetivos que permitan el diagnóstico, pronóstico, seguimiento, tratamiento, habilitación y rehabilitación de las patologías de la comunicación humana en las áreas de: lenguaje, habla, audición, voz, fonoestomatología entendida como funciones orales de succión, masticación, sorbición y deglución para el tránsito de la saliva y las relacionadas con la ingesta de la alimentación, e intervención temprana entendida como acciones de neurorehabilitación para desarrollar las funciones que sustentan la comunicación y el lenguaje.” (artículo 2)

El profesional de la fonoaudiología tiene diversas responsabilidades y áreas de acción en su ejercicio profesional. Está capacitado para realizar actividades de promoción de la salud y profilaxis en áreas como la audición, voz, lenguaje, habla, fonoestomatología e intervención temprana. Además, puede prevenir, detectar, evaluar clínicamente e instrumentar, y diagnosticar una variedad de trastornos en estas áreas, así como en la audición y vestibular.

Los abordajes fonoaudiológicos en las personas adultas abordan los trastornos del habla, colaborando con individuos que enfrentan dificultades en la pronunciación y comprensión. Mediante la mejora de la articulación y fluidez del habla, se facilita la comunicación oral y la interacción con los demás.

En el caso de personas con discapacidades auditivas, los fonoaudiólogos proporcionan evaluación auditiva, recomiendan dispositivos auditivos adecuados y ofrecen terapia para mejorar la percepción del sonido y la comunicación en entornos auditivos.

Además, abordan las dificultades relacionadas con la deglución y la alimentación, evaluando la función alimentaria, recomendando modificaciones dietéticas y realizando ejercicios para mejorar la capacidad de deglución de manera segura, previniendo problemas de aspiración y promoviendo la salud gastrointestinal.

Al enriquecer la comunicación, los fonoaudiólogos contribuyen significativamente a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, facilitando su participación en la sociedad, el mantenimiento de relaciones significativas y el acceso a oportunidades educativas y laborales.

La fonoaudiología puede desempeñar un papel significativo en la inclusión al mejorar las habilidades comunicativas, fomentar la confianza, adaptar entornos y proporcionar educación y orientación para que las personas puedan participar de manera autónoma y significativa en su vida diaria.

Las acciones fonoaudiológicas no solo se centran en las habilidades técnicas, sino que también ofrecen apoyo emocional a los pacientes y sus familias, ayudándoles a superar la frustración y la ansiedad asociadas con las dificultades de comunicación. Trabajan en colaboración con otros profesionales de la salud para un enfoque integral y compasivo en la atención de sus pacientes.

La Asociación Americana de Audición, Habla y Lenguaje (ASHA, 1997), una de las agremiaciones profesionales más importantes del mundo, establece que el fonoaudiólogo ejerce los siguientes roles: a) asistencial, dirigido a mejorar el estado de comunicación y las posibilidades de rehabilitación; b) docente, el profesional de la comunicación humana y sus desórdenes se dedica a la formación de los futuros profesionales; c) investigativo, generan conocimiento básico o aplicado acerca de la comunicación, de los desórdenes de comunicación y de la práctica profesional; y d) administrativo, el fonoaudiólogo se desempeña como administrador de unidades de servicio y programas de formación.

“Nosotros/as orientamos, acompañamos, escuchamos. Nuestra labor es intervenir allí, ponernos metas, observar logros y seguir, dejándolos reconstruir su propio lenguaje. Para que este tenga efectos subjetivantes y ese ser pueda interrogarse e interrogar al otro será necesario que en su entorno haya personas que lo escuchen y lo reconozcan como un sujeto activo en su decir, él debe apropiarse de su palabra.” (Díaz, pág. 216)

Es importante recordar que las personas con discapacidad son individuos con sus propias habilidades, talentos y perspectivas únicas. La discapacidad no debe definir a una persona ni limitar sus oportunidades en la vida. La inclusión y el apoyo son clave para garantizar que todas las personas tengan la oportunidad de participar plenamente en la sociedad.

Todas estas actividades, concretadas desde una mirada inclusiva de las diversidades, el empoderamiento de cada persona y el desarrollo de su autonomía, su libertad y el derecho a ser parte de una sociedad que nos contenga a todos en general y a cada uno en particular. La fonoaudiología fue, es y será ese espacio de transformación de miradas.

#### "Fonoaudiología en Acción: Integración Interdisciplinaria para un Cuidado Integral"

El rol del fonoaudiólogo es esencial en el apoyo de personas adultas con discapacidad, ya que contribuye significativamente a su calidad de vida al mejorar su comunicación, habilidades de habla, audición y capacidad de alimentación segura.

Entendemos que el sujeto es un ser social, en relación continua con su medio en el que se presentan determinados factores que inciden en su persona. Es por ello que desde una concepción integral y procesual de la salud-enfermedad-cuidado deviene una modalidad de intervención interdisciplinaria, de modo que los determinantes implicados en el proceso pertenecen al dominio de diferentes disciplinas.

La palabra “interdisciplina” se compone del prefijo inter, cuya etimología es de origen latino y alude a “en medio de” o “entre” y la palabra disciplina. Se trata de una modalidad de abordaje a partir de la relación entre distintas disciplinas y una postura epistemológica crítica al paradigma positivista de la ciencia. Implica también el reconocimiento de que los campos disciplinares no son un reflejo de distintos objetos reales sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos (Stolkiner, 2005).

“La interdisciplinariedad es un posicionamiento que surge a partir de la presentación de situaciones- problemas cada vez más complejos que requieren de una estrategia integral que respete al sujeto desde un punto de vista holístico. Los objetos de estudio complejos requieren de la colaboración de las más diversas disciplinas para su comprensión y explicación científica. Además, permite individualizar aspectos comunes y rescatar e integrar aspectos propios de cada disciplina en un marco de respeto hacia el saber del otro y al mismo tiempo, un espacio de producción común. Se basa en el respeto por el saber del otro, que permite valorar otras miradas y no invadir territorios.” (Díaz, pág. 236)

Un enfoque interdisciplinario comienza formulando dos preguntas: ¿Cuál es nuestra contribución a la solución del problema? ¿Y con quién trabajamos en este proceso? A medida que avanza el trabajo, el conjunto de profesionales se expande y se vuelve más complejo, porque se sabe que un solo profesional o una sola disciplina no puede hacer frente a la complejidad de los problemas. Se muestra un desempeño más efectivo cuando se construye a partir de encuentros cotidianos que surgen de la propia necesidad laboral.

Como dice Yamile Díaz en el capítulo “Pensando nuestra práctica colectivamente: la interdisciplina” (2023) que esta práctica “requiere de horizontalidad (se desarman jerarquías), flexibilidad (la acción va en distintas direcciones y en función del contexto los actores van adecuándose, sin actitudes dogmáticas, con reconocimiento de divergencias y disponibilidad para el diálogo) apertura, (en cuanto a la búsqueda de modelos, métodos de trabajo, técnicas, para proponer resoluciones frente a la complejidad), y complementariedad (todos aportan para alcanzar los objetivos comunes).”

Para construir otro posicionamiento clínico, es necesaria una ruptura del énfasis puesto en la enfermedad para centrar sobre el sujeto concreto, portador de alguna patología que vive en un contexto social determinado (Sousa Campos, 2009), marcado por una historia singular, por un cuerpo que habla y expresa su sufrimiento y sus deseos. “La base de la estrategia para una *clínica centrada en el sujeto* es poder establecer relaciones dialécticas entre el sujeto, sus dolencias y sus deseos. Construir ese espacio singular en el que cada caso será diferente a los demás, entendiendo al proceso de salud / enfermedad como una peculiar relación entre el sujeto y el mundo externo, que define tanto a la salud como a la enfermedad como conceptos situacionales y relativos, y no como absolutos e inamovibles.” (Fagioli, 2023, pág. 273)

Para una Clínica centrada en el sujeto, es fundamental la constitución de un equipo interdisciplinario que permita gestar estrategias de trabajo, poniendo eje en la construcción del vínculo entre los profesionales y los sujetos usuarios de los servicios de salud. La implementación efectiva de estas propuestas no puede llevarse a cabo de manera aislada ni mantenerse a largo plazo. Es necesario trabajar en proyectos terapéuticos globales que posibiliten la creación de redes de apoyo y contención, tanto interdisciplinarias como intersectoriales, para respaldar y fortalecer las diversas intervenciones.

Por último, es necesario enfatizar la importancia del enfoque interdisciplinario en la fonoaudiología ya que permite un tratamiento integral de los problemas complejos que enfrenta el paciente y su entorno. Este enfoque tiene en cuenta todas las variables y factores relevantes, combinando conocimientos de diferentes disciplinas, así como conocimientos no científicos. Escuchando compasivamente las inquietudes de la familia e incluyendo activamente su perspectiva en la implementación del plan de tratamiento, garantizamos no sólo la continuidad, sino también un mejor cumplimiento.

## Capítulo 4

### **Personas con Discapacidad: Integración y Participación en la sociedad**

Las personas con discapacidad comprenden que la misma abarca mucho más que simplemente desafíos físicos. Saben que enfrentan una serie de complejidades que van más allá de las limitaciones físicas. Salir del hospital o del centro de rehabilitación con una silla de ruedas o un vehículo adaptado es solo el comienzo de sus desafíos.

Esta realidad conlleva a las PCD enfrentar obstáculos adicionales en áreas cruciales como la búsqueda de empleo, la vivienda, y enfrentar la discriminación en diversas formas. Tener una discapacidad no es sólo tener un defecto físico, psíquico o sensorial: es formar parte de una realidad socio-política compleja que se vive día tras día. Sus particularidades y aún sus dificultades, los marcan en vivencias compartidas: al apropiarse de su vida, elaborar proyectos y procurar llevarlos a cabo, se enfrentan con múltiples situaciones discapacitantes generadas en el seno mismo de la sociedad.

El objetivo de los ejes de accionar de las personas con discapacidad se trata de igualar oportunidades en todos aquellos ámbitos que favorezcan el desarrollo vital de la sociedad: el derecho a la educación, al trabajo, al descanso y a la vida plena: el derecho al crecimiento personal, a la creación de familia, a la libertad, poder explorar los lugares y espacios en los que vivimos. Por lo tanto, sus acciones obligan a un cambio fundamental en el concepto de persona, así como del entorno y la sociedad en la que se desarrollan.

¿Qué ajustes deben producirse entonces en nuestra sociedad para adecuarse a las necesidades planteadas por esta situación? ¿Cómo adecuarse a la inclusión plena de un sector de la población cada vez más activo y potente, con características físicas y funcionales diferentes?

La adaptación de la sociedad a las necesidades de un sector de la población con características físicas y funcionales diferentes se conoce como inclusión social. Promover la inclusión plena de personas con discapacidades, capacidades diferentes o necesidades especiales requiere una serie de ajustes y cambios en diferentes áreas de la sociedad.

Una de las mayores barreras a las que se enfrentan diariamente las personas con discapacidad es la falta de accesibilidad, que es un requisito previo para que logren vivir de manera independiente y participar activamente. A partir de la Convención se garantiza el acceso de las PCD a cualquier lugar y a cualquier tipo de información. Esta hace referencia a la accesibilidad al indicar que:

A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales (ONU, 2006, p. 20)

La accesibilidad es uno de los principios generales básicos para poder aplicar la Convención con éxito e iniciar el proceso hacia el logro de sociedades inclusivas, comprende dos aspectos: por una parte, el acceso al entorno físico, que implica adoptar medidas para eliminar los obstáculos que lo impiden, y por la otra, el acceso a la información y la comunicación, que los Estados están obligados a garantizar elaborando estrategias para que los servicios de información y comunicación estén al alcance de diferentes grupos de personas con discapacidad. (Arévalos, 2014, pág. 20)

Cabe destacar que la Convención representa un cambio de paradigma en el disfrute de los derechos de las personas con discapacidad, ya que deja de lado modelos asistencialistas, para un modelo de autonomía e independencia. Permitir el ejercicio de esta autonomía sin oponer como pretexto la discapacidad, es vivir en una sociedad inclusiva que no discrimine a este colectivo. “El objeto de la Convención no es crear nuevos derechos sino garantizar a las personas con discapacidad el ejercicio en igualdad de condiciones, de los derechos ya reconocidos a todas las personas” (Palacios, 2008, p. 270). No crea ningún derecho nuevo, pero prohíbe específicamente la discriminación de estas personas en todos los ámbitos y además reconoce el derecho a los ajustes razonables necesarios para el ejercicio en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos. (Arévalos, 2014, pág. 20)

“La autonomía, en el marco de la discapacidad, tiene una comprensión diferente a la habitual. No rechaza el apoyo o la colaboración de los demás. Por el contrario, lo reclama y exige, y revela el carácter eminentemente social de la convivencia que la hace posible bajo la figura de la interdependencia. Es una demanda vital para las personas con discapacidad, quienes ven restringidas sus oportunidades de desarrollo y de inclusión debido a las barreras del entorno y a la opresión en un mundo social que a menudo no considera sus necesidades y limitaciones.” (Flendi, s.f., pág. 11)

Básicamente, la autonomía representa la búsqueda de la autodeterminación, la libertad y la independencia a la hora de tomar decisiones no solo en el ámbito individual de la vida de cada uno, sino también en el ámbito social, económico y político de la organización de la sociedad y del Estado, a través de la legislación y de las políticas públicas. Es un principio que permite a las personas con discapacidad participar en diversas formas de vida comunitaria y también socialmente como miembros activos con voz y voto en las decisiones que les afectan.

#### Fonoaudiología y Comunicación en la Diversidad Humana

“La comunicación es un proceso que permite identificar cada una de las capacidades o habilidades con las que cuentan los seres humanos; gracias a ella los seres humanos participan en un contexto y ayuda a lograr una calidad de vida y un bienestar comunicativo. La calidad de vida es un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva, hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina felicidad y/o sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo.” (MORENO, 2017, pág. 24)

Es importante reconocer que en los contextos en donde se desenvuelven las personas se presentan factores que se convierten en barreras o facilitadores los cuales influyen en la participación de las personas. Según la OMS (2002) esas barreras y esos facilitadores corresponden a factores de riesgo y factores de protección. Los primeros se asumen como la forma en la que cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión; los segundos enmarcan factores de protección, es decir, aquellos aspectos que favorecen el desarrollo del individuo, se

encuentran orientados hacia estímulos de vida saludables; y a su vez sirven como moderadores de factores de riesgos.

Cuando una persona presenta una dificultad en la comunicación, el fonoaudiólogo es el encargado de evaluar y rehabilitar al sujeto. Según la ASHA (2008) el fonoaudiólogo es un profesional importante dentro de un equipo multidisciplinar ya que a través de las acciones puede lograr que accedan y comprendan nuevamente información. Lo anterior se debe a que el fonoaudiólogo es un “profesional que se ocupa en la práctica profesional en las áreas de comunicación y deglución a lo largo de la vida.”

Para que un fonoaudiólogo preste servicios, el alcance de la práctica consta de roles como prevenir, detectar, evaluar clínicamente e instrumentar, y diagnosticar una variedad de trastornos en distintas áreas. El profesional de la comunicación humana y sus desórdenes ejerce unas funciones relacionadas con la Clasificación Internacional para el Funcionamiento y la Discapacidad CIF (OMS 27 2001) la cual abarca dos componentes las que se relacionan con las condiciones de salud y las que tienen que ver con los factores contextuales. Las primeras aluden a las funciones y estructuras corporales, a las actividades y a la participación de las personas. Las segundas están relacionadas con los factores ambientales y contextuales que se convierten en barreras o facilitadores para la comunicación de las personas. Esto se relaciona en gran medida con el abordaje que brinda el fonoaudiólogo desde los distintos factores que desencadenan un desorden comunicativo. Esta profesión se proyecta en los escenarios salud, educación, laboral y bienestar social en los cuales se requiera su contribución, ya que la comunicación humana es un componente fundamental para la participación, la convivencia, la inclusión social y el desarrollo de las personas.

El abordaje de la fonoaudiología puede brindar distintos apoyos comunicativos que sean necesarios en diferentes los ciclos de la vida. Uno de ellos, es la comunicación aumentativa y alternativa, para personas adultas con discapacidades que no puedan comunicarse de forma autónoma y requieran de estos dispositivos, se destaca la importancia de adaptar estos sistemas y estrategias según las necesidades individuales y el entorno social.

Se puede mencionar que las personas adultas con discapacidades adquiridas o congénitas pueden experimentar cambios en su comunicación a lo largo de la vida, desde el acceso a la

educación hasta la integración laboral y la vida independiente. Además, se destaca la importancia de proporcionar herramientas y estrategias adecuadas para mantener la capacidad de comunicación y la autonomía de estas personas, así como para preservar sus relaciones sociales y su participación en la comunidad, ya que permite que la persona pueda expresar sus deseos, emociones y pueda tomar sus propias decisiones.

## Conclusiones

En reflexión a lo postulado anteriormente, se puede decir que el término "discapacidad" ha evolucionado desde una perspectiva centrada en la condición individual y médica hacia un enfoque más amplio que considera el entorno social de la persona. También, este término ha ido cambiando desde una visión histórica de discriminación y limitaciones hacia un punto de vista que en la actualidad enfatiza los derechos humanos, la inclusión y la autonomía de estas personas. Además, se vio el crecimiento de la toma de conciencia y aceptación de las personas con discapacidad para construir una sociedad lo más inclusiva posible.

Hubo una evolución en los modelos de discapacidad, como un cambio de paradigma. Antes a la PCD en el modelo denominado Prescindencia, se suponía que las causas que daban origen a la misma tenía un motivo religioso, luego se propuso uno nuevo denominado Rehabilitador que establecía que las causas que originaba la diversidad funcional no eran religiosas, sino científicas. Desde este modelo, las personas ya no eran consideradas inútiles o innecesarias, siempre que sean rehabilitadas. Podemos decir, que este cambio se refleja en la transición de un modelo médico-rehabilitador, que enfatiza la corrección de deficiencias individuales, hacia uno social que reconoce las barreras ambientales y sociales como principales obstáculos.

Otro punto importante a destacar es que la sensibilización y la aceptación de estas personas son aspectos necesarios para construir una sociedad más equitativa. Esto implica comprender las necesidades, los desafíos y el potencial de las personas y valorar su participación activa en todos los ámbitos de la vida. Significa que deben eliminarse las barreras físicas, sociales, económicas y culturales que limitan su participación.

Podemos aludir que la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad pretende un cambio social para el logro de la inclusión en la sociedad de las personas con diversidad funcional, eliminando para ello las barreras que impiden su participación en todos los ámbitos.

Un aspecto a mencionar es que, para mejorar la práctica interdisciplinaria con el fin de abordar las necesidades de los adultos con discapacidad de una manera más integral, es necesario establecer una colaboración estrecha y coordinada entre las diferentes disciplinas.

Esto debe basarse en un enfoque centrado en la persona que reconozca la singularidad de cada individuo y la diversidad de las mismas. Para ello, es crucial promover una comunicación entre profesionales, lo que implica compartir información relevante y conocimientos desde sus áreas.

Respondiendo al interrogante ¿qué roles desempeñan los fonoaudiólogos en la promoción de la comunicación y el desarrollo de habilidades comunicativas en personas con discapacidad? Se puede decir que el rol es el de contribuir a mejorar aspectos de la comunicación como el aumento de la capacidad de expresión, de comprensión y el uso del lenguaje de manera efectiva, y en diferentes situaciones sociales

Queda claro que la discapacidad en la adultez, presenta una serie de desafíos significativos en términos de su integración social. A través de una intervención fonoaudiológica adecuada y centrada en las necesidades individuales, es posible mejorar de manera significativa su calidad de vida y facilitar su inserción laboral y social.

Con respecto a la pregunta: ¿de qué manera la intervención fonoaudiológica puede promover la autonomía y la participación activa en la sociedad? Podemos decir que esta práctica desempeña un papel significativo al mejorar las habilidades comunicativas, fomentar la confianza, adaptar entornos y proporcionar educación y orientación para que las personas puedan participar de manera autónoma y significativa en su vida diaria. La posibilidad de brindar apoyos como el uso del lenguaje escrito, la expresión no verbal, y los sistemas alternativos y aumentativos, permite que la PCD tenga herramientas comunicativas efectivas en diferentes contextos. Estas acciones no solo se centran en las habilidades técnicas, sino también en ofrecer contención a los pacientes y sus familias, ayudándoles a superar la frustración y la ansiedad asociadas con las dificultades de comunicación, realizando las derivaciones oportunas a otros profesionales de la salud. En esta línea, el abordaje interdisciplinario, en articulación con profesionales de la salud mental, kinesiología, terapia ocupacional, fisioterapia, neurología, nutrición, entre otros, permite elaborar un plan ajustado a las necesidades de cada usuario que requiere de nuestra intervención.

El autor Mauricio Mareño Sempertegui (2012) destaca en su artículo “El Saber convencional sobre la discapacidad y sus implicancias en las prácticas” que hay “una amplia

carretera que vamos a denominar la **corriente principal** de la **vida social**. Por esta vía transcurre la vida de todos nosotros, ahí están los espacios comunes de recreación, educación, capacitación, las instituciones que nos brindan servicios de salud, servicios culturales, nuestros espacios de consumo, de producción, es decir, todos aquellos ámbitos de la vida en los que participamos en diferentes etapas de nuestro ciclo vital”. (pág. 134)

Por otro lado, hay un grupo poblacional que está excluido, que circula por carriles diferenciados. Al decir de este autor, la vida de las PCD transcurre en un espacio diferente del “carril central” donde suceden la mayoría de las actividades de las personas sin discapacidad.

Se puede señalar que la metáfora del "carril diferenciado" describe las barreras físicas, sociales y culturales que limitan la participación plena de las personas con discapacidad en la sociedad. Estas barreras se pueden manifestar en la falta de accesibilidad en entornos físicos, discriminación en el ámbito laboral y educativo, lo que hace que ciertas personas no puedan incluirse en las actividades de ocio, deporte, turismo, cultura y otros espacios de socialización.

El papel del fonoaudiólogo es esencial para promover inclusión y accesibilidad a las PCD. Se trata de empoderarlas para que gestionen sus vidas y ejerzan sus derechos en igualdad de condiciones, a través de intervenciones centradas en la comunicación, las habilidades sociales y la autonomía. El fonoaudiólogo puede ayudar a estas personas a salir del "carril diferenciado" y participar activamente en todos los aspectos de la vida social y comunitaria.

La práctica fonoaudiológica se enmarca de una perspectiva más amplia de transformación social que tiene como objetivo eliminar las barreras y construir una sociedad más inclusiva y equitativa. Esto requiere de un enfoque interdisciplinario, la sensibilización y la promoción de prácticas que garanticen la igualdad de oportunidades y el respeto a la diversidad, destacando su papel esencial en este proceso de cambio y transformación.

## (Sempertegui, 2012) Bibliografía

- American Speech-Language-Hearing Association. (2016). *Scope of Practice in Speech-Language Pathology. Comité Especial sobre el alcance de la práctica en Patología del Habla-Lenguaje* Recuperado de: [http://www.asha.org/policy/SP2016-00343/?utm\\_source=asha&utm\\_medium=newsletter&utm\\_campaign=accessslp030916](http://www.asha.org/policy/SP2016-00343/?utm_source=asha&utm_medium=newsletter&utm_campaign=accessslp030916)
- Arévalos, M. F. (2014). *Enfoque de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: las Tecnologías de la Información y Comunicación como elemento de inclusión social*. Rev. Int. Investig. Cienc. Soc., 239 - 262.
- Cabrero, J. R. (s.f.). *El Modelo de la diversidad: una herramienta para la emancipación y la plena ciudadanía de las personas con diversidad funcional*.
- Díaz, Y. (enero, 2021). *Pensando nuestra práctica colectivamente: la interdisciplina*. En E. d. FCM, *Fonoaudiología. Intervenciones y Practicas Posibles*. Fervil Impresos.
- Diego, C. (2021). *La autonomía en la discapacidad desde la perspectiva de la ética del cuidado*. **Revista Contextos N°48**.
- Fagioli, M. (2023). *Abordaje Clínico en el campo de la Discapacidad. Un poco más allá de lo Disciplinar*. En A. y. Isaias, *Debates y tensiones en el campo de la discapacidad, desde una perspectiva social*. En prensa.
- Flendi, F. (s.f.). *El modelo social y la convención de los derechos de PCD*. Obtenido de <https://fledni.org/curso/discapacidad/lesson/104384>
- Garavelli, V. B. (s.f.). *Breves reflexiones sobre la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. En “Libro homenaje al Dr. Juan Carlos Gardella”, CEIDH.

- Ministerios de Salud Pública (MSP). (2018). *Calificación de la Discapacidad. Ministerio de Salud Pública Ecuador*, recuperado: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/12/Manual\\_Calificaci%C3%B3nde\\_Discapacidad\\_2018.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/12/Manual_Calificaci%C3%B3nde_Discapacidad_2018.pdf).
- Moreno, N. C. (2017). *Roles, funciones y escenarios en los que se desempeña el fonoaudiólogo en su quehacer profesional con la población adulta mayor {Tesis de Licenciatura, CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA}*. Bogota.
- Ley Nacional N°27.568:*Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología. Artículo 2.* Obtenido de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236542/20201027>
- Lovato, M. -R. (2005). *Diversidad funcional, un nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano.*
- Sempertegui. M. M (2012) *El Saber convencional sobre la discapacidad y sus implicancias en las prácticas*
- Sousa Campos, W. (2009). *Gestión en salud. En defensa de la vida.* Buenos Aires: Lugar Editorial
- Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y Salud mental. IX Jornadas Nacionales de salud Mental. I Jornadas provinciales de psicología: Salud Mental y mundialización. Estrategias posibles en la Argentina de hoy.* Posadas.
- OMS, O. M. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (version abreviada).* Grafo, S.A.
- OMS, O M. (2002) *Envejecimiento activo: un marco político:* Madrid: España: Revista Española de Geriatría y Gerontología # 37(S2):74-105.
- ONU. (2006). *Convencion sobre los derechos de las personas con discapacidad.* CONAPRODIS.

- Palacios, A. (2008). *El modelo social de la discapacidad: Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con discapacidad*. Recuperado de:  
[http://www.uis.edu.co/webUIS/es/catedraLowMaus/lowMauss11\\_2/sextaSesion/El%20modelo%20social%20de%20discapacidad.pdf](http://www.uis.edu.co/webUIS/es/catedraLowMaus/lowMauss11_2/sextaSesion/El%20modelo%20social%20de%20discapacidad.pdf)
- RAE. (2020). *Diccionario de la lengua española* (20° ed.). escasa calpe.
- Valencia, L. A. (2014). *Breve historia de las personas con discapacidad: de la Opresion a la lucha por sus Derechos*.