



Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Psicología
Secretaría de Estudios de Posgrado

Maestría en Clínica Psicoanalítica con Niños (Coneau Res. 11739/14)

TESIS

“La clínica fonoaudiológica con orientación psicoanalítica y las intervenciones tempranas vinculadas a la alimentación con niños y niñas que presentan disfagia.”

Autora: Ivana Casarotto
ivanacasarotto@hotmail.com

Directora: Dra. Daniela Muiña.

Rosario, 25 de marzo de 2022.

RESUMEN

Este estudio se propone caracterizar y analizar las estrategias clínicas y los modos de intervención fonoaudiológicos vinculados a la alimentación en niños/as que presentan disfagia y han requerido intervenciones en la zona orofacial. Asimismo, se busca reflexionar en torno a las particularidades de las intervenciones fonoaudiológicas cuando se entran en un trabajo interdisciplinario o transdisciplinario, en la medida de lo posible, desde una perspectiva que tenga en cuenta los procesos de subjetivación tempranos. En la construcción de la trama de referencias conceptuales se realiza un recorrido por las escasas investigaciones que cuentan como antecedentes desde el ámbito de la fonoaudiología. Se conceptualizan las prácticas clínicas que suelen utilizarse en pacientes que presentan disfagia, tomando diferentes autores que aportan a reflexionar sobre la temática. Luego se mencionan nociones teóricas sobre interdisciplina y transdisciplina y, al finalizar, se hace referencia a los aportes que el psicoanálisis le proporciona a la clínica fonoaudiológica.

La investigación podría encuadrarse dentro de un enfoque cualitativo, donde el material clínico de un niño en la primera infancia funciona como disparador de la investigación al generar interrogantes que cuestionan la práctica misma. En el análisis se integrarán aspectos de dicho material con siete entrevistas a profesionales de la fonoaudiología especializados/as en disfagia con niños/as, que presentan miradas heterogéneas.

Dentro de los resultados alcanzados, se plantea que la clínica fonoaudiológica con orientación psicoanalítica implica una mirada atenta hacia el sujeto que manifiesta dificultades en la alimentación y su entorno, en donde se teje un entramado entre lo que el/la paciente necesita y permite, un entonamiento afectivo entre el/la terapeuta y el o la niño/a, su familia y/o cuidadores y las técnicas deglutorias específicas que facilitan una alimentación apropiada. Este posicionamiento acercaría una mirada crítica hacia el interior de la clínica fonoaudiológica, una reflexión sobre los abordajes en la alimentación como acto de subjetivación en períodos críticos de constitución psíquica. Estas intervenciones tempranas requieren que podamos desentrañar lo que se teje en el discurso parental y en el acto del comer, para posibilitarle a ese/a niño/a otros lugares simbólicos dentro de la trama familiar, en relación con la alimentación.

PALABRAS CLAVE: disfagia, alimentación, clínica fonoaudiológica, procesos de subjetivación, orientación psicoanalítica.

DEDICATORIA

*A mis abuelos Juan Carlos y Bautista,
motores de mi deseo.*

AGRADECIMIENTOS

A los niños y las niñas que interpelaron mi práctica clínica, me impulsaron a desandarla y recorrer formas más empáticas y subjetivantes de intervenir.

Un agradecimiento especial a la Dra. Daniela Muiña por haberme acompañado en esta aventura y a encausar el proceso de escritura con tanta paciencia y dedicación.

A la Universidad Nacional de Rosario, por impulsar a tantos/as a la reflexión y formación constante.

INDICE

Tema.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. Problema de investigación:.....	8
1.2. Objetivos	9
1.2.1. Objetivos generales	9
1.2.2. Objetivos específicos.....	9
1.3. Estrategia metodológica.....	10
2. CUERPO DE LA TESIS	15
2.1. Estado de la cuestión	15
2.2. Marco Teórico.....	17
2.2.1. Conceptos en relación a la disfagia y la alimentación	18
2.2.2. Interdisciplina y transdisciplina.....	24
2.2.3. Aportes del psicoanálisis a la clínica fonoaudiológica	27
3. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN:	33
Clínica fonoaudiológica con niños/as que presentan disfagia.	33
3.1. Relación entre disfagia y alimentación.....	34
3.2. Modalidades de intervención al comienzo del tratamiento fonoaudiológico.....	36
3.3. Modo de utilización de técnicas deglutorias específicas.	39
3.4. Intervención ante aversión sensorial a los alimentos.	42
3.5. Consideración de los procesos de subjetivación.	44
3.6. Consideración sobre el juego y el jugar.....	47
3.7. Lugar otorgado a familiares y cuidadores.....	49
3.8. Modalidad de trabajo con otros/as profesionales.....	51
4. CONCLUSIONES.....	58
5. BIBLIOGRAFÍA.....	62
6. ANEXOS.....	66

Tema

“La clínica fonoaudiológica con orientación psicoanalítica y las intervenciones tempranas vinculadas a la alimentación con niños y niñas que presentan disfagia.”

1. INTRODUCCIÓN

A la clínica fonoaudiológica suelen llegar derivaciones de niños/as con dificultades en el desarrollo, en sus etapas tempranas. Cuando consultan por disfagia o trastornos deglutorios en los primeros tiempos, generalmente llegan por indicación médica directa, con solicitud de tratamientos y estudios objetivos de la deglución. Todo esto suele darse, muchas veces, cuando el niño o la niña ni siquiera tienen un diagnóstico; con padres y madres generalmente angustiados, desorientados, con resistencias a la interconsulta psicológica, y tomados por el discurso médico. En algunos casos no hay tiempo, la cuestión es de vida o muerte.

Como profesional de la fonoaudiología, se tienen las herramientas clínicas para trabajar los distintos aspectos de la deglución que se encuentran afectados, sabiendo la importancia de la formación específica y de la intervención oportuna y temprana, pero cuando un niño o una niña y su entorno llegan rodeados de tanta angustia, aplicar la técnica sin tener en cuenta los procesos de subjetivación en tiempos tan primarios puede ser contraproducente.

La presente investigación fue motivada por el trabajo con un niño en particular¹, que llegó a la consulta con diagnóstico de disfagia cerca del año de vida, y estuvo en tratamiento fonoaudiológico durante la primera infancia al mismo tiempo que recibía atención de otras áreas de la salud dentro de un equipo interdisciplinario. El niño presentaba serios problemas en el desarrollo y se valía de traqueotomía y gastrostomía para respirar y alimentarse.

Cuando llegó a la consulta fonoaudiológica, había sido estudiado médicamente, incluso por varios profesionales de las mismas especialidades. Al momento de la presentación su madre y su padre lo describían mencionando aspectos de salud, junto con el relato de episodios que lo encontraron al borde de la muerte. Describían sus días como agobiados por la intervención de varias personas en la internación domiciliaria.

¹ Este paciente con el que se trabajó ya no concurre desde hace tiempo a la consulta fonoaudiológica, fue atendido en otra localidad, por lo que no se tiene acceso a solicitar consentimiento informado. A pesar de ello, se han ficcionado los datos que se presentan en el escrito, tomando los resguardos éticos correspondientes.

El proceso alimentario, en este caso, fue intermitente. En un primer tiempo se evidenció un rechazo total a los alimentos, luego se logró la alimentación oral por momentos breves presentando los alimentos a manera de experiencias para jugar, mediante la asociación de la comida al placer de saborear y experimentar. Sin embargo, en una etapa posterior, alrededor de los tres años de edad, por complicaciones respiratorias, al paciente debieron realizarle intervenciones médicas, que implicaron internaciones prolongadas, en las que le ataban las manos para que no se arrancara los cables y tubos. Luego de estas prácticas se observó una reactualización del rechazo a los alimentos, permaneciendo en una posición pasiva durante las sesiones posteriores. El niño no volvió a probar nada más por vía oral; si había alimentos en la mesa, los guardaba o me los devolvía; imitaba la acción de comer y cocinar con juguetes de cocina, pero no se llevaba ningún alimento a la boca; se tiraba en el piso del consultorio, se tapaba la cara y cuando se caía no ponía las manos para protegerse de los golpes.

En una sesión el niño tomó una pinza de juguete y se apretó el labio con ella muy fuerte sin mostrar expresión de ningún tipo en su cara.

Fue a partir de esa escena, ese encuentro-desencuentro clínico, que se inauguraron interrogantes sobre el quehacer fonoaudiológico en la alimentación en los primeros tiempos de constitución subjetiva. La posibilidad de repensar la práctica con la que generalmente se trabaja; la importancia de tener en cuenta que detrás de una boca reacia al alimento puede haber un sujeto con experiencias traumáticas que, dependiendo, entre otras cuestiones, de las decisiones que los/as profesionales tomemos, puede sufrir avances o iatrogenias.

En cuanto a la relevancia disciplinar y/o social, este tema puede aportar al debate clínico sobre la experiencia del hacer fonoaudiológico cuando es llamado a intervenir en la consulta por niños/as que presentan dificultades en la deglución. En estas situaciones el saber demanda ser repensado, ya que lo que viene del cuerpo no puede dejar de estar entramado con los procesos atinentes a la constitución de la subjetividad.

En efecto, podría ser de relevancia para la comunidad fonoaudiológica y de los/as profesionales que trabajan en el ámbito de las intervenciones tempranas, con niños/as que presentan diversos problemas del desarrollo, para poder repensar las formas de abordaje con respecto a la alimentación en los primeros tiempos de vida y la primera infancia, sin que esta quede escindida de la constitución subjetiva.

En cuanto al contexto del marco conceptual de la Maestría de Clínica Psicoanalítica con Niños, la temática elegida hace referencia a la posibilidad de repensar

modalidades de intervención en la infancia, que pueden cristalizar a los sujetos bajo ciertos diagnósticos y tratamientos determinados desde paradigmas neoliberales. Dichos abordajes clínicos, en ocasiones, tienden a parcializar a los niños y las niñas en diferentes especialidades, trabajando aspectos específicos, presentando dificultades para alojar cuestiones que vayan más allá de su tracto digestivo. Se vuelve clave que, con los/as niños/as que presentan dificultades en el desarrollo, la terapéutica se constituya a través de equipos interdisciplinarios, buscando la transdisciplinariedad en el mejor de los casos.

La orientación psicoanalítica acerca una mirada crítica hacia el interior de la clínica fonoaudiológica; específicamente en esta investigación, una reflexión sobre los abordajes en la alimentación como acto de subjetivación en períodos críticos de constitución psíquica. Entendiéndose dicho posicionamiento teórico como intervenciones en las que se atienden los procesos de subjetivación del niño o la niña, traídos a la consulta, en este caso, por disfagia.

Este abordaje implica una escucha permanente del sujeto que manifiesta dificultades en la alimentación, en donde se teje un entramado entre lo que el/la paciente necesita y permite; un entonamiento afectivo o sintonía -al decir de Stern (2005)- entre el/la terapeuta y el niño o la niña, y las técnicas propiamente fonoaudiológicas que facilitan una alimentación apropiada.

En la construcción de la trama de referencias conceptuales se realiza un recorrido por las escasas investigaciones que cuentan como antecedentes desde el ámbito de la fonoaudiología. Se conceptualizan las prácticas clínicas fonoaudiológicas que suelen utilizarse comúnmente en pacientes que presentan disfagia, tomando diferentes autores que aportan a reflexionar sobre la temática. Luego se mencionan nociones teóricas sobre interdisciplina y transdisciplina y, al finalizar, se hace referencia a los aportes que el psicoanálisis le proporciona a las intervenciones fonoaudiológicas.

En el trabajo de campo se tiene en cuenta material clínico, acompañado del análisis de entrevistas a profesionales de la fonoaudiología especializados/as en la problemática de la disfagia que presentan miradas heterogéneas. Dicho material funciona como disparador de la investigación al generar interrogantes que cuestionan la práctica misma. En el análisis se considera la clínica fonoaudiológica tradicional y la clínica fonoaudiológica con orientación psicoanalítica en niños/as con diagnóstico de disfagia, en cuanto a: la relación entre disfagia y alimentación; las modalidades de intervención al comienzo del tratamiento fonoaudiológico; el modo de utilización de técnicas deglutorias específicas; la intervención ante aversión sensorial a los alimentos; la consideraciones

sobre el juego y el jugar; el lugar otorgado a familiares y/o cuidadores; la modalidad de trabajo con otros/as profesionales o en equipos interdisciplinarios o transdisciplinarios.

1.1. Problema de investigación:

¿Cómo repensar las estrategias clínicas vinculadas a la alimentación con niños y niñas que presentan disfagia, que requieren o han requerido prácticas invasivas en la zona orofacial, teniendo en cuenta sus procesos de subjetivación temprana?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivos generales

- Caracterizar y analizar las estrategias clínicas y los modos de intervención fonoaudiológicos vinculados a la alimentación en niños y niñas que presentan disfagia, que han requerido intervenciones en la zona orofacial.
- Reflexionar en torno a las particularidades de las intervenciones fonoaudiológicas cuando se entranan en un trabajo interdisciplinario o transdisciplinario, en la medida de lo posible, desde una perspectiva que tenga en cuenta los procesos de subjetivación tempranos.

1.2.2. Objetivos específicos

- Problematicar el concepto de disfagia y su relación con el de alimentación
- Caracterizar las técnicas terapéuticas de deglución más utilizadas ante la presencia de disfagia en niños y niñas.
- Especificar las particularidades de la clínica fonoaudiológica en el trabajo interdisciplinar y/o transdisciplinar.
- Describir las estrategias clínicas y los modos de intervención fonoaudiológicos vinculados a la alimentación, considerando los procesos de subjetivación tempranos desde una orientación psicoanalítica.
- Poner en tensión las técnicas terapéuticas de deglución más utilizadas con las intervenciones fonoaudiológicas orientadas psicoanalíticamente, en relación al abordaje de niños y niñas que presentan disfagia.

1.3. Estrategia metodológica

Este trabajo de investigación podría encuadrarse dentro de un enfoque cualitativo, debido a que recolecta datos para responder a ciertas preguntas de investigación sin utilizar una medición numérica (Hernández Sampieri, 2010).

Además, este estudio podría considerarse dentro de una lógica dialéctica, debido a que requiere una flexibilidad y una dialectización permanente de los referentes conceptuales con la información empírica (Achilli, 2000). En el proceso de análisis de esta lógica de investigación se dan procesos de interpretación. “Se trata de desmenuzar el material y ampliar, contextualizar, producir descripciones cada vez más integrativas, construir anticipaciones hipotéticas, rastrear indicios” (Achilli, 2000, p 40)

La investigación se plantea a partir de interrogantes sobre la práctica que surgen a partir del material clínico de un niño en la primera infancia con diagnóstico de disfagia. Se utilizan fuentes de información primarias, debido a que se presenta el registro del mismo con los requerimientos formales y éticos, sin contar con un consentimiento informado ya que el paciente no concurre a consulta desde hace años, atendándose en otra localidad. Se evita brindar datos personales del niño, ficcionando y desfigurando la información en la redacción debido a que no se tiene un vínculo con el paciente y su familia.

También se considera necesario recolectar información en relación a la opinión de los profesionales especialistas en la atención de niños/as que presentan disfagia. Se entrevista a siete profesionales de la fonoaudiología con miradas heterogéneas tanto de la ciudad de Rosario como de localidades aledañas, con las cuales se utiliza un consentimiento informado.²

“La entrevista se refiere a una forma especial de encuentro: una conversación a la que se recurre con el fin de recolectar determinado tipo de informaciones en el marco de una investigación” (Marradi, Archenti y Piovani, 2007, p 215). Se realizan de manera virtual, mediante zoom manteniendo un contacto visual directo entre las entrevistadas y la entrevistadora y son grabadas para su posterior transcripción. Las entrevistas son consideradas de carácter semiestructurado, con una variabilidad en el grado de libertad de los actores al preguntar o responder en dichas entrevistas. (Marradi, et. al., 2007, p 217)

² En el apartado Anexos se adjunta el modelo de consentimiento informado y de entrevista que se les realiza a las profesionales. Asimismo, se ponen a disposición las transcripciones de las entrevistas y los consentimientos firmados, para quien los requiera.

Categorías de análisis:

Se consideran dos propuestas de clínica fonoaudiológica como categorías de análisis que comparten las mismas subcategorías, pero desde posicionamientos diferentes.

❖ Clínica fonoaudiológica tradicional con niños/as que presentan diagnóstico de disfagia.

Esta categoría se refiere a la clínica que comúnmente suele llevarse a cabo en las problemáticas relacionadas a los diagnósticos tempranos de disfagia que suelen tener una mirada de corte biologicista o de predominancia médica. Se tienen en cuenta visiones parcializadas de las diferentes disciplinas que realizan el abordaje del o de la paciente, sin que tengan mayor relevancia los procesos subjetivos y el contexto en el que se desarrolla, al momento de realizar intervenciones.

Cabe aclarar que el término tradicional no tiene que ver con la acepción de antigüedad, sino con la hegemonía y la recepción del paradigma biomédico, que muchas veces prima tanto en el posicionamiento fonoaudiológico, como en las ciencias de la salud en general, y más específicamente en la problemática de disfagia, aún en la actualidad.

Dentro de esta categoría se enmarcan las siguientes subcategorías:

- Relación entre disfagia y alimentación: generalmente en la práctica fonoaudiológica tradicional, la alimentación y la deglución se equiparan. Por lo tanto, la disfagia, que es la alteración en la deglución, se considera como una falla tanto en ésta como en la alimentación. En el abordaje de la misma se pone el foco en la alteración de la función deglutoria y su compensación o rehabilitación.
- Modalidades de intervención al comienzo del tratamiento fonoaudiológico: en el inicio del abordaje fonoaudiológico suele realizarse una recolección de datos por medio de historia clínica y evaluaciones del niño o la niña para intervenir rápidamente sobre la función deglutoria afectada y/o la modificación del entorno.
- Modo de utilización de técnicas deglutorias específicas: se considera la aplicación de algunas técnicas compensadoras o rehabilitadoras para lograr la función deglutoria en forma segura y eficaz, de manera distal a proximal con respecto al sector orofacial con la finalidad de no producir rechazo ante la presencia de alimentos por parte del niño o la niña.
- Intervención ante aversión sensorial a los alimentos: se aplican técnicas específicas de sensorialidad y propiocepción desde lo distal a lo proximal para evitar agravar los síntomas de rechazo oral.

- Consideraciones sobre el juego: en este posicionamiento clínico suele considerarse al juego como el producto de una actividad, centrándose más en el contenido de la misma.
- Lugar otorgado a familiares y/o cuidadores: se trabaja en presencia de ellos/as con el fin de obtener datos sobre el/la paciente y que puedan reproducir técnicas y estrategias deglutorias en el hogar.
- Modalidad de trabajo con otros/as profesionales: la/el profesional de la fonoaudiología trabaja individualmente, aunque simultáneamente a otros/as, con los cuales tiene nula o escasa comunicación e intercambios sobre el/la paciente. De esta manera, resulta muy difícil generar acuerdos sobre intervenciones clínicas, en un paradigma donde suele predominar la visión del o de la médico/a por sobre el resto de los/as profesionales y disciplinas.

❖ **Clínica fonoaudiológica con orientación psicoanalítica en niños/as que presentan diagnóstico de disfagia.**

Esta categoría se refiere a una clínica fonoaudiológica que aborda las dificultades en la alimentación, teniendo en cuenta los procesos subjetivos de constitución en niños/as que presentan diagnóstico temprano de disfagia, considerando no sólo el aspecto deglutorio alterado sino la situación de alimentación en sí misma como acto subjetivante en períodos críticos de constitución psíquica. Este abordaje implica una mirada atenta hacia el sujeto que manifiesta dificultades en la alimentación y su entorno, en donde se teje un entramado entre lo que el/la paciente necesita y permite, un entonamiento afectivo entre el/la terapeuta y el niño o niña en cuestión, su familia y/o cuidadores y las técnicas deglutorias específicas que facilitan una alimentación acorde a sus singularidades.

Dentro de esta categoría se enmarcan las siguientes subcategorías:

- Relación entre disfagia y alimentación: se realiza una diferenciación entre la disfagia, considerada como dificultad deglutoria, y la alimentación que abarca a la deglución e incluye otros aspectos como el vincular, el social, entendiéndola como acto subjetivante en sí mismo. Cuando un/a paciente llega a la consulta con diagnóstico de disfagia, consideramos que estamos frente a dificultades en la alimentación, ya que no es posible trabajar aisladamente la función deglutoria fallida o ausente como si fuera algo separado de la situación de alimentación contextualizada, en la que se ven implicados los niños y las niñas, y también sus familiares o cuidadores.

- Modalidades de intervención al comienzo del tratamiento fonoaudiológico: en el inicio del abordaje se realizan entrevistas con familiares y/o cuidadores no solo con la intención de recabar datos, sino realizar un registro donde se pueda historizar al niño o la niña que llega a la consulta. Además, se intenta acordar con los/las profesionales tratantes criterios e intervenciones en el marco de un equipo inter/transdisciplinario para respetar los procesos de subjetivación del o de la paciente.
- Modo de utilización de las técnicas deglutorias específicas: las técnicas que se utilizan suelen encuadrarse dentro de los tratamientos compensatorio o rehabilitador, generalmente aplicándose desde lo distal a lo proximal de la boca, para evitar conductas de rechazo o experiencias displacenteras. Se considera conveniente evaluar la necesidad de utilizar estas intervenciones, que suelen ser invasivas, hasta tanto el niño o niña estén en condiciones subjetivas para recibirlas, luego de un lazo transferencial establecido y con el sostén de un equipo interdisciplinario o transdisciplinario.
- Intervención ante aversión sensorial a los alimentos: ante las conductas de rechazo hacia los alimentos, en esta clínica fonoaudiológica se intenta respetar los procesos de constitución subjetiva propiciando un espacio seguro y confiable en el que el niño o la niña puedan experimentar en el jugar para acercarse a la alimentación de una manera menos intrusiva y placentera.
- Consideración sobre el jugar: resulta apropiado el concepto del jugar, con carácter de actividad espontánea de producción y la existencia de funciones del jugar, relacionadas con la constitución libidinal del cuerpo. Las mismas se consideran funciones primitivas y fundantes que suelen desplegarse en el transcurso del primer año de vida, con el niño como actor principal en la construcción de su cuerpo y subjetividad, relacionadas íntimamente con los primeros acercamientos a la alimentación.
- Lugar otorgado a familiares y/o cuidadores: en esta clínica se requiere que los familiares y/o cuidadores se encuentren físicamente presentes en el espacio clínico y se los/as considera actores principales en la alimentación del niño o la niña. Es por ello que se intenta tomar su palabra y retornarles un saber de crianza que generalmente es dejado de lado por el saber disciplinar. Además, se brinda o construye en conjunto con ellos/as estrategias para la alimentación oral. Es fundamental, tener en cuenta también las cuestiones de orden inconsciente de quienes crían a ese/a niño/a y ponerlas a trabajar en la sesión fonoaudiológica, más allá del aporte inter o transdisciplinario de un equipo. Como terapeutas que realizamos abordajes tempranos es necesario que podamos desentrañar lo que se teje en el discurso parental y en las situaciones de las rutinas diarias

de ese/a niño/a para posibilitarle otros lugares simbólicos dentro de la trama familiar en relación a todo lo que sucede a la hora de comer.

-Modalidad de trabajo con otros/as profesionales: la clínica fonoaudiológica con niños/as que presentan diagnóstico temprano de disfagia necesariamente requiere insertarse en equipos transdisciplinarios, aunque generalmente se generan espacios de trabajo interdisciplinar.

Técnica de análisis de datos

Se tabula la información recolectada a través de las entrevistas y el material clínico según las categorías y se trabaja con un análisis de contenido en base al marco teórico. Para abordar las diferentes categorías de análisis se utiliza el método comparativo constante, consistente en que cada segmento o unidad se compare constantemente con otras, clasificándolas como similares o diferentes (Hernández Sampieri, et al, 2010). También se identifican asociaciones entre las distintas categorías.

2. CUERPO DE LA TESIS

2.1. Estado de la cuestión

Se han encontrado estudios disponibles sobre el tema, algunas investigaciones desde el área médica, otras desde equipos interdisciplinarios y también investigaciones específicas desde el área de la fonoaudiología, aunque estas últimas fueron de más difícil rastreo.

La Sección de Fonoaudiología del Hospital Provincial de Rosario, provincia de Santa Fe, desarrolló un estudio en el período de 1994 al 2004. La población de la misma estaba conformada por 483 recién nacidos y nacidas de alto riesgo de 0 a 36 meses de edad, que fueron atendidos/as en el periodo de enero de 1996 a diciembre de 2003. (Lizzi, et al., 2004). Dicha investigación surgió por la carencia de un instrumento sistematizado para la evaluación y correspondiente tratamiento en etapas muy tempranas del desarrollo de una población hospitalaria cuyo riesgo era biológico, social y ambiental. En la misma se propuso investigar alteraciones fonoaudiológicas no sólo en el área de alimentación, sino también en las áreas de comunicación, lenguaje y audición, tanto en internación como en consultorio externo. Los fundamentos teóricos utilizados, según las autoras, se basan en el marco de la Atención Temprana, tomando aportes de la neuropsicología, constructivismo y psicolingüística. En este estudio se planteó como fundamental la intervención fonoaudiológica en el ámbito familiar, a través de lineamientos, pautas sobre la dieta, la utilización de alimentos y utensilios adecuados, entre otras indicaciones.

Perlaza Cuero (2015) realizó una revisión teórica relacionada con la atención fonoaudiológica del paciente crónico con disfagia, teniendo en cuenta los ejes de evaluación, diagnóstico e intervención y utilizando un método descriptivo de investigación.

Uno de los estudios hallados (Huiracocha Tutivén, et al, 2015) desarrolló una revisión de la pertinencia social del diagnóstico de la disfagia, de las aplicaciones clínicas de la auscultación cervical y los dispositivos usados para realizarla, como una base para establecer el potencial de uso de los mismos para la detección de disfagia en niños/as con problemas de neurodesarrollo. Estas nuevas tecnologías médicas no invasivas pueden ser muy eficaces, poco costosas y facilitan un rápido diagnóstico e intervención.

Para otro estudio (Castro Maldonado y Sampallo Pedroza, 2014) se seleccionaron trabajos de grado y artículos sobre las consistencias y texturas alimenticias según el tipo y grado de disfagia.

Otro antecedente encontrado se refiere a una revisión de la literatura y reporte del caso de un niño con traqueostomía y ventilación mecánica crónica donde se detectó sialorrea neurogénica infantil y se describió el manejo que se realiza con la toxina botulínica como intervención ante este síntoma de disfagia. (Chahuán, et. al, 2012.)

Además, un equipo interdisciplinario chileno, desde el año 2004, realizó una investigación cuyo objetivo de estudio fue la generación de guías de práctica clínica para la alimentación en pacientes con trastornos de la deglución. La misma se desarrolló en diferentes hospitales de Chile, tanto públicos como privados generándose dichas guías y protocolos de atención con el fin de reducir la variabilidad y mejorar la práctica clínica. (García, et al, 2011). Estas guías fueron generadas con el objetivo de entregar datos actualizados para sospecha de trastorno de deglución en niños y niñas, describir el proceso diagnóstico en dichos casos, así como para establecer el mejor sistema de manejo e intervención, dependiendo de su condición y gravedad.

2.2. Marco Teórico

Para abordar la problemática de investigación que se propone en este escrito, es necesario hacer un recorrido por los conceptos principales que se han tomado como centrales para desarrollar teóricamente la misma.

En un primer momento se desarrollarán conceptos relacionados a la problemática de disfagia, comenzando por el de deglución, según García Peris, Velasco y Frías Soriano (2012), y la noción de alimentación, desde lo planteado por Chiva (1979), Calmels (2013) y Evan Morris (1987). Desde las teorizaciones de Moyano (1998) y García Perís, Velasco y Frías Soriano (2011) se tomará el concepto de disfagia para luego describir las intervenciones fonoaudiológicas que suelen utilizarse habitualmente para abordar la misma, siguiendo a García Perís, Velasco y Frías Soriano (2011) y Chamorro (2021).

Además, se pondrán en tensión los conceptos de interdisciplina y transdisciplina, según Stolkiner (1999), País (1999), Elichiry (2009) y Dueñas y col. (2014), tomándose a la transdisciplina como postura en esta investigación.

Luego se hará un recorrido por concepciones psicoanalíticas que aportan a este trabajo de investigación tales como: la noción de experiencia de la vivencia de satisfacción (Rodulfo, 1999/2015), así como el de proceso originario, pictograma, violencia primaria y secundaria (Castoriadis Alaugnier, 1977/2014). En consonancia con la autora anterior también trabajaremos los procesos de inscripción negativos o pictogramas de rechazo y lo que se desarrolla como la positividad de lo negativo (Punta Rodulfo, 2005). Se tomará el concepto de traumático (Gurman, 1993) en tensión con el de situación disruptiva y el de vivenciar traumático, así como la noción de función mediatizadora (Benyakar, 2016). Asimismo, se hará referencia a las consideraciones sobre el jugar y el juego de las que habla Rodulfo (1989/2010), tomando posicionamiento por la primera concepción y mencionando la existencia de funciones más arcaicas del jugar que las del fort/da, relacionadas con la constitución libidinal del cuerpo. Además, se considerarán los conceptos de intervenciones terapéuticas estructurantes (Janín, 2011/2017) y de procesos de neogénesis (Bleichmar, 2000) así como el de posición fundante de los terapeutas (País, 1999) y la referencia de Flesler (2011/2016) sobre el lugar del niño en el nudo de los padres y el deseo del analista. Estas conceptualizaciones teóricas serán tenidas en cuenta para intentar aportar a la clínica fonoaudiológica una mirada subjetivante.

2.2.1. Conceptos en relación a la disfagia y la alimentación

Para comenzar con dicho recorrido, entenderemos el concepto de deglución, como:

La acción coordinada de un grupo de estructuras situadas en cabeza, cuello y tórax, e implica una secuencia de acontecimientos en los que unos esfínteres funcionales se abren para permitir la progresión del bolo, transportándolo desde la boca al esófago, y que se cierran posteriormente al paso de éste para impedir falsas rutas y proteger la vía aérea. (García Peris, Velasco, Frías Soriano, 2012, p 33)

A diferencia de la noción de alimentación, considerada como un acto:

Algo más que la simple satisfacción de una necesidad básica. Este acto codificado, elaborado culturalmente y cargado de significado y de simbolismo, es también un acto social y de comunicación a través del (o a causa del) conjunto de estímulos y reacciones emotivas que desencadena (Chiva, 1979, p. 45).

Calmels, en consonancia con Chiva, agrega:

La “civilización” ordenó los cuerpos alrededor de la mesa familiar e hizo del acto de alimentación un ritual con reglas más o menos comunes a millones de comensales. Cubrió la tabla en la cual se ponían los alimentos con un género limpio que llamó mantel, separó la comida en pequeñas fuentes individuales desterrando el plato común (que causaba incomodidades y disputas por el alimento más codiciado) y distribuyó cubiertos para que la mano no se ensuciara, al tiempo que inventó envases para tener los líquidos sobre la mesa. (Calmels, 2013, p 75)

La cultura, las convenciones sociales y las tradiciones familiares hacen a la alimentación, así como el proceso fisiológico deglutorio. En Argentina, cada reunión social gira en torno de una mesa con bebidas y alimentos para compartir, por lo que, presentar alteraciones en este aspecto podría tener consecuencias al hacer lazos afectivos con el entorno cercano y para socializar en ámbitos no familiares.

Muchos/as pacientes con graves problemas en el desarrollo, llegan a la consulta con una historia plagada de intromisiones en su cuerpo, a lo largo de su corta existencia. Internaciones prolongadas, intubaciones, cirugías, manipulaciones del organismo abruptas sin mediatización del lenguaje -entre tantas maniobras médicas que podrían ser enumeradas- y que se les realizan en momentos cruciales de constitución subjetiva.

Algunos/as de ellos/as, aun comiendo por vías alternativas o complementarias a la oral -sondas orogástricas, nasogástricas o gastrostomías- logran experimentar con placer el acto de comer, acompañados por sus familias y espacios terapéuticos.

Otro es el caso de niños/as que, marcados/as en el cuerpo por tantas situaciones traumatogénicas, con un entorno familiar tomado por el discurso médico y focalizado en las dificultades orgánicas, en algunos casos con intervenciones terapéuticas invasivas, no logran experimentar un acercamiento a la alimentación de manera placentera. También podemos encontrarnos con niños y niñas que no se alimentan por boca, o que lo han hecho por cortos períodos y luego se negaron a sostenerlo rotundamente, con aversión sensorial a los alimentos e irritabilidad, que se provocan el vómito al advertir alimentos a lo lejos por el olor o la visualización de los mismos. A lo largo de esta investigación nos dedicaremos a pensar en estos/as últimos/as niños/as.

Al indagar sobre cómo transcurre el momento de alimentación del paciente o la paciente que viene a la consulta fonoaudiológica, tanto familia como cuidadores suelen relatar episodios en los que se generan muchas tensiones, el niño o la niña se alimenta en momentos y lugares separados del resto de los comensales, se generan rituales extraños con el fin de que coma. Estas son algunas de las posibles manifestaciones de las inscripciones traumáticas orales en la temprana infancia.

En relación a la aversión sensorial a los alimentos, o aversión oral como también suele mencionarse, esta puede definirse como:

Consistente rechazo parcial o total a comer o beber una cantidad suficiente y variada de alimentos para mantener una nutrición apropiada. Presencia de neofobia alimentaria (rechazo a alimentos nuevos)” (11); manifestado con conductas como retener la comida en la boca sin deglutir, escupir los alimentos, regurgitar la comida, alta selectividad o aversión fóbica a ciertos alimentos por su textura, color o sabor. (Puma Araujo, 2016, p 2)

Parafraseando a la logopeda Evan Morris (1987), cuando la alimentación se inicia a través de una vía complementaria, el cuerpo del niño o de la niña, y más específicamente su boca, pasan por grandes cambios. Las experiencias negativas que dejan las intervenciones invasivas sobre la cara y la boca se van acrecentando con el correr de los días. Cambio de sonda, intubaciones y otros procedimientos médicos que requieren este tipo de alimentación van generando, gradualmente, que la boca se vuelva un espacio desconocido, privado de experiencias placenteras de tacto, temperatura, texturas, entre otras. Esta invasión en su espacio oral promueve experiencias displacenteras donde todo lo que se acerca a la boca puede convertirse en algo peligroso y/o doloroso. Se crea un círculo vicioso en el que el niño o la niña crea una barrera de protección rechazando cualquier tipo de estimulación oral.

A diferencia de pensar en una falta de experiencias en niños/as, podría pensarse, en experiencias creadas desde el inicio, pero relacionadas con el displacer, tal como lo menciona Evan Morris (1987).

En relación al concepto de disfagia se comenzará por mencionar que el término proviene del griego y que significa “dificultad para comer”. Se entenderá a la disfagia como “un síntoma complejo, caracterizado por la dificultad de propulsar el bolo alimenticio, líquido, semisólido y sólido, desde la cavidad oral hacia el esófago cervical”. (Moyano, 1998, p 53)

La disfagia puede deberse a una alteración orgánica o a una dificultad funcional, afectando a pacientes de toda edad. “Desde el punto de vista anatómico se clasifica en orofaríngea y esofágica. La disfagia orofaríngea engloba las alteraciones de la deglución de origen oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior” (García Peris, Velasco, Frías Soriano, 2012, p 33)

Según estos autores, en el tratamiento de la disfagia se buscará tanto: mantener y/o recuperar un estado de hidratación y nutrición adecuado como intentar prevenir las infecciones respiratorias. (García Peris, Velasco, Frías Soriano, 2012, p 37)

Con respecto a las intervenciones fonoaudiológicas con niños y niñas que presentan disfagia, se pueden mencionar diferentes prácticas que sirven para evaluar la función deglutoria como las relativas a optimizar el acto deglutorio.

Para diagnosticar a un paciente con disfagia suelen utilizarse variados estudios. Uno de los más utilizados en todas las edades es la videofluoroscopia (VFS), estudio que permite evaluar la seguridad y eficacia de la función deglutoria y de los tratamientos, identificar las alteraciones y cuantificar el reflejo deglutorio. La misma es “una técnica

radiológica dinámica que consiste en la obtención de una secuencia en perfil lateral y anteroposterior de la ingesta de diferentes volúmenes y viscosidades (líquido, néctar y pudding) de un contraste hidrosoluble.” (García Peris, Velasco, Frías Soriano, 2012, p 37)

En la realización de este estudio, con frecuencia niños y niñas pequeños, suelen ver a muchas personas en la sala radiográfica, con una extraña vestimenta para evitar la radiación, con ruidos de máquinas, entre otros factores que hacen que los primeros acercamientos al diagnóstico sean desagradables, generen resistencia y se conviertan en una experiencia poco placentera.

Al hacer un recorrido teórico, pueden nombrarse algunas técnicas de terapia de la deglución más utilizadas. Las mismas serían: *Técnicas de posicionamiento*, que buscan corregir el patrón postural para estimular la alineación central; *Terapia motriz oral*, técnicas para desarrollar movimientos coordinados de los sistemas oro-fonatorios y respiratorios; *Cambios posturales*, o movimientos de la cabeza en relación al tronco según la etapa deglutoria alterada; *Maniobras de deglución*, es decir, movilizaciones manuales aplicadas en la base de la lengua y la laringe; *Modificación del bolo*, o cambios en volumen y consistencias del mismo; *Técnicas para el realce sensorial*, modificaciones realizadas tanto en sabores, texturas y temperaturas del bolo como al proporcionar estimulación termo-táctil que permita mejorar el funcionamiento neuromuscular. (García, et al, 2011, p 69 y 70)

Otra autora, Chamorro (2021), hace referencia al abordaje fonoaudiológico que se realiza en pacientes con parálisis cerebral que presentan disfagia orofaríngea, considerando como principales, los tratamientos: *rehabilitador y compensador*.

Cabe aclarar que, si bien esta categorización de intervenciones clínicas se refiere al abordaje de pacientes con diagnóstico de encefalopatías crónicas no evolutivas, suelen tomarse en consideración para el tratamiento de otras causas de disfagia.

En relación al *tratamiento rehabilitador*, menciona que se trata de “una serie de métodos que se aplican con el fin de lograr una deglución eficaz y segura de forma oral sin complicaciones ya sea intentando recuperar el patrón perdido o su vez mediante un nuevo mecanismo que reemplace el anterior” (Chamorro, 2021, p 10 y 11)

La autora menciona al Método Bobath, a la terapia miofuncional y a la educación continua como principales intervenciones fonoaudiológicas de rehabilitación.

En relación al Método Bobath:

Se trata de un enfoque holístico que toma en cuenta de forma global las alteraciones neurológicas de la parálisis cerebral a nivel, motor, sensorial, cognitivo, comunicativo y social, se basa en el control de la postura y la estimulación oro-táctil; el objetivo es conseguir patrones motrices normalizados de las estructuras orofaciales que intervienen en el proceso de deglución, para así mantener la funcionalidad de la vía oral, y por ende un estado nutricional e hídrico adecuado. (Chamorro, 2021, p 11)

Chamorro (2021) se refiere a la terapia miofuncional como una técnica que requiere manipulación y estimulación mediante diversos instrumentos tales como: pincel fino, aplicando movimientos firmes dirigidos a la inserción de los músculos; la técnica tapping que consiste en ejercer presión con los dedos, con pequeños estiramientos para relajar y elongar la musculatura; y el kinesiotaping, que consiste en aplicar en un músculo específico, una tira compuesta de una parte elástica y otra fija, cuyas funciones específicas son circulatoria, analgésica y de regulación del tono, así como del control del babeo.

Según Chamorro, la educación continua está enfocada en la formación del cuidador, para que este cumpla un rol activo de supervisión al momento de la ingesta de alimentos, compruebe el cumplimiento de las indicaciones dadas por el terapeuta, vigile cambios en la sintomatología y a su vez aprenda técnicas de alimentación asistida. (Chamorro, 2021, p 11)

En cuanto a *tratamientos compensadores*, la autora los menciona como estrategias que ayudan al paciente, medidas de protección y reducción de forma inmediata los síntomas de disfagia orofaríngea. (Chamorro, 2021, p 14) Entre dichas técnicas compensadoras pueden mencionarse: las estrategias posturales; la modificación de consistencias, volúmenes y viscosidad; la técnica de incremento sensorial; y la adaptación de utensilios.

Las estrategias posturales se utilizan con el fin de modificar la disposición y estructura de las vías aerodigestivas, lo que facilita la deglución. La autora menciona técnicas de flexión anterior y de hiperextensión cervical, así como también técnicas que favorecen el correcto sellado labial, como el control oral motor frontal y lateral. (Chamorro, 2021, p 12)

En relación a la modificación de consistencias, volúmenes y viscosidad:

Una de las medidas iniciales más utilizadas es la modificación de las consistencias y volúmenes de los alimentos líquidos o sólidos, con la finalidad de facilitar la deglución del bolo y reducir el riesgo de aspiraciones, así como para asegurar una correcta ingesta

nutricional y un adecuado aporte hídrico. La elección del tamaño y textura se la toma a través de una evaluación clínica e instrumental que confirme cuál es la más indicada para el paciente (Chamorro, 2021, p 13)

Parafraseando a la autora, la técnica de incrementación sensorial, se fundamenta en que la estimulación sensitiva en la boca modifica aspectos de la deglución orofaríngea, los estímulos táctiles y térmicos en contacto con la cavidad oral activan el reflejo deglutorio a través de los receptores sensoriales de la región posterior de la lengua y de los pilares de las fauces. Ejercer presión con la cuchara sobre la lengua y utilizar alimentos con temperatura fría y con sabores agrios o ácidos, o la combinación de ambos, son las técnicas de incrementación sensorial frecuentemente utilizadas. (Chamorro, 2021, p 13)

Chamorro menciona la técnica de adaptación de utensilios, enumerando una serie de elementos que cada paciente requiere para alimentarse de manera segura y favoreciendo su autonomía. Dichos utensilios son: cuchara de metal o plástico resistente, que evita la aparición del reflejo de mordida; cuchara adaptada, que permite doblarla o inclinarla según se requiera; vaso con escotadura, para que no se produzca la hiperextensión de cabeza en la ingesta de líquidos; y plato con reborde, que facilita el barrido del alimento. (Chamorro, 2021, p 14)

En un hacer artesanal, en una clínica fonoaudiológica orientada psicoanalíticamente, habrían de repensarse las intervenciones tempranas en relación a los niños y las niñas con problemáticas en la deglución o disfagia. En esta investigación se hace referencia a dificultades en la alimentación, ya que no se considera posible trabajar aisladamente la función deglutoria y su sintomatología patológica como si fuera algo separado de la situación de alimentación en la que se ven implicados los niños y las niñas con esos otros primordiales que dan de comer, sin preguntarse cómo y cuándo se les ofrece el alimento, cuál es el discurso que acompaña esa cucharada, los ritmos que se instauran entre el alimentado o la alimentada y los/as que alimentan, las escansiones o las fallas que se producen en el encuentro del comer.

Ante sintomatología en la etapa oral de la deglución tales como, reflejo deglutorio ausente o de lenta aparición que pueden implicar riesgo de aspiración, muchas de las técnicas facilitadoras como la aplicación de hielo sobre la zona posterior de la lengua y pilares del paladar, entre otras, si bien pueden ser eficaces para lograr una óptima función deglutoria, pueden resultar intrusivas, generando mayor rechazo ante la presencia de alimentos. En esta investigación se considera conveniente evaluar la necesidad de utilizar

determinadas intervenciones hasta tanto el niño o niña estén preparados para recibir las, en medio de un lazo transferencial establecido y con el sostén de un equipo interdisciplinario, tendiendo a la transdisciplinariedad siempre que sea posible.

2.2.2. Interdisciplina y transdisciplina

Como se viene mencionando en el capítulo anterior, los abordajes fonoaudiológicos que se realizan en las etapas tempranas de los niños y las niñas que presentan diagnóstico de disfagia, generalmente, acontecen simultáneamente con otras prácticas clínicas. Entre ellas pueden mencionarse las más frecuentes como pediatría, gastroenterología, neumonología, diagnóstico por imágenes, así como el área de nutrición, kinesiología, terapia ocupacional y psicología, entre otras.

Si bien es frecuente que la interdisciplina sea nombrada al realizar abordajes en equipos, con participación de diferentes disciplinas, no en todos los casos verdaderamente se realiza como tal.

Para Stolkiner:

Un equipo interdisciplinario es un grupo. Debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Lo primero, y más evidente, es que un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente. En lo individual, la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renuncias, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud. (Stolkiner, 1999, p 2)

En tanto, para Elichiry (2009) la interdisciplina “incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento mutuo y transformación. Estos intercambios disciplinarios implican además interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de la reciprocidad entre esas áreas, con intercambio de instrumentos, métodos, técnicas, etc.” (Elichiry, 2009, p 4.)

Según esta autora, son los miembros del equipo interdisciplinario quienes aportan prácticas convergentes en grupos heterogéneos lo que hace a la integración. Asimismo, toma del constructivismo de Piaget, la concepción de transdisciplinariedad, la cual:

supone un sistema total que integra las distintas disciplinas a través de un marco conceptual común. La aproximación transdisciplinaria “no se contentaría con lograr interacciones o reciprocidades entre investigaciones especializadas, sino que situaría estas conexiones en el interior de un sistema total sin fronteras estables entre las disciplinas. (Elichiry, 2009, p 7.)

Elichiry menciona a la transdisciplina como una integración sistémica, ubicándola en el nivel máximo de las relaciones interdisciplinarias, nombrando como requisitos fundamentales: el trabajo en equipo; una relación entre disciplinas marcada por la intencionalidad; flexibilidad en relación a los modelos, métodos y técnicas de trabajo, con disponibilidad para el diálogo; con cooperación continua y reciprocidad para el intercambio. Sin confundir interdisciplina con una cooperación ocasional entre disciplinas. (Elichiry, 2009, p 5 y 6.)

En relación al concepto de transdisciplina, esta autora lo menciona como un nivel máximo de interdisciplina siendo que, para Stolkiner, resulta ser un momento, un producto puntual de lo interdisciplinario.

Asimismo, País entenderá la transdisciplina como:

Una práctica en la que cada especialista no se ubica *frente a un objeto* sino *con un sujeto* en un punto de intersección concreto y determinante -el campo del lenguaje- en la tarea de construir un saber singular acerca de él. (País, 1999, p 126.)

Se refiere a una clínica en la cual: “Todas las disciplinas se encuentren atravesadas por una concepción ética común que reubica las éticas particulares de cada disciplina orientándolas con referencia al concepto de *sujeto de deseo*. Tal reubicación opera en la relación paciente-terapeuta rigiendo las intervenciones en transferencia”. (País, 1999, p 127 y 128.).

Esta investigación se alinearé con esta última concepción de transdisciplina, considerando que cada profesional que integra un equipo que realiza abordajes con niños y niñas en proceso de constitución subjetiva requiere una permanente reflexión crítica sobre sus propias técnicas de trabajo, modificando su práctica en pro de proteger al paciente o la paciente de posibles iatrogenias, provocadas a consecuencia de ciertos tratamientos parcelarios del sujeto. (País, 1999, p128.).

Como se mencionó en el apartado introductorio, se evidencia que determinados paradigmas neoliberales atraviesan la salud, sobre todo en lo que se entiende como instancia evaluativa, diagnóstico y tratamiento en las infancias, tendiendo a medicalizar y parcializar a los/as niños/as que llegan a la consulta.

Con relación al concepto de medicalización, tomado de Menéndez, Dueñas y col., es mencionado como:

las prácticas, ideologías y saberes manejados no sólo por los médicos, sino también por los conjuntos que actúan en dichas prácticas, las cuales refieren a una extensión cada vez acentuada de sus funciones curativas y preventivas, ligadas a funciones de control y normatización. (Dueñas y col., 2014, p 8)

Cabe aclarar que, si bien estos autores realizan un recorrido sobre la medicalización en el área de salud mental, esta realidad en la que se intenta normatizar a todos los sujetos a como dé lugar, atraviesa todas las áreas de la salud.

El predominio del modelo biológico-genético-médico, en el cual la medicación aparece como la solución a un déficit orgánico portado desde el nacimiento, opera, como se anticipaba, a modo de “obturador” de toda relación e interrogación que habilite la posibilidad de poder “escuchar” al niño, niña u adolescente, invisibilizándose incluso, de esta manera, y en no pocas ocasiones, diferentes situaciones que le ocasionan sufrimiento psíquico. (Dueñas y col., 2014, p 11)

Parece fundamental que, con los niños y niñas que presentan dificultades en el desarrollo, específicamente con disfagia, la terapéutica se constituya a través de equipos interdisciplinarios y/o transdisciplinarios, donde todos los actores que intervengan puedan abordar la terapéutica teniendo en cuenta que a ese sujeto en constitución se le dificulta mucho más que el hecho de deglutir. Intervenir clínicamente ante una dificultad en el acto de alimentarse es mucho más complejo que reunir varios profesionales de diversas áreas para abordar al niño o la niña, que periódicamente se reúnen y comentan el estado del mismo o la misma, qué técnicas se están aplicando y qué objetivos se proponen lograr individualmente, entre otros.

2.2.3. Aportes del psicoanálisis a la clínica fonoaudiológica

Ya adentrándonos en las concepciones psicoanalíticas de este escrito, según Rodolfo (1999/2015) los niños y las niñas se subjetivan a través del placer que se inscribe como corporeidad, pasando del organismo al cuerpo. La experiencia de la vivencia de satisfacción, es humanizante, abrocha el psiquismo del niño o la niña a un objeto humano, liga subjetividades. (Rodolfo, 1992/1999)

Castoriadis-Alaunier (1977/2014) afirma que la psique del niño o la niña capta la información libidinal al mismo tiempo que absorbe el alimento. “Vivir es experimentar en forma continua lo que se origina en una situación de encuentro” (Castoriadis Alaunier, 1977/2014, p 30)

Desde el primer encuentro, que el proceso originario tendrá como función representar: en el momento en que la boca encuentra el pecho, encuentra y traga el primer sorbo del mundo. Afecto, sentido, cultura, están copresentes y son responsables del gusto en estas primeras moléculas de leche que toma el *infans*: el aporte alimenticio se acompaña siempre con la absorción de un alimento psíquico que la madre interpretará como absorción de una oferta de sentido. Se asiste a la pasmosa metamorfosis que le hará vivir la actividad de lo originario. (Castoriadis Alaunier, 1977-2014, p 38 y 39)

Este proceso originario dará lugar a los pictogramas. El concepto de pictograma implicará marcas de esos primeros encuentros y una no diferenciación entre zona y objeto complementarios. Los pictogramas serán de fusión cuando dichas marcas se instauren bajo el signo de placer, en donde zona y objeto se fusionan; serán de rechazo cuando la primacía es de displacer. (Castoriadis Alaunier, 1977/2014)

Punta Rodolfo (2005), en consonancia con lo que plantea Castoriadis-Alaunier (1977/2014), habla de la positividad de lo negativo.

Este proceso de inscripción de lo negativo es lo que se denomina pictograma de rechazo y consiste en el desmantelamiento de la zona donde recayó el daño. Ella se inscribe negativamente, decíamos, como fuente de todo sufrimiento y lo que intenta destruir es la representación de sí misma (zona). [...] el pictograma de rechazo desubjetiviza, desmantela zonas, impide su erotización, su fundación, desde el punto de vista psíquico es una zona muerta. (Punta Rodolfo, 2005, p 139)

La interpretación o elección que la madre realiza sobre la necesidad del hijo o de la hija es una oferta de significación que se le impone a la psique del *infans*, violencia primaria, radical y necesaria, que permite que este se forme representaciones ideicas. (Castoriadis Alaugnier, 1977/2014).

Parafraseando a Punta Rodulfo (2016), cuando al momento de nacer o en los primeros tiempos de vida hay una falla o alteración en el desarrollo, tanto el niño o la niña como su entorno están expuestos a dificultades en la interrelación. Una alteración de base puede facilitar tal privación de las necesidades básicas y/o de la interrelación, que podría presentarse como un factor constitutivo en un proceso de psicopatologización de la problemática inicial. Con respecto al entorno el cortocircuito suele darse entre el cuerpo imaginado y el real del niño o de la niña, y por esta razón, puede verse privado/a del investimento libidinal, o que constantemente el medio se le imponga, se interponga, anticipe a lo que desea y satisfaga según su propia brújula con una violencia no fundante, secundaria, que intercepte al otro/a afectando su proceso de agencia

Según lo que menciona Castoriadis Alaugnier (1977/2014), podría pensarse que esta violencia secundaria, no sólo puede ser ejercida por el entorno familiar sino también por algunos/as profesionales que intervienen con los niños y las niñas. Violencia excesiva, desconocida para los y las que participan de la misma, que atenta contra el Yo, y “logra apropiarse abusivamente de los calificativos de necesaria y de natural” (Castoriadis Alaugnier, 1977/2014, p 35), propios de la violencia primaria.

“Lo verdaderamente amenazante, lo traumático, es aquello que queda arrojado fuera de sentido, aquello que no puede ser entendido por el niño, y que lo expone a un plus de excitación lindante con el dolor”. (Gurman, 1993, p 42).

Benyakar, con una visión transdisciplinaria y de complejidad, propone repensar el término traumático e incorporar la categoría de lo disruptivo, debido a que se le supone a priori, un efecto devastador sobre el psiquismo humano, sin tener en cuenta la singularidad, tanto del hecho en sí, como la del sujeto y la relación entre ambos. Un acontecimiento será disruptivo cuando una situación externa al psiquismo impacte en él con una consecuente alteración en su homeóstasis. En cambio, el acontecimiento devendrá en traumático cuando, por fallos en los procesos de metabolización por parte del sujeto o el medio de sostén, se produzca un quiebre en la capacidad y posibilidad de procesamiento mental. (Benyakar, 2016, p 7 y 8)

Esta investigación se alinea con Benyakar en relación al carácter que presentan ciertos eventos externos de ser potencialmente traumatogénicos en el psiquismo de los

niños y las niñas que llegan a la consulta fonoaudiológica, tales como prácticas médicas invasivas, estudios de evaluación, técnicas para activar la deglución, entre otras, y que deben ser tenidos en cuenta, tanto como el estado de salud física y el momento subjetivo en el que se encuentra el o la paciente, la posibilidad de acompañamiento de su entorno, entre otras, para realizar intervenciones oportunas.

Si el impacto en el psiquismo de un evento fáctico preciso es de una naturaleza que rompe la articulación existente y el evento se presenta y conserva en el psiquismo como hecho no elaborado ni elaborable, da lugar a lo que conocemos como vivencia traumática (Baranger, Baranger y Mom, 1988; Benyakar, 1996d). Por su parte, el vivenciar traumático es un proceso fallido de la articulación entre afecto y representación en el cual ocurren microprocesos debido a los cuales el displacer y la frustración devienen constitutivos del psiquismo.⁴ El vivenciar traumático tiene lugar cuando lo pulsional del infans se despliega en un medio ambiente en el que falla el interjuego entre el infans y la función maternante o mediatizadora. (Benyakar, 2016, p 22)

El autor refiere que es esencial tener en cuenta a esta función mediatizadora en la clínica ya que, “la presencia de un factor que mediatiza adecuadamente, al mismo tiempo que no le quita a la situación su característica amenazante, le confiere al psiquismo la capacidad para desarrollar defensas frente al evento amenazador” (Benyakar, 2016, p 24)

Esta función mediatizadora de la que habla Benyakar (2016), ejerce una acción sobre el psiquismo y facilita actuar en situaciones de riesgo, dinámica fundamental tanto para la clínica con el niño o la niña que presentan disfagia, como para realizar un abordaje con la familia y/o cuidadores.

Cuando los desencuentros entre el niño o la niña y su entorno tienen efectos desubjetivantes lo que quedaría del lado de los y las terapeutas/analistas es la posibilidad de trabajar a fin de poder generar nuevos encuentros entre *los y las desencontrados/as*, favorecer ese sostén primario que no se dio, se interrumpió o fue fluctuante, entre otras posibilidades. Sostener al entorno para que puedan sostener al niño o a la niña y eso le permita entonarse de una manera más sana e interactiva.

Como menciona País: “En la clínica de los trastornos del desarrollo, los terapeutas se ubican en esta posición fundante en tanto sostienen un espacio de posibilidad para el sujeto, tanto en los padres como en el niño” (País, 1999, p 125.)

En relación a esta función mediatizadora con niños/as, cabe mencionar las consideraciones sobre el jugar, entendiéndolo como intervención posibilitadora de

subjetivación. Según Rodolfo (1989/2010), tomando de Winnicott la concepción del jugar, la misma tiene carácter de actividad espontánea de producción, a diferencia del juego que remite al producto de ciertos contenidos de una actividad.

Rodolfo (1989/2010) menciona la existencia de funciones más arcaicas del jugar que las del fort/da, relacionadas con la constitución libidinal del cuerpo.

(...) Desde la perspectiva del *significante del sujeto*, al referirnos a la necesidad de extraer materiales para fabricar el cuerpo, materiales que deben ser arrancados del cuerpo del Otro. Las primeras funciones del jugar, tan fundamentales, son ese proceso mismo. Puede decirse que, a partir del jugar, el chico se obsequia un cuerpo a sí mismo, apuntalado en el medio. Todo lo que hace el entorno posibilita u obstruye, acelera o bloquea, ayuda a la construcción o ayuda a la destrucción de ciertos procesos del sujeto, pero éste no es un eco o un reflejo pasivo de ese medio (Rodolfo, 1989/2010, p 121 y 122)

Parafraseando al autor (Rodolfo, 1989/2012), estas funciones tempranas y fundantes del jugar, previas al fort/da, suelen desplegarse en el transcurso del primer año de vida, con el niño o la niña como actor principal en la construcción de su cuerpo y subjetividad. En un primer momento suele darse la primera función del trazado e inscripción de superficies, en principio sin volumen ni solución de continuidad, a lo que le sigue inmediatamente y casi en simultáneo, una segunda etapa en la que se dan una serie de juegos de continente/contenido, construyendo y poniendo de manifiesto la noción de volumen en un espacio bidimensional. La tercera función es la del fort/da, con un período de aparición al finalizar el primer año de vida desplegándose de manera más o menos fluctuante hasta consolidarse.

Estas funciones del jugar primitivas, suelen considerarse como puerta de entrada a las escenas del orden simbólico; son fundantes y están íntimamente relacionadas al momento en el que los niños o las niñas comienzan a comer sus primeros semisólidos y sólidos. Ejemplos de las diferentes funciones en la alimentación son las escenas cotidianas en las que el/la bebé busca embardunarse con los alimentos que se le presentan, da vuelta recipientes con agua o sólidos o tira la comida o utensilios con el fin de que se los alcancen una y otra vez, entre otras.

Cabe destacar que, cuando se presentan dificultades en el desarrollo y más específicamente en el aspecto alimentario, estas funciones de construcción del cuerpo por parte del niño o la niña pueden verse afectadas, evidenciándose dificultades en la

estructuración subjetiva. En relación a esto es que consideramos al jugar, teniendo en cuenta estas funciones, como herramienta de intervención subjetivante.

Quienes llegan con un hijo o una hija que presenta dificultades al comer -acto esencial para la vida, conector de lazos- traen a su niño/a en busca de respuestas o preguntas, un diagnóstico, calidad de vida, una cura posible, ya sea por derivación de un/a especialista o por inquietud propia para averiguar qué le pasa a su hijo/a. Ante esta problemática no sólo es necesario que quien acompañe al o a la paciente esté presente en la sesión, intervenga clínicamente con pautas sobre cómo modificar y/o habilitar ciertos hábitos o rutinas en el momento del comer o en el acercamiento del niño o la niña a la comida, sino que se requiere, fundamentalmente a nivel transdisciplinario, brindarles el espacio para que se encuentren con el saber de padres que generalmente se desdibuja con los diagnósticos e indicaciones terapéuticas. Que ellos mismos puedan mediatizar el impacto que suelen generar las intromisiones en el correr de las consultas de su hijo/a.

Es importante tener en cuenta que el/la paciente llega a consulta con una historia familiar que se entrama con su dificultad, hay un hijo o una hija ideal que contrasta con el/la real. Por ello es importante tener entrevistas con los familiares y/o cuidadores, ya que la escucha de los mimos tiene el interés de delimitar qué lugar ocupa el niño en el nudo de los padres, qué valor guarda para ellos y cómo lo esperaban. (Flesler, 2011/2016, p 52 y 53)

Al realizarse intervenciones analíticas en momentos estructurantes del funcionamiento psíquico, según Bleichmar (2000), se dan procesos de neogénesis, produciéndose algo que no existía previamente.

En razón de que no todo está dado desde antes y para siempre, la intervención del analista no se reduce a encontrar lo que ya estaba, sino a producir elementos nuevos de recomposición y de articulación que den un producto diferente al preexistente”. (Bleichmar, 2000, p 11)

Janín refiere que: “A veces, con los niños, es necesario construir tramas, “zurcir” agujeros representacionales, posibilitar nuevas identificaciones.” (Janin, 2011/2017, p 36). Siguiendo a la autora, para abordar estas problemáticas en la clínica fonoaudiológica, las intervenciones terapéuticas estructurantes, serían las más adecuadas ya que motorizan la estructuración psíquica.

“Atender a un niño y apuntar al sujeto es la flecha que lo guía en los tiempos de la infancia, haciendo de las intervenciones del analista una apuesta para que el sujeto pueda existir”. (Flesler, 2011/2016, p 196) Aquí la autora se refiere al deseo del analista como deseo de sujeto, aunque se podría extender a un deseo que mueva a todos/as los/as que abordan a los/as niños/as que requieren algún tipo de tratamiento, en este caso el abordaje de la disfagia, donde no sólo se apunte a que este/a pueda alimentarse de la manera más segura y eficaz, sino que también pueda experimentar placer y socializar en momento del comer.

3. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN:

Clínica fonoaudiológica con niños/as que presentan disfagia.

Con respecto a la definición de la práctica clínica fonoaudiológica con niños/as que presentan disfagia, de las siete profesionales entrevistadas, sólo dos manifestaron explícitamente posicionamientos teóricos desde donde partía su clínica fonoaudiológica: la pediatría (Entrevistada 2, 22/12/2021) y una práctica orientada en el neurodesarrollo o de corte biologicista (Entrevistada 4, 23/12/2021).

La mayoría de las especialistas hicieron referencia a la rehabilitación de la función perdida, fallida o ausente, tendiendo al restablecimiento de la misma con su trabajo clínico. Si bien pudieron evidenciarse diferencias entre las respuestas, esto dejaría ver el predominio de una mirada parcializada del proceso deglutorio alterado, sin integrar los aspectos socioculturales y vinculares de la alimentación.

Algunas entrevistadas coincidieron en la funcionalidad como objetivo del trabajo clínico: “para mí es la rehabilitación, o sea poder volver a hacer, o a veces directamente hacer que el niño pueda comer vía oral, que pueda habilitarse esa vía oral para que pueda ingerir alimentos de manera segura por boca” (Entrevistada 1, 22/12/2021); “mi práctica clínica es funcional, es del restablecimiento de las funciones” (Entrevistada 4, 23/12/2021); “trato de darle herramientas, mediante algunas técnicas, a los papás para que el proceso de alimentación de estos niños sea lo más adecuado, o más parecido a la normalidad, y además que sea funcional para este chico” (Entrevistada 5, 23/12/2021); “siempre digo que ayudo a los niños pequeños a poder comer, que puedan usar su boca para sentir los alimentos y los sabores” (Entrevistada 6, 29/12/2021). Esta última respuesta evidenciaría, también, la búsqueda de la sensorialidad perdida o la mejoría cuando se encuentra alterada, haciendo foco en la boca, destacando su valor en el acto alimentario, pero sin tener en cuenta la confluencia de otros tantos factores que intervienen en el momento del comer.

Por otra parte, una de las profesionales hizo referencia a la complejidad de la práctica fonoaudiológica, junto con la responsabilidad que conlleva.

Es una práctica, ya trabajar con niños con esa patología, es compleja (...) hay mucha responsabilidad de este otro lado. Más allá de a veces poder lograrlo o no, también es una responsabilidad en trabajar disfagia, porque se te puede ahogar, se te puede broncoaspirar. (Entrevistada 3, 22/12/2021)

La entrevistada hizo hincapié en la función vital de la deglución y el riesgo de muerte que presenta el niño o la niña cuando la misma está severamente afectada, relacionada casi exclusivamente con el aspecto médico de la disfagia.

Una de las profesionales dejó entrever un posicionamiento más integral, sobre todo al mencionar lo vincular:

Yo lo definiría como un abordaje integral de lo que tiene que ver con la alimentación desde todos los ámbitos, no sólo desde la disfagia puntualmente, más allá de la alteración deglutoria que presente cada niño, sino también de lo que implica el comer digamos en la cuestión más social, porque creo que la disfagia se relaciona mucho con esta cuestión, digamos, social, el vínculo con el otro, las relaciones con el otro. (Entrevistada 7, 11/01/2022)

En esta investigación, de la misma manera que la entrevistada, se considera a la clínica fonoaudiológica como un abordaje integral de la alimentación, con una mirada no sólo puesta en la función deglutoria alterada, sino del acto del comer, concepción más amplia que implica aspectos sociales, culturales, entre otros, apuntalando subjetivamente a quien concurre a la consulta y a su entorno en un marco inter/transdisciplinar.

3.1.Relación entre disfagia y alimentación

En cuanto al concepto que puede brindarse sobre disfagia y su relación con la alimentación, su indagación en la entrevista tuvo como objetivo profundizar aún más sobre la práctica clínica en el abordaje de la disfagia.

Algunas de las entrevistadas se refirieron a la deglución como concepto equivalente a alimentación, por ejemplo: “obviamente que está totalmente relacionado con el alimento porque es el alimento lo que ingerimos. La disfagia es la imposibilidad de poder ingerir alimentos, digamos está relacionado y vinculado completamente” (Entrevistada 1, 22/12/2021); “la relación con la alimentación es directa porque la disfagia tiene que ver con una dificultad en alguno de los tiempos que implican la llegada de un alimento desde la boca hasta el estómago” (Entrevistada 2, 22/12/2021); “son casi conceptos que van de la mano, porque cuando uno deglute se alimenta. Mediante la deglución uno se alimenta y la disfagia es la alteración en la deglución” (Entrevistada 5, 23/12/2021).

Una de las profesionales, además de asimilar los conceptos de deglución y de alimentación, los relacionó con el de nutrición que, si bien es un aspecto importante a tener en cuenta cuando hay un diagnóstico de disfagia porque afecta el desarrollo de quien no puede o tiene dificultades para alimentarse, pondría el foco en la funcionalidad deglutoria mencionando que “es fundamental la alimentación en un ser humano, que cuando hay alteraciones en la deglución, se ven afectados valores nutricionales de la persona” (Entrevistada 3, 22/12/2021).

Otra de las entrevistadas refiere una diferencia entre el acto anatómico y funcional que implica el concepto de disfagia como imposibilidad en el acto deglutorio y el concepto de alimentación:

la disfagia como el acto puro de la deglución en sí, que la parte anatómica y funcional se tenga que dar para deglutir (...) la disfagia sería la alteración de este acto, pero la alimentación para mí es como mucho más amplio y tiene más que ver con, lo que te decía antes, con el tema de lo social, de que uno come con otro, que termina siendo un momento de vínculo con el otro desde el momento cero desde que la mamá da la teta, mamadera y lo que sea y después todo lo que lleva hasta el momento actual en el que el sentarse a comer tiene que ver con un ritual, con algo que uno desea, con algo de compartir. Eso sería como la diferencia en sí, porque se podría dar todo esto o esto se ve inhabilitado a veces por la dificultad en la deglución, que tiene que ver más con lo funcional o lo anatómico (Entrevistada 7, 11/01/2022).

Como se observa, el concepto de alimentación es percibido de modo más amplio, relacionado a los vínculos con el entorno, lo social, el deseo de comer y de compartir y comparándolo con un ritual. De una manera similar, también es entendido por Chiva (1979) como un acto social y de comunicación, y mencionado por Calmels (2013) como un ritual. En esta respuesta puede evidenciarse que, ante la presencia del diagnóstico de disfagia en un niño o una niña, lo que generalmente se ve alterado es el acto de la alimentación, y no sólo las etapas de la función deglutoria.

La mayoría de las respuestas permiten suponer que se realiza una equiparación de los conceptos de deglución y de alimentación, acordando en que la disfagia es la alteración en dichas funciones.

En esta investigación, como ya se mencionó en el marco teórico, se considera a la disfagia como “la dificultad de propulsar el bolo alimenticio, líquido, semisólido y sólido, desde la cavidad oral hacia el esófago cervical” (Moyano, 1998, p 53), en otras palabras,

es la dificultad en la función deglutoria. Este concepto de disfagia coincidió con las respuestas de todas las profesionales entrevistadas, a diferencia del concepto de alimentación que pareció confundirse con el de deglución, siendo que para nosotros se relacionan, pero no son equivalentes. En este estudio se considera a la deglución como “la acción coordinada de un grupo de estructuras situadas en cabeza, cuello y tórax, e implica una secuencia de acontecimientos en los que unos esfínteres funcionales se abren para permitir la progresión del bolo, trasportándolo desde la boca al esófago” (García Peris, Velasco, Frías Soriano, 2012, p 33) y a la alimentación como “algo más que la simple satisfacción de una necesidad básica. Este acto codificado, elaborado culturalmente y cargado de significado y de simbolismo, es también un acto social y de comunicación” (Chiva, 1979, p. 45).

3.2.Modalidades de intervención al comienzo del tratamiento fonoaudiológico

Con respecto al comienzo del tratamiento fonoaudiológico, cuando el diagnóstico de disfagia en niños o niñas se confirma tempranamente, algunas de las profesionales mencionaron como primer accionar la realización de una entrevista o una historia clínica con familiares con el objetivo de recabar información sobre la historia, el diagnóstico y realizar un recorrido de la alimentación de ese niño o niña desde sus comienzos, para luego pasar a realizar la evaluación propiamente dicha. Una de ellas nombró como estrategia inicial: “historia clínica y de poder ahondar un poco cuáles fueron los primeros momentos y las primeras relaciones en relación a la alimentación y después hago una evaluación más exhaustiva (...) qué pasa cuando se presenta el alimento (...) que experiencia sensorial hay” (Entrevistada 7, 11/1/2022).

Otras de las entrevistadas refirieron:

Primero hago toda una entrevista y una historia clínica bien profunda y después empiezo con la evaluación de la niña considerando, obviamente todos los datos que aportaron los padres. Siempre que puedo me comunico con los médicos tratantes (...) para recabar la mayor información y después empiezo a trabajar con el niño, una vez que hago la evaluación, bueno con videos (Entrevista 1, 22/12/2021)

Yo lo primero que hago con estos papás es las entrevistas, que charlo cómo fue un poco el embarazo y demás, conceptos muy básicos. Y yo lo que siempre pregunto es cómo es

el día a día del niño (...) qué es lo que come, cuándo come, dónde come. Una de las cosas que hago siempre al principio es pedir videos de la casa, que me manden por whatsapp o en la sesión siguiente videos del niño comiendo o cómo es el acto alimenticio (Entrevistada 6, 29/12/2021)

También surge en ambas respuestas, la mención de la solicitud de videos de la situación alimentaria del niño o la niña, lo que permitiría ver el acto de alimentación en las condiciones ambientales en las que suele suceder, en el mejor de los casos, lo cual resulta menos intrusivo para quien es evaluado/a y aborda, no sólo el aspecto deglutorio, sino también el acto en contexto.

Algunas de las profesionales fonoaudiólogas manifestaron abocarse directamente a realizar evaluaciones. “Primero ver qué tipo de disfagia tiene, dónde está la lesión, ¿sí?, qué es lo que está alterado en el proceso (...) una evaluación muy subjetiva, por eso está bueno corroborarlo con un estudio un poco más objetivo” (Entrevistada 3, 22/12/2021); “depende de que con qué alimentos esté alterado ese proceso de alimentación (...) si es con sólidos, o si es con semisólidos o si es con líquidos” (Entrevistada 5, 23/12/2021).

Una única profesional mencionó que en el comienzo del tratamiento suele “tratar de ir modificando tanto el entorno, el ambiente, la predisposición del niño” (Entrevistada 4, 23/12/2021).

Otro de los puntos a tener en cuenta para dilucidar los fundamentos que subyacen en la práctica fonoaudiológica es lo que se considera primordial a la hora de intervenir clínicamente con un niño o una niña que presenta diagnóstico de disfagia en sus primeros tiempos de vida.

Algunas de las profesionales remarcaron generar un vínculo y experiencias positivas con los alimentos:

generar un vínculo, o sea, porque estamos trabajando sobre una parte del cuerpo que es muy íntimo (...) otras estrategias que no son directamente de la deglución, pero que, primero hacen que haya vínculo y segundo que te habilitan a después trabajar con el alimento en sí, con todo lo que conlleva la boca. (Entrevistada 5, 23/12/2021)

generar experiencias positivas en relación a la alimentación, (...) que haya deseo, que haya ganas y que el niño esté dispuesto a recibir esa intervención jugando o de la manera o la intervención que sea, porque hay muchos niños que están super permeables a que uno les dé un montón de cosas, de alimentos y les gusta y juegan y están encantados y hay

otros que no quieren saber nada. Entonces creo que lo primordial es eso, generar un buen vínculo con la comida y en base a eso después poder trabajar todo el resto. (Entrevistada 7, 11/01/2022)

Una de las entrevistadas resaltó como esencial “la entrevista y para mí, hablar con los médicos que lo tuvieron, si estuvo en la neo (...) la evaluación bien en profundidad. Ir despacio, con paciencia” (Entrevistada 1, 22/12/2021), haciendo foco en el respeto de los tiempos que el niño o la niña requieren para el abordaje específico.

Algunas profesionales remarcaron la participación e implicancia familiar (Entrevistada 2, 22/12/2021) y la motivación, “que tenga ganas de trabajar, que los papás tengan ganas de venir a la sesión” (Entrevistada 6, 29/12/2021), como aspectos importantes a considerar a la hora de abordar clínicamente a niños y niñas que presentan diagnóstico de disfagia muy tempranamente.

En una línea diferente, se ubica la relevancia de que el niño se alimente como factor fundamental, “incorporar los nutrientes necesarios para que el niño se desarrolle de forma favorable” (Entrevistada 3, 22/12/2021). Cabe aclarar que los nutrientes deben asegurarse de alguna manera, como se planteó anteriormente, porque de ello depende fundamentalmente la vida del niño o la niña y su desarrollo, aunque suele ser un aspecto tenido en cuenta por el área médica y de los/as especialistas en nutrición, por lo cual se aseguraría la alimentación, sea o no por vía oral, en el marco de intervenciones interdisciplinarias/transdisciplinarias. En dicha respuesta podría evidenciarse un posicionamiento que deja escapar algunos aspectos fundamentales como los indicios del momento subjetivo en el que se encuentra el niño o la niña, si hay deseo o no de alimentarse, la situación contextual en la que se alimenta, entre otros tantos factores que confluyen al intervenir fonoaudiológicamente.

En el material clínico seleccionado se visualizó que el niño había sido estudiado médicamente por varios profesionales, incluso de las mismas especialidades y había pasado por muchas intervenciones de salud. Fue interesante escuchar en las entrevistas de inicio la presentación de sus padres donde lo describían relatando únicamente aspectos de salud, episodios al borde de la muerte y días agobiantes por la internación domiciliaria desde que había llegado al hogar, sin poder dar muchos detalles sobre sus intereses al jugar, entre otros. Durante esos encuentros en donde se narraron antecedentes y hechos, pudo vislumbrarse que el discurso familiar parecía estar tomado por la mirada médica, y

que en la trama discursiva había dificultades para que ese niño pudiera emerger como sujeto.

En esta investigación se considera necesario tener encuentros con familiares y/o cuidadores, no sólo para recabar datos del o de la paciente sino para poder historizar la vida de ese/a niño/a, construir un entramado discursivo en el que no sólo aparezcan antecedentes médicos, sucesos patológicos y diagnósticos, sino que surja el sujeto en su singularidad, que además padece o tiene ciertas dificultades para alimentarse. Luego, es necesario realizar una evaluación integral de todos los aspectos del desarrollo y de la situación alimentaria de quien es traído/a a consulta y finalmente hacer intervenciones a través del jugar y sobre su ambiente o entorno. Por otro lado, no se considera como primer acercamiento la intervención directa sobre la boca del sujeto, dejando las herramientas técnicas para utilizar cuando éste/a está en condiciones subjetivas de soportarlas. Se tiene en cuenta que los tiempos en los que actuamos privilegian los que marcan los niños y las niñas, generalmente con rechazo, miedo o irritabilidad ante la intrusión en su cuerpo y no los de los adultos: familiares, cuidadores, profesionales.

3.3. Modo de utilización de técnicas deglutorias específicas.

En cuanto a la pregunta por la aplicación de técnicas específicas de deglución en el tratamiento fonoaudiológico de niños o niñas con disfagia la mayoría de las entrevistadas manifestaron que suelen utilizar determinadas técnicas dependiendo de la situación particular de cada paciente, pero al especificar cuáles eran, mencionaron algunas que pueden incluirse en las diferentes categorías desarrolladas en el marco teórico de esta investigación.

Muchas de las técnicas a la que se refirieron podrían ubicarse dentro de lo que Chamorro menciona como tratamiento rehabilitador, o “serie de métodos que se aplican con el fin de lograr una deglución eficaz y segura de forma oral sin complicaciones ya sea intentando recuperar el patrón perdido o su vez mediante un nuevo mecanismo que reemplace el anterior” (Chamorro, 2021, p 10 y 11)

En consonancia con la tendencia a la rehabilitación de la funcionalidad alterada, la mayoría de las entrevistadas manifestaron realizar técnicas relacionadas a la terapia miofuncional que, como ya mencionamos anteriormente, Chamorro define como una técnica que requiere manipulación y estimulación mediante diversos instrumentos tales como: pincel fino, la técnica tapping y el kinesiotaping (Chamorro, J. 2021). Algunas

respuestas que representan esto: “Hago mucha estimulación orofacial, obviamente externa, mucho sensorial, mucha vibración, mucho distintas texturas externas, pero no una técnica específica” (Entrevistada 1, 22/12/2021); “no me acuerdo los nombres puntuales, pero trabajo mucho manual” (Entrevistada 6, 29/12/21);

electroestimulación, los masajes, taping, la colocación de frío, también a veces con vibrador todo lo que es estimulación intraoral y extraoral. A veces los crocantes o cosas ácidas, el limón para empezar a sentir cosas ácidas, porque también la lengua está determinada por los distintos sabores y el ácido es por ahí lo que más siente o cosas más crocantes. Eso, masoterapia, frío, lo que son terapias criógenas (...) utilizo mucho es el estetoscopio para auscultarlos cuando les doy de comer para que no haya ningún escape, digamos, depende nuevamente del grado. (Entrevistada 3, 22/12/2021);

Asimismo, una de las profesionales de la fonoaudiología mencionó al Método Bobath y al Método Brondo como técnicas utilizadas en su clínica: “depende del paciente. En general, en general, estos dos, particularmente el de Bobath y el de sensorialidad oral, bueno y el de Brondo también (...) se suma todo lo que te comenté antes que es la evaluación y la intervención ambiental” (Entrevistada 2, 22/12/2021). Dichos métodos, si bien tienen sus diferencias, se basan en conceptos holísticos e integradores relacionados con el control neuromotor y el neurodesarrollo, generalmente utilizados en el tratamiento de pacientes con parálisis cerebral.

En muchas de las respuestas arriba citadas también pueden evidenciarse técnicas como: estrategias posturales; modificación de consistencias, volúmenes y viscosidad; técnica de incremento sensorial; y adaptación de utensilios, que se alinean a los tratamientos compensadores que Chamorro menciona como estrategias que ayudan al paciente, medidas de protección y reducción de forma inmediata los síntomas de disfagia orofaríngea. (Chamorro, 2021, p 14)

Otra especialista entrevistada refirió:

las técnicas que más utilizo tienen que ver más con lo sensorial, es con lo que trato de arrancar y después sí, lo que es propioceptivo, a veces trabajo con frío, dependiendo del caso, dependiendo también del paciente y del vínculo del niño con ese alimento, porque si no hay vínculo es muy difícil. Hay pacientes que no tienen vínculo con el alimento pero que sí disfrutan mucho de la estimulación oral y se puede trabajar con frío, con diferentes sabores, con diferentes texturas, así que sí, más propioceptivo, sensorial, algo de frío,

diferentes sabores. Trabajo mucho en relación con el tema de lo postural, trato de que haya una buena armonía o una buena postura cuando uno va a ofrecer un alimento, por una cuestión, no sólo de la deglución en sí, digamos la alineación de la cabeza y el cuello, si no como una postura más activa en relación al juego o a lo que se le va a presentar. (Entrevistada 7, 11/01/2022)

En esta respuesta, además de mencionarse la importancia de realizar un abordaje de tipo sensorial y propioceptivo, se subrayó la necesidad de que el niño o la niña que presenta disfagia pueda generar un vínculo con el alimento en primera instancia, para poder acercarse a probarlos luego. Así también, la mención de la alineación postural como base para la alimentación, pero también como posicionamiento activo en el desarrollo, como acto habilitador para el juego. Las estrategias posturales, según Chamorro (Chamorro, 2021), se utilizan con el fin de modificar la disposición y estructura de las vías aerodigestivas, lo que facilita la deglución.

En esta respuesta puede entreverse que, si bien hay una postura clara sobre la necesidad de que el o la paciente logre alimentarse, supone condiciones iniciales para que el niño o la niña puedan interactuar con el alimento antes de llevárselo a la boca, mencionando la importancia de tener un posicionamiento activo, cuestión relacionada íntimamente con considerarlo/a como sujeto deseante. Esto se relaciona con lo planteado por Rodulfo (1999/2015) en que los niños y las niñas se subjetivan inscribiendo en su cuerpo estas experiencias a través del placer, pasando de ser organismo a cuerpo.

La mayoría de las entrevistadas también hicieron referencia al uso de técnicas relacionadas a la modificación de consistencias, volúmenes y viscosidad, como refiere Chamorro, para facilitar la deglución del bolo y reducir el riesgo de aspiraciones, así como para asegurar una correcta ingesta nutricional y un adecuado aporte hídrico. (Chamorro, 2021). Asimismo, se mencionaron estrategias clínicas que se alinean con lo que la autora ubica como técnica de incrementación sensorial, fundamentada en que la estimulación sensitiva en la boca modifica aspectos de la deglución orofaríngea, en donde los estímulos táctiles y térmicos en contacto con la cavidad oral son fundamentales para activar el reflejo deglutorio a través de los receptores sensoriales de la región posterior de la lengua y de los pilares de las fauces. Ejercer presión con la cuchara sobre la lengua y utilizar alimentos con temperatura fría y con sabores agrios o ácidos, o la combinación de ambos, son las técnicas de incrementación sensorial frecuentemente utilizadas. (Chamorro, 2021)

Las profesionales también hicieron referencia, al igual que Chamorro (2021), a la utilización de técnica de adaptación de utensilios, como bien se detalló anteriormente en el marco teórico, elementos que cada paciente requiere para alimentarse de manera segura y favoreciendo su autonomía.

Respecto al material clínico en estudio, fueron empleadas técnicas deglutorias de tratamiento tanto compensador como rehabilitador a lo largo del tiempo, luego de haber logrado establecer un vínculo transferencial con ese paciente que le permitiera estar seguro de que ninguna acción por parte de la terapeuta, intervendría bruscamente o sin su permiso, sobre su cuerpo/boca.

Desde esta investigación consideramos que las técnicas deglutorias, si bien son necesarias para poder establecer o reestablecer la función deglutoria, independientemente de si la alimentación puede o no realizarse por vía oral, hay una serie de condiciones previas a su aplicación, debido a que “meterse a la boca” de ese niño o niña sin haber preparado el terreno puede ser iatrogénico. Con esto queremos decir que la funcionalidad deglutoria importa tanto como el momento subjetivo en el que se encuentre el o la paciente, el contexto en el que está inmerso/a y las experiencias tenidas en relación a la zona oral, que suelen ser de orden traumatogénico en muchos casos.

Al decir “preparar el terreno”, nos referimos a establecer un lazo de confianza con el niño en el transcurrir de los encuentros para que pueda empezar a experimentar de una forma saludable su boca y vincularse de una manera comprometida con los alimentos, realizando intervenciones clínicas habilitantes más que rehabilitadoras y/o compensadoras.

En este análisis consideramos que el placer surge a partir del encuentro y en el intercambio de ese/a niño/a con otros/as, o en este caso con los alimentos, se inscribe en un proceso de interrelación.

3.4. Intervención ante aversión sensorial a los alimentos.

Otro de los conceptos que podemos tener en cuenta para visualizar en profundidad el posicionamiento en la clínica fonoaudiológica con relación a las prácticas que se realizan con niños y niñas que presentan disfagia, son las intervenciones puntuales que suelen efectuarse ante la aversión sensorial a los alimentos. La misma es entendida en este estudio como un consistente rechazo, parcial o total, a comer o beber, por

determinada textura, color o sabor. Esto generalmente se manifiesta en conductas como retener, escupir o regurgitar el alimento. (Puma Araujo, 2016, p 2)

Asimismo, la mayoría de las entrevistadas coincidieron en que es primordial no realizar abordajes directamente sobre el sector oral para no agravar la sintomatología de rechazo.

Algunas de las profesionales mencionaron a la sensorialidad oral como principal estrategia terapéutica, registrándose respuestas como: “el abordaje de sensorialidad oral. Manipulando, controlando todo lo que es el alimento en sí, con temperatura, volumen, textura y demás. Y después todo lo que es equipamiento externo, mobiliario, utensilios” (Entrevistada 2, 22/12/2021)

Una aversión oral me está indicando que hay una alteración distal de la boca y entonces esa aversión es para proteger. Trabajar el cuerpo, empezar a trabajar otros sistemas de soporte, de ingresar perceptivamente por otro lado y esa aversión va a ir cediendo en la medida de que podamos armar ese cuerpo. Entonces no ir directamente a la boca y no ir directamente con alimentos. Hacer un rodeo, lo que significa ver por donde se ingresa, muchas veces es la mano, muchas veces es el olor, el sonido, el espejo y no necesariamente la boca del paciente. Si la aversión persiste, sí obviamente hay que tratarla y a veces un tratamiento de integración sensorial (Entrevistada 4, 23/12/2021)

Otra entrevistada manifestó:

Cuando los niños vienen muy muy estresados y muy irritables, (...) si no hay dificultad cardiológica, lo que hago en sala es pedirle a la mamá que lo tenga upa, que se calme, nunca intervengo directamente en sector orofacial si el niño está muy irritado, con llanto y demás, no. A veces la sesión se suspende. (Entrevistada 6, 29/12/2021)

Con respecto al material clínico en estudio, en relación a este interrogante, el niño logró ingerir algunos alimentos sin mostrar signos de aversión luego de un abordaje fonoaudiológico en el que se lo habilitó a ser partícipe activo de su alimentación sin ningún tipo de presión externa ni intromisión en su cuerpo para la que él no mostraba interés o autorización. Fue notoria la actitud aversiva que demostró posteriormente a las internaciones por el episodio respiratorio, evidenciándose que las prácticas médicas invasivas por las que atravesó el paciente en sus primeros tiempos de vida, y específicamente en esa internación -donde entre otras cosas, se lo ató a la cama privándolo

de moverse- irrumpieron como experiencias de orden traumático, afectando su constitución subjetiva.

En este análisis consideramos primordial el respeto de los tiempos subjetivos que marcan los/as pacientes, aunque también es necesario que nosotros/as como profesionales de la salud, generemos las condiciones para desplegar las estrategias clínicas necesarias. Poder abordar la irritabilidad y el rechazo a la alimentación desde una manera integral, no sólo dando un rodeo desde las extremidades hasta llegar a la boca, o la utilización de elementos no nutricios para no reproducir las experiencias negativas con las que los niños y las niñas con dicha dificultad vienen lidiando desde el inicio de su alimentación, entre otras.

3.5.Consideración de los procesos de subjetivación.

Es importante tener en cuenta durante el abordaje fonoaudiológico los procesos de subjetivación que se dan en niños/as con diagnóstico temprano de disfagia. Si bien, se realizó una pregunta específica en las entrevistas en relación a este punto, el posicionamiento sobre el mismo puede analizarse en relación a todos los interrogantes.

Ante esta pregunta, la mayoría de las profesionales explicitaron intervenir con anticipación por medio del lenguaje, respeto por los tiempos y ritmos del o de la paciente y las costumbres del entorno familiar, así como el acompañamiento de parte de los/as terapeutas a la familia y/o cuidadores con el fin de manejar la ansiedad que estas dificultades suelen acarrear para el entorno que alimenta.

A continuación, se exponen respuestas que lo evidencian: “Acompañar todo a través del lenguaje, (...) de poder explicarle todo, más allá de lo pequeño que sea, siempre explicarle lo que le vas a hacer, pedirle permiso cuando le vas a hacer alguna maniobra o algo un poquito más invasivo” (Entrevistada 1, 22/12/2021); “Respetando los tiempos, respetando los deseos. Atendiendo a los tiempos del niño y su familia, sus costumbres, hábitos, historia.” (Entrevistada 2, 22/12/2021); “el niño es un participante activo, digamos. El rol que tiene el niño es el más importante dentro de la terapéutica (...) porque es quien va determinando (...) el ritmo en la sesión” (Entrevistada 5, 23/12/2021);

Una de las fonoaudiólogas entrevistadas marcó la importancia de recabar información sobre los inicios del trayecto alimentario de ese/a niño/a, destacando como situación fundacional la exploración del mundo que se realiza con la boca y la relación de estas conexiones con lo que sucederá luego.

el proceso de subjetivación se va a tener en cuenta en toda la historización del niño porque... el cómo ha sido el trayecto en cuanto a poder alimentarse, explorar a través de la boca. Cómo se ha dado esa situación fundacional, digamos, desde los primeros momentos de vida, impactará en su alimentación futura (...) Hay que hacer un seguimiento, porque me parece que la primera conexión con el mundo es a través de la boca y, digamos, no es casual que el síntoma se presente ahí, si no es algo mecánico, obstruido, biológicamente comprobable y demás. (...) Muchas veces hay que hacer intervenciones de un modo secundario y priorizar, tal vez, que se aborden otros aspectos, por eso me parece importante contemplar siempre al grupo familiar y por qué momento subjetivo ese niño está atravesando. (Entrevistada 4, 23/12/2021)

En este estudio consideramos que, además de tener en cuenta lo que sucede en la situación alimentaria, hay aspectos del orden inconsciente tanto de los/as adultos/as que rodean al niño o a la niña que no pueden desconocerse, aunque no sea incumbencia específica de fonoaudiología y esté interviniendo un/a profesional psicólogo/a. Estos factores son los que, en muchas ocasiones, generan resistencias e inconvenientes en la continuidad y evolución de los tratamientos y requieren una lectura mucho más profunda e interdisciplinaria/ transdisciplinaria.

Una de las especialistas se refirió a la cuestión de poder acompañar el duelo del hijo ideal para que pueda ser aceptado el real, en estos casos con dificultades severas en la alimentación, muchas veces con un diagnóstico de discapacidad que complica aún más la identificación y filiación de esa familia con ese/a niño/a:

hablo mucho con las mamás. A veces en el embarazo tienen un niño pensado y cuando nace les muestran otro pantallazo. Muchos de los niños con los que trabajo el diagnóstico es luego del parto, así que las mamás tienen un niño idealizado y después reciben un niño con discapacidad. Esto de la deglución, (...) es como que les destruye la relación familiar en la alimentación, en los momentos de comida (...) aparte de trabajar hacia el niño, se charla del abrazo, del sostén, del envolver a los niños. Hablarle al niño, mientras que yo trabajo, pedir permiso, mostrar, tocar junto con la mamá, si es algo muy invasivo en la terapia, que se lo haga la mamá, o que si por ahí, yo estoy dentro de su boca y está muy molesto, que la mamá sea la que lo hable y demás. (...) no me quedo siempre pegada al diagnóstico. (Entrevistada 6, 29/12/2021)

De acuerdo con lo que dice la especialista y coincidiendo con Punta Rodulfo (2016), cuando al momento de nacer o en la primera infancia hay una problemática del desarrollo, tanto el niño o la niña como su entorno están expuestos a alteraciones en la interrelación. Del lado del pequeño o de la pequeña, en ocasiones, una alteración orgánica de base produce tal privación de las necesidades básicas, así como de la interrelación con el medio, que puede agravar y psicopatologizar la problemática inicial. Con respecto al entorno, el cortocircuito suele darse entre el cuerpo imaginado y el real del niño o de la niña, y por esta razón, verse privado/a del investimiento libidinal, o que constantemente el medio se le imponga, se interponga, anticipe a lo que desea y satisfaga según su propia brújula, con una violencia no fundante, secundaria, que intercepte al otro/a afectando su proceso de constitución subjetiva.

Otra de las entrevistadas destaca:

poder respetar al otro como sujeto, al otro como persona deseante, que quiere, que no tiene ganas, que puede y que no puede, y aceptar esto, digamos y no que quede como que el niño, como no habla, como que el niño es más indefenso, uno puede manipularlo o hacer cualquier cosa con él, no. (...) Y si la persona que viene e interviene en la boca, por ejemplo, viene y te mete diez cosas diferentes dentro de la boca y no te anticipa, y no te cuenta lo que va a hacer y no se fija si vos estás a gusto o no a gusto con lo que te están haciendo, (...) para mí es iatrogénico, tanto de la parte de fonología como desde la parte médica, como el kinesio, como la persona que lo haga, porque no se ponen en el lugar del otro, ni siquiera en el lugar de un niño, que todavía es peor, es más indefenso y está en constitución, porque yo creo que todos los problemas subjetivos que vienen después, en relación a la disfagia, son por no ver que es un sujeto y que tiene, sí, una dificultad, no importa qué dificultad. (Entrevistada 7, 11/01/2022)

En este análisis consideramos que se debe tener en claro que las complicaciones en el desarrollo de los/as niños/as en los primeros tiempos de vida, en este caso con respecto a la alimentación, no pueden quedar ligadas sólo al trabajo con los/as pacientes. Es fundamental tener en cuenta también las cuestiones del orden inconsciente de la madre y del padre de ese/a niño/a y ponerlas a trabajar en la sesión fonológica, contando con el aporte inter o transdisciplinario de un equipo.

Con relación al material clínico, fue necesario un trabajo interdisciplinario, sobre todo con el área de psicología, para desmenuzar el entramado discursivo familiar que imposibilitaba el surgimiento de ese hijo con sus singularidades, para entender el contexto

en el que se daba la situación alimentaria de ese niño y encontrar otras estrategias de intervención.

Como terapeutas que realizamos abordajes tempranos es necesario desentrañar lo que se teje en el discurso parental y en las situaciones de las rutinas diarias de ese/a niño/a para posibilitarle otros lugares simbólicos dentro de la trama familiar en relación a todo lo que sucede a la hora de comer. Como menciona País (1999), es de destacar el posicionamiento fundante de los/las profesionales que intervienen en las problemáticas del desarrollo, “en tanto sostienen un espacio de posibilidad para el sujeto, tanto en los padres como en el niño” (País, 1999, p 125.)

3.6. Consideración sobre el juego y el jugar

En consonancia con la generación de experiencias surgió también la mención al juego con los alimentos en varias respuestas. Algunas de ellas hicieron referencia a jugar con las extremidades del cuerpo: “O sea, cuanto más lejos esté el estímulo a lo orofacial es mejor. Primero se juega con las extremidades (...) las manos, los pies y después ahí, de a poquito, pero es todo bien extremo” (Entrevistada 5, 23/12/2021); en otras respuestas se hizo énfasis en el juego con los alimentos en sí:

hay niños que no experimentaron mucho, entonces darles de comer y perseguirlos con la cuchara para que coma, no, entonces me parece que siempre es por medio del juego en donde uno empieza a incorporar todo tipos de alimentos. Trabajo mucho sensorialmente (...) quiero que juegue con la comida que tiene. Si es el postrecito, que le dé el postrecito a los animalitos que tiene, trabajando esto. Igual que con la familia trabajando rutinas. (Entrevistada 3, 22/12/2021)

planteo mucho juego con alimentos, que puedan tocarlos con las manos, que se lo puedan llevar a la boca. Mostrarles, yo hacer lo mismo, yo enchastrarme, obviamente siempre indicándose a la familia para que también lo hagan. Siempre le indico a la familia que los hagan parte de la rutina de la alimentación para que ellos también puedan ir observando e ir viendo que eso es algo que se come (...) Considero que los niños aprenden todo a través del juego. Que es la manera, primero ellos tienen de relacionarse a esa edad y la menos invasiva, porque es una terapia bastante difícil donde muchos pacientes tuvieron muchas cosas en la vía oral y, de repente, uno le quiere poner comida, y si se la quiere poner así de manera agresiva, obviamente no va a querer. Pero siempre a través del juego,

donde ellos van experimentando y es su manera de aprendizaje en esas edades por el juego. (Entrevistada 1 (22/12/2021))

Cabe aclarar también que cuando se habla de juego, no todos/as tenemos el mismo posicionamiento. En esta investigación consideramos el jugar como actividad de producción que posibilita la subjetivación de quien la realiza, tal como lo entiende Rodulfo (1989/2010) tomando como referente a Winnicott. Estos autores marcan una diferencia con la noción de juego que remite al producto de ciertos contenidos de una actividad.

Podría decirse que la mayoría de las respuestas en las que se menciona el juego como intervención clínica, sobre todo en referencia a la presencia de una aversión sensorial a los alimentos, se encuadran en esta última concepción. Ejemplo de ello es la mención de darle de comer a los muñecos, tocar diferentes alimentos con las extremidades del cuerpo que, si bien tienen características lúdicas, por sí mismas no constituyen subjetividad. Como refiere el autor (Rodulfo, 1989/2010), existen funciones más arcaicas del jugar que las del fort/da, relacionadas con la constitución libidinal del cuerpo, primitivas y fundantes, suelen desplegarse en el transcurso del primer año de vida, con el niño como actor principal en la construcción de su cuerpo y subjetividad.

Siguiendo al autor (Rodulfo, 1989/2010), estas funciones primitivas son las de inscripción de superficies y continente/contenido, la formación de un tubo junto con la actividad de horadamiento y extracción del cuerpo del Otro por parte del sujeto y función del fort/da propiamente dicha. Con respecto a estas funciones del jugar tempranas suele considerarse puerta de entrada a las escenas del orden simbólico, son fundantes y están íntimamente relacionadas al momento en el que los/as niños/as comienzan a comer sus primeros semisólidos y sólidos.

Podemos destacar que muchas de las entrevistadas manifestaron la necesidad de generar experiencias relativas a la manipulación y el juego con los alimentos dejando entrever la concepción de que los niños y las niñas que tienen un recorrido tan displacentero en relación a la comida no tienen registro de ninguna experiencia. En relación a esto, y como lo mencionamos a lo largo del marco teórico, consideramos que, como refiere Castoriadis Alaugnier (1977-2014), en los encuentros de esa boca con el alimento, desde el primer momento el niño o la niña incorpora afecto, cultura y sentido además de nutrientes. Cuando lo que se absorbe tiene en primacía el displacer se instaura lo que la autora nombra como pictograma de rechazo, que inscribe negativamente,

“desubjetiviza, desmantela zonas, impide su erotización, su fundación, desde el punto de vista psíquico es una zona muerta” (Punta Rodulfo, 2005, p 139)

El pictograma de rechazo podría evidenciarse en el material clínico del niño con el que estábamos trabajando, en la escena en la que tomó una pinza de juguete y se apretó el labio con ella muy fuerte sin mostrar expresión de ningún tipo en su cara, acción que se contextualizó en ese período posterior a la internación anteriormente mencionado.

Es de destacar que, cuando se presentan problemáticas en el desarrollo y más específicamente en el aspecto alimentario, estas funciones fundantes de las que habla Rodulfo de construcción del cuerpo por parte del niño o la niña podrían verse afectadas en distintas gradaciones, evidenciándose dificultades en la estructuración subjetiva. En relación a esto es que consideramos al jugar, teniendo en cuenta estas funciones, como herramienta de intervención subjetivante.

Esta experimentación, que la mayoría de los niños y las niñas realizan en su cuerpo y con todo tipo de objetos, incluyendo a los utensilios de alimentación y a los alimentos propiamente dichos, suele estar ausente o darse de manera trágica, tensa y traumática en muchos/as pacientes con disfagia desde los primeros contactos con la comida, pudiendo dar lugar a lo que Benyakar entiende como vivencia traumática. La misma se da “si el impacto en el psiquismo de un evento fáctico preciso es de una naturaleza que rompe la articulación existente y el evento se presenta y conserva en el psiquismo como hecho no elaborado ni elaborable” (Baranger, Baranger y Mom, 1988; Benyakar, 1996d).

3.7.Lugar otorgado a familiares y cuidadores.

Con respecto a la pregunta por la manera en la que se incluye en la clínica el trabajo con familiares o cuidadores del niño o la niña con diagnóstico de disfagia, pudo evidenciarse que la mayoría de las profesionales menciona como imprescindible que el entorno se encuentre presente en las sesiones y sea partícipe debido a que son los y las que alimentan. Además, muchas entrevistadas mencionaron dar indicaciones, pautas y técnicas para que se repliquen en el hogar, por ejemplo: “Metiéndolos adentro de la sesión. Observando, manipulando. (...) los que tienen que saber cómo alimentar al niño no son los fonoaudiólogos, son las familias y los cuidadores” (Entrevistada 2, 22/12/2021); “me parece que es fundamental trabajar el posicionamiento con los padres, el trabajar también la hora de los distractores. No poner celulares y demás a la hora de comer (...) Técnicas que se les enseña a veces a los padres” (Entrevistada 3, 22/12/2021):

“adentro de la sala, siempre (...) le digo a la mamá que me muestre primero como ella lo hace, y en base a eso, evalúo y hacemos como una técnica facilitadora” (Entrevistada 6, 29/12/2021).

Estas estrategias clínicas que la mayoría de las entrevistadas mencionaron realizar con los familiares y/o cuidadores pueden ubicarse dentro de lo que Chamorro considera como educación continua dentro del tratamiento rehabilitador. La misma se enfoca en la formación del cuidador, para que este cumpla un rol activo de supervisión al momento de la ingesta de alimentos, compruebe el cumplimiento de las indicaciones dadas por el terapeuta, vigile cambios en la sintomatología y a su vez aprenda técnicas de alimentación asistida. (Chamorro, 2021, p 11)

En este análisis consideramos primordial la participación activa de familiares y/o cuidadores al momento de intervenir en la clínica fonoaudiológica en los primeros tiempos de vida. No sólo encontrándose presentes en la sesión para aportar información sobre la historia alimentaria y las dificultades específicas que presenta el niño o la niña a la hora de alimentarse, sino porque ante tantas dificultades dadas desde un comienzo, consideramos fundamental revincular a los y las pacientes con su entorno.

Siguiendo a Flesler, es fundamental que la escucha de familiares y/o cuidadores en las entrevistas sea atenta, no sólo a los antecedentes médicos y al motivo de consulta, sino también para tratar de delimitar qué lugar ocupa el niño o la niña en el nudo de los padres, qué valor guarda para ellos y cómo lo esperaban (Flesler, 2011/2016). Cuando un niño o una niña presenta disfagia, las imposibilidades en la alimentación y todas las experiencias negativas en torno a la misma afectan, no sólo a quienes fueron diagnosticados con disfagia, sino a todos/as los/as que se encuentran alrededor, modificando las interacciones e intercambios.

Cabe aclarar que no se niega la importancia clínica de brindar pautas y sugerencias, sino que al transmitir técnicas con el fin de que se repliquen en el hogar se suele desplazar a los responsables de la crianza como simples espectadores o reproductores de terapias, dejando el saber sólo para los/las especialistas y así perdiendo el lazo fundamental con ese/a niño/a.

Como Janin (2011/2017), consideramos que las intervenciones terapéuticas estructurantes, motorizan la estructuración psíquica, posibilitan la construcción de tramas y nuevas identificaciones, permitiendo “zurcir” agujeros representacionales. Por dicha razón, resulta necesario generar estrategias conjuntas en las que se habilite o se les

devuelva el saber a padres, madres y/o cuidadores, en el caso de la ausencia total o intermitente de estos.

La apuesta está en plantear interrogantes, que en ocasiones permiten más apertura que las certezas en los espacios terapéuticos. Algo que el entorno menciona al pasar, como convocante para el niño o la niña, puede ser la punta del ovillo de una serie de intervenciones mucho más subjetivantes que la indicación de una técnica específica desprovista de significación, transformando a los/las parientes en terapeutas y perpetuando la concepción de discapacidad. El aporte de todos/as los/as adultos/as que están entorno a un/a niño/a, sumado al respeto de sus tiempos, son los que nos marcan el recorrido de las intervenciones terapéuticas a realizar. Como bien refiere Bleichmar en relación a su concepto de neogénesis, “la intervención del analista no se reduce a encontrar lo que ya estaba, sino a producir elementos nuevos de recomposición y de articulación que den un producto diferente al preexistente”. (Bleichmar, 2000, p 11)

3.8. Modalidad de trabajo con otros/as profesionales

Con respecto al trabajo que realiza el o la profesional fonoaudiólogo/a con otros/as profesionales o equipos inter o transdisciplinarios en el caso de niños/as que presentan diagnóstico temprano de disfagia, pudo observarse que, la mayoría refirió trabajar de manera interdisciplinaria con médicos, gastroenterólogos, terapeutas ocupacionales y kinesiólogos. A continuación, algunos ejemplos:

trabajo siempre (remarca la pronunciación de esa palabra elevando el volumen) en interdisciplina. (...) nos nutrimos muchísimo de los terapeutas ocupacionales que saben mucho del aspecto sensorial, muchísimo. Quienes trabajan con integración sensorial (...) después también los psicólogos para abordar la dinámica familiar, sobre todo, la parte médica por supuesto que también, la parte odontológica. (Entrevistada 2, 22/12/2021)

trabajo generalmente con kinesiólogos y terapeuta ocupacionales, bien...abordando el kinesiólogo, bien lo postural y el terapeuta, lo sensorial. (...) nosotros damos el aporte bien específico en cuanto lo orofacial, o sea bien en el proceso de deglución. (Entrevista 5, 23/12/2021)

Si bien muchas de las entrevistadas manifestaron integrar equipos interdisciplinarios, en las repuestas puede reflejarse que cada profesional de la salud

interviene de manera individual, como si el niño o la niña pudieran dividirse en tantas partes como especialidades lo/a intervengan, dejando al descubierto la creencia, aún muy arraigada, de que interdisciplina es mantener comunicaciones esporádicas con alguno de los demás especialistas que abordan al o la paciente. Como menciona Elichiry (2009), en ocasiones, se confunde interdisciplina con una cooperación ocasional entre disciplinas.

Otro aspecto a observar es que, para la mayoría de la entrevistadas, recae una importancia mayor en la comunicación con el área médica tanto para los/as fonoaudiólogos/as como para las familias de los/as pacientes, destacando el peso del discurso médico a la hora de dar ciertas sugerencias difíciles de tomar por el entorno del niño o la niña. A continuación, se ejemplifica lo mencionado anteriormente:

trabajo con las terapistas ocupacionales en cuanto a la sensorialidad. Por ahí algunos médicos son accesibles y uno puede acceder a hablar con ellos como con un nutricionista para ver un plan de tratamiento (...) Trabajar con un médico estaría bueno, pasa que a veces no se logra, hay una realidad que por ahí no está. Uno se acerca al médico o está esperando que lo llame el médico o el otro profesional que lo atiende, generalmente pasa eso cuando son todos equipos separados, cuando uno trabaja en un lugar con colegas está un poco mejor porque puede relacionarse y hablar de esos temas. En las clínicas y en los sanatorios, uno por un lado, otro por el otro y se hace un poco más complejo. (...) aportamos todos los conocimientos que nosotros tenemos sobre la disfagia, desde la sensorialidad y cómo vamos a ir incorporando poco a poco un alimento a un niño, la forma de ofrecerle ese alimento a ese niño (Entrevistada 3, 22/12/2021)

me apoyo mucho en lo que es nutrición, gastroenterología muchas veces, pero bueno me parece el poder abordar en conjunto con psicología, con kinesiología muchas veces, y si está la posibilidad y el marco lo permite, algún tipo de trabajo de terapia ocupacional (...) el punto de vista médico, siempre y el subjetivo (...) Tener un buen diálogo con el médico es importante porque nosotros trabajamos desde lo funcional y también poder establecer, qué es lo que uno evaluó, qué es lo que uno observó y cómo ha sido la evolución del tratamiento. Cuando el médico, esto lo escucha, también puede llevar un discurso de tranquilidad, creo que esto es importante, salvo que haya que hacer muchas adaptaciones: colocar botón, sondas y demás, que bueno, es un poquito más limitado nuestra función porque intervenimos para el restablecimiento y creo que podemos actuar mucho tiempo antes. (Entrevistada 4, 23/12/2021)

Como menciona Stolkiner, en relación al enaltecimiento del saber médico por encima del resto de las disciplinas, hay que tener en cuenta que un saber disciplinario es una forma de poder. La participación en un equipo interdisciplinario implica numerosas renuncias, entre ellas considerar la incompletud de la propia disciplina para dar cuenta de una problemática en particular. (Stolkiner, 1999, p 2)

En relación a esto, otra de las profesionales refirió lo dificultoso que resulta la escucha de ciertos/as profesionales con miradas más médicas, en cuanto a tener ciertos cuidados en la realización de abordajes muy invasivos que pueden resultar iatrogénicos si no hay un acuerdo entre todos/as los/as especialistas tratantes.

saben poco de lo que nosotras hacemos (...) después de varios domicilios y de encontrarme con la misma gente, hemos podido intercambiar algunas cuestiones o charlar algunas cuestiones (...) hay un montón de gente que no es, que no es tan médica, si se puede llegar a decir de alguna manera, y que tiene otra mirada y que escucha otras cosas, que te consulta y con la que podés hablar (...) porque también si yo hago todo ese trabajo pero después viene otra persona y le agarra los brazos y le mete sondas por todos lados, es muy difícil, mi trabajo se fue todo marcha atrás, entonces otra vez volver a arrancar. Bueno, ahora, yo por lo menos tengo un grupo con el que puedo hablar y me puede escuchar, que yo escucho y que tenemos un diálogo bastante fluido, pero es difícil, más en el tema médico y más en la internación domiciliaria con el problema de disfagia puntual, porque está el gastroenterólogo, la médica, es complicado. Yo creo que se está abriendo cada vez más y se está pensando un poco más en el sujeto y en el niño en este lugar y en las intervenciones que uno hace. (Entrevistada 7, 11/01/2022)

Esto da cuenta de lo planteado por Dueñas y col. (2014) sobre el predominio del modelo biológico-genético-médico, en el cual la medicación, o en este planteo el posicionamiento médico, aparece como la solución a un déficit orgánico portado desde los primeros tiempos de vida y opera como “obturador” de toda relación e interrogación que habilite la posibilidad de poder “escuchar” al niño o a la niña y a su familia y/o cuidadores, invisibilizándose el sufrimiento psíquico por el que atraviesan, tal como se describe en el material clínico tomado en esta investigación.

Otro concepto con el que puede relacionarse es el de medicalización de Menéndez, tomado por Dueñas y col. (2014) y que aplica tanto a prácticas, ideologías y saberes operados por médicos como a conjuntos de profesionales participantes de dichas

prácticas, que ponen el acento en funciones curativas y preventivas, de control y normatización.

Una observación que puede realizarse es que el área de Psicología se menciona muy poco en la integración de los equipos interdisciplinarios en el abordaje de la disfagia en pacientes de corta edad y, en el caso de requerir su aporte, se hace referencia al trabajo con la familia y no en relación al niño o la niña o con el equipo en general. Consideramos que los profesionales psicólogos/as pueden aportar, tanto al abordaje del o de la paciente, de su familia y/ cuidadores, acompañando situaciones complejas que deben desentrañarse, habilitarse o generarse para que dicho/a paciente pueda comer, dado que, además de requerimientos orgánicos y fisiológicos debe existir el deseo para alimentarse, no sólo por parte del o de la paciente en cuestión sino también de los otros primordiales que alimentan. En el marco de la inter o transdisciplina, el área de psicología también sostiene y brinda herramientas clínicas al resto de los profesionales que intervienen en el abordaje de dicho/a niño/a.

En este análisis consideramos que, en el mejor de los casos, la práctica clínica fonoaudiológica en el abordaje de niños y niñas con diagnóstico de disfagia en sus primeros tiempos de vida debería darse en el interior de un equipo transdisciplinario, donde se logre construir un saber singular acerca de cada sujeto.

En transdisciplina “todas las disciplinas se encuentren atravesadas por una concepción ética común que reubica las éticas particulares de cada disciplina orientándolas con referencia al concepto de *sujeto de deseo*. Tal reubicación opera en la relación paciente-terapeuta rigiendo las intervenciones en transferencia”. (País, 1999, p 127 y 128.).

Entendemos que las condiciones para que pueda darse la transdisciplinariedad requiere de múltiples factores y no suele darse generalmente, por esta razón los espacios interdisciplinarios de trabajo, tal como los considera Elichiry (2009), suelen ser los que mejor pueden sostenerse. En los equipos interdisciplinarios se dan intercambios entre las diferentes disciplinas que producen enriquecimiento mutuo y transformación, implicando además interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas.

En relación a lo que puede aportar el área de Fonoaudiología en los espacios de trabajo con otros profesionales o con equipos inter o transdisciplinarios, la mayoría de las entrevistadas declaró que dicho aporte se refiere a brindar información sobre técnicas que propician una función deglutoria más eficaz y segura, relacionada con los requerimientos de las demás áreas intervinientes. De esto podemos deducir que, considerar sólo el aspecto

deglutorio como único aporte al resto de los/as especialistas intervinientes, deja por fuera muchos aspectos que abordamos como fonoaudiólogos/as cuando estamos frente a un niño o una niña pequeño/a. Más allá de la dificultad alimentaria específica que el/la mismo/a presenta, es importante tener en cuenta que el lenguaje verbal sienta sus bases en la misma boca que participa en el acto de comer. Obviamente, si se presentan dificultades en la función deglutoria, puede suceder también que aparezcan alteraciones en el lenguaje o retardo en la adquisición del mismo. Si consideramos que la boca de ese sujeto en constitución ha sufrido tantas intromisiones, dolores y displaceres, es de esperar que ese/a niño/a no manifieste tampoco el deseo para apropiarse del lenguaje y/o desplegarlo de forma oral.

Una de las profesionales de la fonoaudiología, evidencia la relación de las problemáticas de la alimentación y las de la comunicación refiriendo que:

los papás lo primero que quieren hacer es meter las cucharas en la boca llenas de comida a como dé lugar. (...) esperar los tiempos, porque yo creo que en algún momento empieza a haber como una reversión en relación a eso, pero que si uno sigue insistiendo y sigue marcando esto de que sigo ingresando a tu cuerpo, a tu boca y te sigo manipulando como si vos fueras un objeto (...) si no tiene deseo no va a comer nunca, o sea, va a seguir con la alteración por más que pueda. Te digo que sinceramente tengo muchos pacientes que pueden comer, que pueden tragar y que no quieren, no quieren y es bien notorio. Y los padres no lo pueden entender. Y cuando se quiere empezar a trabajar el tema de la comunicación o el padre empieza a interesarse por eso, ahí yo empiezo a hacer hincapié en esto, te está diciendo que no de todas las formas posibles, está comunicando, pero nosotros no lo estamos escuchando, y si nosotros no lo estamos escuchando no hay vuelta. (Entrevistada 7, 11/01/2021)

Como menciona la entrevistada, en ocasiones, el niño o la niña se convierte en un objeto con el que intervienen muchos/as especialistas y esto puede perjudicar el tratamiento del o de la paciente y su desarrollo subjetivo. De hecho, en el caso clínico de este trabajo de investigación, representa explícitamente el accionar iatrogénico que solemos tener algunos/as profesionales de la salud al no tener en cuenta los procesos de subjetivación en las intervenciones que realizamos. Esta situación revela, muchas veces, la falta de acuerdos entre los/as diferentes profesionales que realizan el abordaje.

Como refiere Evan Morris (1987), experiencias negativas como cambios de sonda, intubaciones y otros procedimientos médicos que requiere la alimentación

complementaria, van generando, gradualmente, que la boca se vuelva un espacio desconocido, privado de experiencias placenteras de tacto, temperatura, texturas, entre otras. Esta invasión en su espacio oral promueve experiencias displacenteras donde todo lo que se acerca a la boca puede convertirse en algo peligroso y/o doloroso. Se crea un círculo vicioso en el que el niño o la niña crea una barrera de protección rechazando cualquier tipo de estimulación oral, como en el caso comentado anteriormente.

Según lo que menciona Castoridis Alaugnier (1977/2014), podría pensarse que, en muchas ocasiones, tanto familiares y/o cuidadores como profesionales que abordan al o a la paciente suelen ejercer, lo que la autora menciona como violencia secundaria, donde constantemente el medio se le impone, se interpone y anticipa a lo que desea y satisface según su propia brújula con una violencia no fundante, secundaria, que intercepta al otro/a. Violencia excesiva, desconocida para los y las que participan de la misma, que atenta contra el Yo, y “logra apropiarse abusivamente de los calificativos de necesaria y de natural” (Castoriadis Alaugnier, 1977/2014, p 35), propios de la violencia primaria.

Una de las cuestiones a destacar, como se menciona en la última cita de entrevista, es sobre el aspecto comunicativo que se desprende del corrimiento del cuerpo o de la cara, el escupir, vomitar, rechazar el alimento y todo lo que ello trae aparejado en esas conductas. Las mismas suelen darse a la hora de comer en pacientes con aversión sensorial a los alimentos, pero generalmente no suelen manifestarse ante la manipulación de objetos no nutricios con la boca.

Como mencionó la entrevistada, no visualizar esas conductas de rechazo del niño o la niña es negar la comunicación de ese sujeto, desimplicándolo de su propia agencia. En relación al niño que venimos siguiendo en este estudio pudo verse claramente la puesta en escena de lo que experimentaba sin mediatización del lenguaje oral.

Los y las profesionales de la fonoaudiología trabajamos principalmente en pro de la comunicación humana, por lo tanto, invisibilizar que la negativa a comer, las conductas de rechazo o como en el material clínico -el intento del niño de agujerear su boca con una pinza de juguete- tienen calidad de enunciación, aunque el niño o la niña lo haga por medio de manifestaciones corporales y/o gestuales, es cerrar la posibilidad de futuros decires a ese sujeto que se está constituyendo como tal.

En esta investigación nos parece fundamental poder intervenir desde el área fonoaudiológica generando experiencias subjetivantes que acerquen a los niños, a las niñas y a sus familiares y/o cuidadores a una alimentación menos conflictiva y en relación al placer, no sólo desde la oralidad sino también desde el compartir el acto alimentario en

el que, no sólo se aportan nutrientes, sino también tradiciones, cultura, palabras, amor, entre tantas otras. Ejercer la función mediatizadora, a la que refiere Benyakar, evocando “la presencia de un factor que mediatiza adecuadamente, al mismo tiempo que no le quita a la situación su característica amenazante, le confiere al psiquismo la capacidad para desarrollar defensas frente al evento amenazador” (Benyakar, 2016, p 24)

Por lo dicho anteriormente y como fue descrito en el marco teórico, en este análisis consideramos necesario un abordaje inter o transdisciplinario, debido a que no concebimos la parcialización de los niños y las niñas en tantos aspectos funcionales como especialidades los/as abordan. Y como menciona Flesler (2011/2016) en relación al deseo y las intervenciones del analista, aquí consideramos que atender a un/a niño/a y apuntar al sujeto es la flecha que lo guía en los tiempos de la infancia, haciendo de las intervenciones de todos/as aquellos/as que lo/a abordan, una apuesta para que el sujeto pueda existir.

4. CONCLUSIONES

El propósito de este estudio fue, por un lado, caracterizar y analizar las estrategias clínicas y los modos de intervención fonoaudiológicos vinculados a la alimentación en niños/as que presentan disfagia, que han requerido intervenciones en la zona orofacial. Por otro lado, se buscó reflexionar en torno a las particularidades de las intervenciones fonoaudiológicas cuando se entran en un trabajo inter o transdisciplinario desde una perspectiva que tenga en cuenta los procesos de subjetivación tempranos.

La orientación psicoanalítica fue tomada como posicionamiento desde el que se acerca una mirada crítica hacia el interior de la clínica fonoaudiológica y permite reflexionar sobre los abordajes en la alimentación como acto de subjetivación en períodos críticos de constitución psíquica. Se entiende que dicho posicionamiento teórico puede plantear intervenciones diferenciales en las que se atienden los procesos de subjetivación del niño o la niña, traídos a la consulta, en este caso por disfagia. Este abordaje implica, tanto una mirada integral del sujeto que manifiesta dificultades en la alimentación como de su entorno, generando encuentros donde se teje un entramado entre lo que el/la paciente necesita y permite, así como la aplicación de las técnicas específicas en un tiempo oportuno que posibiliten una alimentación segura o el acercamiento al placer mediante el jugar y en intercambio con otros/as.

El trabajo de campo se planteó a partir de los interrogantes sobre la práctica, que surgieron ante un material clínico respecto de la temática planteada, y de la recolección de información en relación a la opinión de los profesionales especialistas en la atención de niños/as que presentan disfagia, a través de entrevistas realizadas a siete profesionales de la fonoaudiología con miradas heterogéneas tanto de la ciudad de Rosario como de localidades aledañas.

A partir de lo expuesto, puede indicarse que se alcanzaron los objetivos propuestos.

En relación al primer objetivo de “problematizar el concepto de disfagia y su relación con el de alimentación”, podemos decir que usualmente los/as profesionales del área fonoaudiológica especializados/as en disfagia equiparan el concepto de deglución con el de alimentación refiriendo que la disfagia es la alteración en la deglución. Al no realizar la distinción entre los conceptos de deglución y alimentación, pareciera que la disfagia es considerada como dificultad en la deglución/alimentación, implicando sólo la alteración de alguna de las etapas de dicha función. En cambio, las dificultades en la

alimentación abarcan no sólo las cuestiones orgánicas y fisiológicas de la deglución sino también el acto sociocultural, los actores que intervienen y sus subjetividades, entre tantos aspectos. Esto pone en evidencia que el abordaje fonoaudiológico de la disfagia no siempre tiene en cuenta el contexto en el que se da el acto de alimentación y los procesos subjetivos de niños/as que presentan ese diagnóstico y su familia y/o cuidadores, como es considerado en este análisis.

En cuanto al segundo objetivo de “caracterizar las técnicas terapéuticas de deglución más utilizadas ante la presencia de disfagia en niños y niñas”, se pudo observar que, generalmente, suelen aplicarse algunas técnicas específicas tanto compensadoras como rehabilitadoras para lograr la función deglutoria en forma segura y eficaz, de manera distal a proximal con respecto al sector orofacial con la finalidad de no producir rechazo ante la presencia de alimentos por parte del niño o la niña. Se mencionaron como principales intervenciones fonoaudiológicas de rehabilitación: el Método Bobath, la terapia miofuncional y la educación continua. Entre las técnicas compensadoras, se hizo referencia a la utilización de estrategias posturales, modificación de consistencias, volúmenes y viscosidad, técnicas de incremento sensorial y adaptación de utensilios.

Con relación al tercer objetivo: “especificar las particularidades de la clínica fonoaudiológica en el trabajo interdisciplinar y/o transdisciplinar”, se evidenció que hay una tendencia al abordaje de cada disciplina por separado con algunas comunicaciones esporádicas entre las mismas, aunque la mayoría de los/as profesionales declaren trabajar interdisciplinariamente.

Una de las cuestiones que se observaron fue la importancia que se le otorga a la disciplina médica dentro de los grupos de profesionales que abordan a un/a paciente pequeño/a, lo que deja entrever un posicionamiento biologicista hegemónico que aún prima en el ámbito de la salud, dejando por fuera el trabajo interdisciplinario y transdisciplinar, con las cuales nos alineamos en esta investigación. Respecto al material clínico en estudio, se registró este posicionamiento médico hegemónico, tanto en las intervenciones intrusivas que se le realizaron al niño en varias ocasiones como en el discurso parental, apareciendo como única solución al déficit orgánico, obturando la escucha del niño e invisibilizando el sufrimiento psíquico por el que atravesaba. Esto evidencia el accionar iatrogénico que se suele tener desde diferentes áreas de la salud al no tener en cuenta los procesos de subjetivación en las intervenciones que se realizan, revelando la falta de acuerdos entre los/as profesionales que realizan el abordaje.

En relación al cuarto objetivo: “describir las estrategias clínicas y los modos de intervención fonoaudiológicos vinculados a la alimentación, considerando los procesos de subjetivación tempranos desde una orientación psicoanalítica”, se observó que la mayoría de los/as profesionales suelen realizar abordajes que implican un registro de información sobre el o la paciente por medio de entrevistas con la familia y/o cuidadores, una evaluación exhaustiva de la deglución y la aplicación de técnicas específicas que buscan el establecimiento de la función deglutoria ausente o la modificación si la misma se encuentra ausente o en falla. Si bien se suelen tener en cuenta las experiencias negativas en el niño o niña que presenta disfagia y es intervenido/a desde los primeros tiempos con prácticas invasivas en su cuerpo, realizando abordajes distales de la boca en un primer momento para no reforzar dichas experiencias, suelen dejarse por fuera muchos aspectos que implican los procesos de constitución subjetiva, así como la comunicación, entre otros. Algunos de ellos que aquí consideramos, tienen que ver con el abordaje respetuoso de los tiempos que marcan los/as niños/as para acercarnos a su boca e incorporar alimentos mediante el jugar; las intervenciones que se realizan con la familia y/o cuidadores y el lugar que se le da a los/as mismos/as, relacionadas no sólo con indicaciones y réplicas de técnicas en la casa -relacionadas con tratamientos rehabilitadores de educación constante-, sino con posibilitar simbólicamente otra escena alimentaria para ese/a niño/a y su entorno, y un trabajo inter/transdisciplinario con otros/as profesionales que intervienen en el caso. En el material clínico presentado en este estudio, se realizó un abordaje fonoaudiológico intentando respetar los tiempos del paciente y los de su entorno, pudiendo modificarse la actitud del niño hacia los alimentos hasta que fue intervenido médicamente por el episodio respiratorio, cuya irrupción marcó un retroceso en la alimentación y evidenció signos de un vivenciar traumático.

Con respecto al quinto objetivo: “poner en tensión las técnicas terapéuticas de deglución más utilizadas con las intervenciones fonoaudiológicas orientadas psicoanalíticamente, en relación al abordaje de niños y niñas que presentan disfagia”, como se dijo anteriormente, pudieron evidenciarse claramente las posturas que manifiestan posicionamientos más tradicionales, de orden biologicista y otros que se alineaban más con esta investigación ligados a una orientación psicoanalítica. Aun así, las miradas clínicas se encuentran muy sesgadas por un posicionamiento médico. Esto no permitiría que se reflexione profundamente sobre las prácticas y sus posibles efectos en los/as niños/as pequeños.

La apuesta clínica de este estudio se juega al plantear interrogantes que en ocasiones permiten más apertura que las certezas en los espacios terapéuticos y posibilita intervenciones mucho más subjetivantes que la indicación de una técnica específica desprovista de significación, transformando a los/las parientes en terapeutas y perpetuando la concepción de discapacidad. El aporte de todos/as los/as adultos/as que están entorno a un/a niño/a, sumado al respeto de sus tiempos, son los que nos marcan el recorrido de las intervenciones terapéuticas a realizar.

Consideramos que hay un largo camino por recorrer hacia la posibilidad de que, en un futuro, pueda trabajarse de manera interdisciplinaria, y en el mejor de los casos transdisciplinariamente, para que el objetivo de todos/as las que intervienen apunte al surgimiento del sujeto de deseo, más allá del área disciplinaria de la que se trate. Es fundamental crear estrategias clínicas más habilitantes que rehabilitadoras y/o compensadoras, abordando a la alimentación como acto subjetivante en sí mismo y teniendo en cuenta que los/as pacientes se encuentran atravesando períodos críticos de constitución psíquica.

5. BIBLIOGRAFÍA

Achilli, E. (2000) *Las diferentes lógicas de investigación*. En: Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir el oficio. Rosario: Laborde Editor.

Azaretto, C. (2007) *Diferentes usos del material clínico en la investigación en Psicoanálisis*. En Memorias de las XIV Jornadas de investigación de la Facultad de Psicología. UBA, Tercer encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur: Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA)

Benyakar, M. (2016) *Lo disruptivo y lo traumático: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas*. San Luis: Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L.

Bleichmar, S. (2000) *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires: Amorrortu.

Calmels, D. (2013) *Fugas: el fin del cuerpo en el nuevo milenio*. Buenos Aires: Biblos.

Castoriadis-Alaunier, P. (1977/2004) *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.

Castro Maldonado, D. M.; Sampallo Pedroza, R. M., (2014) *Consistencias y texturas alimenticias en disfagia. Perspectiva fonoaudiológica*. Revista Gastrohnp. Vol 16. Número 2: 79-87. Disponible en: <https://revgastrohnp.univalle.edu.co/a14v16n2/a14v16n2art3.pdf>

Chahuán, S.; Espinoza Palma, T.; Cruzat, L.; Saumann, D.; Berna, L., (2012) *Sialorrea neurogénica infantil y el manejo con la toxina Botulínica: revisión de la literatura y reporte del caso de un niño con traqueostomía y ventilación mecánica crónica*. Revista Neumonología Pediátrica 7 (1): 13-18. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Sialorrea-neurog%C3%A9nica-infantil-y-el-manejo-con-la-y-Chahuan-Espinoza-Palma/44cf714bcb621d688d6224af2630224199cab108>

Chamorro, J. (2021) *Intervención fonoaudiológica en disfagia orofaríngea en la parálisis cerebral infantil*, Quito, octubre 2020 -marzo 2021. Carrera Terapia de Lenguaje, Facultad Ciencias de la discapacidad, atención prehospitalaria y desastres. Universidad Central del Ecuador. Quito. Recuperado el 12/08/2021 de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/23999/1/UCE-FCDAPD-CTL-REHA%20JENIFER.pdf>

Chiva, M. (1979) *Como se forma la persona al comer*. Infancia y Aprendizaje. Journal for the Study of Education and Development, N° 8, p 40-49.

Dueñas, G., Gorbacz, L., Rattagan, M., (2014) *La clínica en los límites de la Ley. La medicalización de las infancias en el marco de la legislación vigente*. Revista Generaciones: Pensar con el psicoanálisis niñ@s, adolescentes. Año III. N° 3 “Exploraciones en los límites”. EUDEBA. Bs As.

Elichiry, N. (2009). *Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias*. Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educacional. Buenos Aires: Manantial (Capítulo 9). Disponible en: [elichiry importancia de la articulacion.pdf](#)

Evan Morris, S. (1987). *Pre-Feeding Skills. A comprehensive resource for feeding development*. Arizona. EE.UU.: Editorial Therapy Skill Builders.

Flesler, A. (2011/2016) *El niño en análisis y las influencias del analista*. Buenos Aires: Paidós.

García, G, Salazar, F, López, K, Navarro, D, Arrieta, A, Durango, R, Manzano, A, Quintero, M, Belandria, K, & Pérez, A. (2011). *Videodeglutoscopia en la evaluación y manejo de trastorno deglutorio en niños*. Gen, 65(1), 14-17. Recuperado en 18 de noviembre de 2020. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032011000100004&lng=es&tlng=pt.

García-Peris, P., Velasco, C., Frías Soriano, L. *Manejo de los pacientes con disfagia*. Nutrición Hospitalaria. 2012, 5(1), 33-40. ISSN: 0212-1611. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226797004>

García, C., Lin, P., Prado, F., Salinas, P., Villanueva, R., Trepát, G., Meneses, I. (2011) *Guías clínicas para la alimentación en pacientes con trastorno de la deglución*. Revista Neumonología Pediátrica; N° 6 (2), 67-71. Disponible en: www.neumologia-pediatrica.cl.

Gurman, I. (1993) *Trauma en la infancia: Real- realidad-pulsión*. Diarios Clínicos. Revista de psicoanálisis con niños y adolescentes. N° 6 Duelo y trauma. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.

Huiracocha Tutivén, M. L.; Rojas Sulbarán, R. D.; Huiracocha Tutivén, M. S. (2015) *Auscultación cervical: alternativa no invasiva en el diagnóstico de disfagia en niños con problemas de neurodesarrollo*. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Vol. 33 N°2. Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/943>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, M. (2010) *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill. Disponible en: www.freelibros.com.

Janin, B. (2011/2017) *El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Buenos Aires: Noveduc.

Lizzi, E., Menna, A., Sirna, S., Zerpa, B., Iriondo, A., Ginghamini, M. y Cattáneo, M. (2004) *Atención temprana: una perspectiva fonoaudiológica*. Santa Fe, Argentina: el autor.

Marradi, A., Archenti, N., Piovani, J. I. (2007) *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Emecé Editores.

Moyano, H. M. (1998). *Problemática de la deglución en niños*. Santa Fe. Argentina. Imprenta Acosta.

País, A. (1999). *Interdisciplina y transdisciplina en la clínica de los trastornos del desarrollo infantil*. Diarios Clínicos. Revista de psicoanálisis con niños y adolescentes. N°3 Cuerpo y subjetividad. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.

Perlaza; L. (2015) *Atención fonoaudiológica del paciente crónico con disfagia*. Revista Areté. Vol 15. P 39-51. Recuperado a partir de: <https://arete.ibero.edu.co/article/view/923>

Punta Rodulfo, M. (2005) *La Clínica del Niño y su Interior*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Punta Rodulfo, M. (2016) *Bocetos Psicopatológicos- El psicoanálisis y los debates actuales en psicopatología*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Puma Araujo, F. (2016) *Relación entre características de inicio de alimentación complementaria y aversión sensorial a los alimentos en preescolares del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2015*. Licenciatura en Nutrición Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4904>

Rodulfo, R. (1998/2010) *El niño y el significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*. Buenos Aires: Paidós.

Rodulfo, R. (1992/1999) *Estudios clínicos. Del significante al pictograma a través de la práctica psicoanalítica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Rodulfo, R. (1999/2015) *Dibujos fuera del papel. De la caricia a la lectoescritura en el niño*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Stern, D. (2005) *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el Psicoanálisis y la Psicología Evolutiva*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Stolkiner, A. (1999) *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Introducción al debate: algunas reflexiones*. Buenos Aires, Revista El Campo Psi. Recuperado en: <http://www.campopsi.com.ar>

6. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente hago constar que expreso mi consentimiento para participar en la investigación que está realizando la Lic. Ivana Casarotto, para su Tesis de Maestría en Clínica Psicoanalítica con Niños que será presentada en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, bajo la dirección de la Dra. Daniela Muiña.

El estudio tiene como objetivo explorar y caracterizar las estrategias clínicas y los modos de intervención fonoaudiológicos, vinculados a la alimentación en niños y niñas que presentan disfagia y que han requerido intervenciones en la zona orofacial en tiempos tempranos.

Considero que se me ha proporcionado la información necesaria acerca de las características del estudio para poder decidir mi participación en el mismo, a través de una entrevista semiestructurada sobre mi práctica en torno a la temática expuesta, que será realizada de modo virtual por zoom, meet o videollamada y será grabada para su posterior transcripción.

Doy mi autorización, salvaguardando siempre el derecho a la privacidad, para que los datos obtenidos que se deriven de esta investigación puedan ser utilizados para su divulgación científica, sin implicar ningún riesgo o molestia para mí, ni para mi desempeño laboral, entendiendo que la información será tratada de modo confidencial de acuerdo a lo previsto en la Ley Nacional 25.326.

.....de.....de 2021

.....

Firma y aclaración del participante

.....

Firma del responsable Investigación

Ante cualquier consulta relacionada con la Investigación comunicarse con Lic. Ivana Casarotto a: ivanacasarotto@hotmail.com

MODELO DE ENTREVISTA

1. ¿Cómo definiría a la clínica fonoaudiológica que usted realiza con niños y niñas que presentan diagnóstico de disfagia?
2. Según su práctica clínica, ¿qué concepto puede brindar sobre disfagia y su relación con la alimentación?
3. Cuando el diagnóstico temprano de disfagia está confirmado, ¿cómo suele comenzar el tratamiento del niño o la niña?
4. ¿Qué considera primordial a la hora de intervenir clínicamente a un niño o una niña que presenta diagnóstico de disfagia en sus primeros tiempos de vida?
5. Si aplica alguna técnica deglutoria específica en el tratamiento fonoaudiológico de niños o niñas con disfagia, ¿cuáles utiliza?
6. ¿De qué modo incluye en la clínica a los familiares y/o cuidadores del niño o la niña que presenta disfagia?
7. Cuando el niño o la niña con disfagia presenta síntomas de aversión sensorial a los alimentos, ¿cómo suele intervenir clínicamente?
8. En su opinión, ¿de qué manera pueden tenerse en cuenta los procesos de subjetivación que se dan en las niñas y los niños con diagnóstico de disfagia temprana, durante el abordaje fonoaudiológico?
9. ¿Suele trabajar con otros profesionales o equipos inter o transdisciplinarios en dichos casos? ¿Qué aportes cree que realiza la clínica fonoaudiológica en estos espacios de trabajo?

ENTREVISTADA 1 (22/12/2021)

ENTREVISTADORA: ¿Cómo definiría a la clínica fonoaudiológica que usted realiza con niños y niñas que presentan diagnóstico de disfagia?

ENTREVISTADA: ... (expresión de duda) Si, ¿cómo la definiría?

ENTREVISTADORA: Te la repito si querés. ¿Cómo definiría a la clínica fonoaudiológica que usted realiza con niños y niñas que presentan diagnóstico de disfagia?

ENTREVISTADA: ... (expresión facial de incompreensión)

ENTREVISTADORA: Sería la explicación sobre la pregunta de ¿en qué consiste tu trabajo en relación a la disfagia en niños?

ENTREVISTADA: Y digamos, a ver, para mi es la rehabilitación, o sea poder volver a hacer, o a veces directamente hacer que el niño pueda comer vía oral, que pueda habilitarse esa vía oral para que pueda ingerir alimentos de manera segura por boca.

ENTREVISTADORA: Bien, voy con la segunda pregunta. Según su práctica clínica, ¿qué concepto puede brindar sobre disfagia y su relación con la alimentación?

ENTREVISTADA: Si, bueno, la disfagia es una alteración en el traslado del alimento desde la vía oral hacia el estómago, al sistema digestivo. Obviamente que está totalmente relacionado con el alimento porque es el alimento lo que ingerimos. La disfagia es la imposibilidad de poder ingerir alimentos, digamos está relacionado y vinculado completamente. Creo que respondí la pregunta, ¿sí?

ENTREVISTADORA: Bien, sí, seguimos. Cuando el diagnóstico temprano de disfagia está confirmado, ¿cómo suele comenzar el tratamiento del niño o la niña?

ENTREVISTADA: ... (duda) ¿No importa las edades?

ENTREVISTADORA: Te la repito, Cuando el diagnóstico temprano (remarca la pronunciación de esta palabra) de disfagia está confirmado, ¿cómo suele comenzar el tratamiento del niño o la niña?, o sea es en etapas bien primarias.

ENTREVISTADA: Bien primaria. Bueno obviamente que primero hago toda una entrevista y una historia clínica bien profunda y después empiezo con la evaluación de la niña considerando, obviamente todos los datos que aportaron los padres. Siempre que puedo me comunico con los médicos tratantes, sobre todo cuando trabajo con niños, me comunico con la mayor cantidad de médicos que los hayan visto para recabar la mayor información y después empiezo a trabajar con el niño, una vez que hago la evaluación, bueno con videos, cómo viene de acuerdo a la patología, bueno de a poco voy trabajando

todo el sector orofacial, obviamente de manera no invasiva, siempre a través del juego, siempre involucrando a los padres, sobre todo si son chiquititos. Doy muchas indicaciones a los padres, mucha tarea en casa, que hagan mucho ellos y yo más que todo voy acompañándolos hasta que, en algún momento, obviamente llego a la prueba de la ingesta de alimentos y ahí ir viendo de a poquito si se puede avanzar en esos alimentos o no, o vuelvo atrás. Pero bueno siempre en algún momento hay que probar y voy avanzando de acuerdo a que el niño vaya evolucionando, pero siempre trabajo mucho mucho con los padres. Mucho. Te diría que trabajo más con los padres que con el bebé.

ENTREVISTADORA: Bien. ¿Qué considera primordial a la hora de intervenir clínicamente a un niño o a una niña que presenta diagnóstico de disfagia en sus primeros tiempos de vida?

ENTREVISTADA: Primordial, la entrevista y para mí, hablar con los médicos que lo tuvieron, si estuvo en la neo. Generalmente todos tienen Neumonólogo, porque tuvieron alguna broncoaspiración o internación por dificultades respiratorias. Eso principalmente y también recabar la mayor cantidad de datos que pueda y después, lo mismo, la evaluación bien en profundidad. Ir despacio, con paciencia.

ENTREVISTADORA: Si aplica alguna técnica deglutoria específica en el tratamiento fonoaudiológico de niños o niñas con disfagia, ¿cuáles utiliza?

ENTREVISTADA: ¿técnicas como la técnica de Valsalva?

ENTREVISTADORA: Si las técnicas deglutorias, si aplicás alguna.

ENTREVISTADA: No, no tengo técnica específica que utilice en niños. Voy adaptando todo de acuerdo a cada patología, pero no hay algo así puntual que digo “esto lo utilizo para todos los niños”. No. Hago mucha estimulación orofacial, obviamente externa, mucho sensorial, mucha vibración, mucho distintas texturas externas, pero no una técnica específica.

ENTREVISTADORA: ¿De qué modo incluye en la clínica a los familiares y/o cuidadores del niño o la niña que presenta disfagia?

ENTREVISTADA: Más o menos lo que te había dicho. Generalmente le doy indicaciones, después de la evaluación o mientras tanto le voy dando indicaciones de cómo, por ejemplo: si estimulan con el chupete, bueno, cómo colocar al niño, cómo estimular, qué movimientos hacer, con qué frecuencia, si utilizar fuerza o no utilizar fuerza, en qué momentos. Por ahí le voy diciendo anda viendo cómo está el nene, si está muy enojado o algo, no.

Después cuando empiezan a alimentarse de a poquito, que empiezo a incorporar algo a su dieta vía oral, también, ahí voy dándole muchas indicaciones de cómo posturar al bebé, cómo posturarse ellos, cómo armar la rutina de la comida, cómo hacer que el niño pueda explorar también. Les indico muchas cosas y en el consultorio también los hago participar, yo les muestro y hago que ellos lo hagan ahí en el consultorio para que después se lo lleven a la casa.

ENTREVISTADORA: Bueno, seguimos. Cuando el niño o la niña con disfagia presenta aversión oral e irritabilidad, ¿cómo suele intervenir clínicamente?

ENTREVISTADA: ¡Qué difícil!... Bueno, yo lo que suelo hacer es plantear juegos con alimentos. Mucho. Bueno la aversión oral la vi en pacientes de tres o cuatro años, no la vi en tan chiquititos. Entonces planteo mucho juego con alimentos, que puedan tocarlos con las manos, que se lo puedan llevar a la boca. Mostrarles, yo hacer lo mismo, yo encastrarme, obviamente siempre indicándose a la familia para que también lo hagan. Siempre le indico a la familia que los hagan parte de la rutina de la alimentación para que ellos también puedan ir observando e ir viendo que eso es algo que se come. Y después si usan chupetes o mamadera, hago algún trabajito así con algo de estimulación intraoral, que mojen el chupete en diferentes sabores o diferentes texturas como para que vayan sintiendo, que le mojen los labios. Es un trabajo largo, pero resulta.

ENTREVISTADORA: Bien, y con respecto a esto que me mencionás, ¿por qué considerás que el juego es un medio para acceder a la alimentación en estos casos?

ENTREVISTADA: Y porque primero son niños. Considero que los niños aprenden todo a través del juego. Que es la manera, primero ellos tienen de relacionarse a esa edad y la menos invasiva, porque es una terapia bastante difícil donde muchos pacientes tuvieron muchas cosas en la vía oral y, de repente, uno le quiere poner comida, y si se la quiere poner así de manera agresiva, obviamente no va a querer. Pero siempre a través del juego, donde ellos van experimentando y es su manera de aprendizaje en esas edades por el juego.

ENTREVISTADORA: Las últimas dos preguntas. En su opinión, ¿de qué manera pueden tenerse en cuenta los procesos de subjetivación que se dan en las niñas y los niños con diagnóstico temprano de disfagia, durante el abordaje fonoaudiológico?

ENTREVISTADA: ... (expresión de duda) ¿Me lo podrás repetir?

ENTREVISTADORA: Sí. En su opinión, ¿de qué manera pueden tenerse en cuenta los procesos de subjetivación que se dan en las niñas y los niños con diagnóstico temprano de disfagia, durante el abordaje fonoaudiológico?

ENTREVISTADA: Me parece que es algo que se tiene en cuenta constantemente. Me parece que la mejor manera de hacerlo es acompañando siempre con la anticipación y a través del lenguaje. Acompañar todo a través del lenguaje, de la palabra, de poder explicarle todo, más allá de lo pequeño que sea, siempre explicarle lo que le vas a hacer, pedirle permiso cuando le vas a hacer alguna maniobra o algo un poquito más invasivo. Considero que siempre a través de la palabra.

ENTREVISTADORA: La última pregunta te hago. ¿Suele trabajar con otros profesionales o equipos inter o transdisciplinarios en dichos casos? ¿Qué aportes cree que realiza la fonoaudiología en esos espacios de trabajo?

ENTREVISTADA: Sí, trabajo con equipos interdisciplinarios siempre. Y obviamente que la fonoaudiología aporta todo el conocimiento que tenemos nosotras sobre esta alteración que puede tener el nene, ya sea en cómo ayudarlos a que trabajen desde las otras áreas, por ahí en cuanto a la postura, de que si lo acuestan se puede ahogar con la saliva. Y después considero que todas las áreas aportan al favorecimiento del trabajo en el niño, pero la fonoaudiología aporta mucho esto de cómo ayudarlo, sobre todo me pasa mucho con, esto de que “si lo acuesto así o si lo pongo así se ahoga con la saliva”, bueno entonces nosotras le vamos diciendo qué es conveniente hacer, qué no. También esto de la comunicación, de hablarle, de la anticipación y de favorecer siempre el desarrollo de la comunicación también, no olvidarnos de que, si tiene disfagia, puede tener también alguna otra condición.

ENTREVISTADA 7 (11/01/2022)

ENTREVISTADORA: ¿Cómo definiría a la clínica fonoaudiológica que usted realiza con niños y niñas que presentan diagnóstico de disfagia?

ENTREVISTADA: Yo lo definiría como un abordaje integral de lo que tiene que ver con la alimentación desde todos los ámbitos, no sólo desde la disfagia puntualmente, más allá de la alteración deglutoria que presente cada niño, sino también de lo que implica el comer digamos en la cuestión más social, porque creo que la disfagia se relaciona mucho con esta cuestión, digamos, social, el vínculo con el otro, las relaciones con el otro. Y bueno y la alimentación, a través de un placer, creo que se genera desde un primer comienzo, que si bien es innato al comienzo, porque el bebé nace y tiene que succionar y todo se da naturalmente, cuando hay dificultades hay como muchos impedimentos, entonces uno tiene que tener una mirada bastante integral cuando trabaja con disfagia, y más cuando trabaja con niños, que son sus primeras experiencias en relación a la oralidad y a la alimentación, porque por ahí el adulto es diferente porque viene con una alimentación generalmente y después se suele presentar una disfagia. En el niño es diferente porque toda la experiencia del comer, desde el comienzo está dificultada por esta alteración, patología o lo que fuera que tiene.

ENTREVISTADORA: Bien. Según su práctica clínica, ¿qué concepto puede brindar sobre disfagia y su relación con la alimentación?

ENTREVISTADA: Y en realidad la disfagia, en sí, si tengo que pensar en un concepto de disfagia, cualquier alteración en el deglutir, con el tragar y cualquier alteración que haya, tanto a nivel sensorial, a nivel anatómico o funcional para desencadenar el reflejo de deglución para la alimentación. Y después ¿me dijiste?

ENTREVISTADORA: Según su práctica clínica, ¿qué concepto puede brindar sobre disfagia y su relación con la alimentación? O sea, la relación de la disfagia con la alimentación.

ENTREVISTADA: Claro, yo diferenciaría de la disfagia como el acto puro de la deglución en sí, que la parte anatómica y funcional se tenga que dar para deglutir, entonces cualquier persona puede o nace y está capacitado para comer, la disfagia sería la alteración de este acto pero la alimentación para mi es como mucho más amplio y tiene más que ver con, lo que te decía antes, con el tema de lo social, de que uno come con otro, que termina siendo un momento de vínculo con el otro desde el momento cero desde que la mamá da la teta, mamadera y lo que sea y después todo lo que lleva hasta el momento

actual en el que el sentarse a comer tiene que ver con un ritual, con algo que uno desea, con algo de compartir. Eso sería como la diferencia en sí, porque se podría dar todo esto o esto se ve inhabilitado a veces por la dificultad en la deglución, que tiene que ver más con lo funcional o lo anatómico.

ENTREVISTADORA: Cuando el diagnóstico temprano de disfagia está confirmado, ¿cómo suele comenzar el tratamiento del niño o la niña?

ENTREVISTADA: Depende mucho de las edades el tema de la disfagia, pero siempre lo que hago es hacer una historia clínica o charlar un poco con los papás, desde qué pasó desde el momento cero, cuales fueron los primeros vínculos del niño con la alimentación, si se pudo alimentar, en qué momento, cómo, qué pasó, porque por ahí el diagnóstico de disfagia viene después de una microaspiración o de una broncoaspiración o de algo que llamó la atención, o a veces, incluso no se da de comer por miedo a que aparezca y no había ningún síntoma de que estuviera sucediendo. Trato de hacer esto, como una historia clínica y de poder ahondar un poco cuáles fueron los primeros momentos y las primeras relaciones en relación a la alimentación y después hago una evaluación más exhaustiva de qué pasa con el niño y qué pasa cuando se presenta el alimento, si hay intención o no, hay búsqueda o no hay búsqueda, si hay succión de algo que no sea una mamadera, pero si algo no nutritivo como un chupete, o se lleva cosas a la boca, o que experiencia sensorial hay ahí. Porque lo que nos pasa puntualmente es que cuando el niño está tan invadido desde tan chiquito, nace y está la sonda de por medio, ahí hay mucha invasión en la boca. Mis pacientes, la mayoría, estuvieron intubados, después terminaron con un traqueo, entonces todas estas sensaciones que son las primeras experiencias, son experiencias traumáticas. Entonces cuando uno quiere, en el momento de la rehabilitación, ofrecer algo en la boca, es tremendo. Lo primero que hacen es poner la mano en la cara y pedir por favor que no los invadan más, porque no es sólo el tubo, después la sonda, porque generalmente los aspiran porque tienen mocos. Entonces bueno, trato de ser bastante cautelosa y de hablar bastante con los papás, de dar pautas como para que empiecen a arrimarse al tema de la alimentación pero más desde lo que tenga que ver con el deseo, de las ganas, de no imponer, de no poner la comida en la boca porque sí, de no obligar a que se trague, este tipo de cosas que surgen porque el padre te dice, “bueno ya puede empezar a comer porque ya está bien” y puede empezar a comer y aparece eso, los chicos no quieren comer, no quieren y el padre insiste e insiste y, si yo me pongo en el mismo lugar que el padre e insisto, lo único que genero es más rechazo, que es lo que trato de explicarles a los papás. Cuanto más insistamos y, aparte estamos, no solo desde

la parte de la alimentación, si no también desde la comunicación, porque nos está diciendo que no constantemente y no estamos escuchando ese no, seguimos, seguimos, seguimos, seguimos. Entonces hay una cuestión, digamos en lo subjetivo, en el respeto hacia el otro, un montón de cuestiones que se ven alteradas y es bastante difícil para el papá entenderlo, es difícil para uno como profesional porque también los objetivos que uno se plantea son a larguísimo plazo, cuesta un montón, es muy difícil, el papá por ahí a veces, a mí me da la sensación de que vas y que no hacés nada. Porque si vos no vas y le intervenís la boca y tocás y te metés y le hacés dar una arcada, no, no estás haciendo nada, entonces eso también como profesional es pesado y es difícil de sobrellevar.

ENTREVISTADORA: ¿Qué considera primordial a la hora de intervenir clínicamente a un niño o una niña que presenta diagnóstico de disfagia en sus primeros tiempos de vida?

ENTREVISTADA: Depende, como que va de la mano, porque primordial me parece importante, sí, empezar a estimular. Para mí lo primordial es generar experiencias positivas en relación a la alimentación, yo creo que lo principal es eso, experiencias positivas, que haya deseo, que haya ganas y que el niño esté dispuesto a recibir esa intervención jugando o de la manera o la intervención que sea, porque hay muchos niños que están super permeables a que uno les dé un montón de cosas, de alimentos y les gusta y juegan y están encantados y hay otros que no quieren saber nada. Entonces creo que lo primordial es eso, generar un buen vínculo con la comida y en base a eso después poder trabajar todo el resto.

ENTREVISTADORA: Si aplica alguna técnica deglutoria específica en el tratamiento fonaudiológico de niños o niñas con disfagia, ¿cuáles utiliza?

ENTREVISTADA: Generalmente las técnicas que más utilizo tienen que ver más con lo sensorial, es con lo que trato de arrancar y después sí, lo que es propioceptivo, a veces trabajo con frío, dependiendo del caso, dependiendo también del paciente y del vínculo del niño con ese alimento, porque si no hay vínculo es muy difícil. Hay pacientes que no tienen vínculo con el alimento pero que sí disfrutan mucho de la estimulación oral y se puede trabajar con frío, con diferentes sabores, con diferentes texturas, así que sí, más propioceptivo, sensorial, algo de frío, diferentes sabores. Trabajo mucho en relación con el tema de lo postural, trato de que haya una buena armonía o una buena postura cuando uno va a ofrecer un alimento, por una cuestión, no sólo de la deglución en sí, digamos la alineación de la cabeza y el cuello, si no como una postura más activa en relación al juego o a lo que se le va a presentar.

ENTREVISTADORA: ¿De qué modo incluye en la clínica a los familiares y/o cuidadores del niño o la niña que presenta disfagia?

ENTREVISTADA: Supongo, si tengo que ponerle un nombre a esto, que de un modo activo porque necesito sí o sí de la colaboración de la familia y necesito que la familia se involucre con el tratamiento y con el acto de la alimentación en sí, también porque es algo que hacemos en familia también. Así que, de una manera activa, lo más activa que pueda. Trato siempre de convocar, que estén presentes cuando yo trabajo, de dar indicaciones, de dejar indicaciones para que ellos trabajen también en casa y bueno intento hacerlos partícipes y trato también de bajar ciertas ansiedades cuando es necesario, de contener un poco ahí emocionalmente el proceso.

ENTREVISTADORA: Cuando el niño o la niña con disfagia presenta aversión oral o irritabilidad, ¿cómo suele intervenir clínicamente?

ENTREVISTADA: En realidad, sí trato de tener en cuenta algunas cuestiones más desde lo distal a lo proximal. Lo que trato de hacer es siempre trabajar, no centrarme en la boca cuando pasa esto y buscar otras alternativas, a través del juego trato de generar vínculo a través del juego que tenga que ver con lo sensorial, pero por ahí empezar trabajando por los pies, después trabajando con las manos, después sí intervenir o tocar la cara, pero no directamente ir a la cara en sí y a meter cosas en la boca o instrumentos porque sé que no funciona, y bajar la ansiedad, mucho, de los papás, porque los papás lo primero que quieren hacer es meter las cucharas en la boca llenas de comida a como dé lugar. Así que trato de hacer eso en realidad, esperar los tiempos, porque yo creo que en algún momento empieza a haber como una reversión en relación a eso, pero que si uno sigue insistiendo y sigue marcando esto de que sigo ingresando a tu cuerpo, a tu boca y te sigo manipulando como si vos fueras un objeto, porque básicamente es lo que se termina generando. Vienen y me aspiran, vienen y me dan de comer, vienen y me meten esto en la boca, vienen, me lo sacan, la otra viene y me para, la otra... entonces termina siendo un manoseo constante y termina siendo un niño que termina pasando a ser esto, un objeto que todos manipulamos como creemos que debemos para que haya alguna diferencia en la rehabilitación, que al final después no termina siendo tampoco eficaz, porque si no tiene deseo no va a comer nunca, o sea, va a seguir con la alteración por más que pueda. Te digo que sinceramente tengo muchos pacientes que pueden comer, que pueden tragar y que no quieren, no quieren y es bien notorio. Y los padres no lo pueden entender. Y cuando se quiere empezar a trabajar el tema de la comunicación o el padre empieza a interesarse por eso, ahí yo empiezo a hacer hincapié en esto, te está diciendo que no de

todas las formas posibles, está comunicando, pero nosotros no lo estamos escuchando, y si nosotros no lo estamos escuchando no hay vuelta. Entonces no va a surgir nada acá, digamos, no va a surgir comunicación. Si cada vez que él se quiere comunicar vos terminás haciendo lo que él no quiere que hagas, pero es re difícil. Es re difícil uno también como papá, uno se pone bastante o trata de ponerse en los dos lugares y trata de ser lo más comprensivo y empático posible, pero es difícil.

ENTREVISTADORA: En su opinión, ¿de qué manera pueden tenerse en cuenta los procesos de subjetivación que se dan en las niñas y los niños con diagnóstico temprano de disfagia durante el abordaje fonoaudiológico?

ENTREVISTADA: (gesto de duda)

ENTREVISTADORA: Te lo vuelvo a repetir. En su opinión, ¿de qué manera pueden tenerse en cuenta los procesos de subjetivación que se dan en las niñas y los niños con diagnóstico temprano de disfagia durante el abordaje fonoaudiológico?

ENTREVISTADA: De esta manera, de lo que veníamos hablando, de poder respetar al otro como sujeto, al otro como persona deseante, que quiere, que no tiene ganas, que puede y que no puede, y aceptar esto, digamos y no que quede como que el niño, como no habla, como que el niño es más indefenso, uno puede manipularlo o hacer cualquier cosa con él, no. Pasa mucho en lo médico, en el discurso médico, bueno el adulto se puede enojar y puede mandarlos a la mierda cuando algo no les gusta o te están haciendo algo que te duele o que te molesta y el niño, no. Y el niño también está llorando y está pidiendo por favor que no hagan cierta cosa y no se puede, no. Yo no digo que no haya, hay cosas que no queda otra opción, que hay que hacer, pero bueno hay formas y formas de hacer también y hay maneras de intervenir. Y si la persona que viene e interviene en la boca, por ejemplo, viene y te mete diez cosas diferentes dentro de la boca y no te anticipa, y no te cuenta lo que va a hacer y no se fija si vos estás a gusto o no a gusto con lo que te están haciendo, a mí me parece que no. Por ahí suena medio feo, pero para mí es iatrogénico, tanto de la parte de fonoaudiología como desde la parte médica, como el kinesio, como la persona que lo haga, porque no se ponen en el lugar del otro, ni siquiera en el lugar de un niño, que todavía es peor, es más indefenso y está en constitución, porque yo creo que todos los problemas subjetivos que vienen después, en relación a la disfagia, son por no ver que es un sujeto y que tiene, sí, una dificultad, no importa qué dificultad. Pero se equivoca uno, a veces con los hijos, que no tienen nada, uno se equivoca porque se olvida que, porque yo a veces me tengo que recordar y decir “tiene cuatro años y medio y vos tenés treinta y seis”, porque uno lo ve tan a la altura de uno en algunas cosas que después

tiene que recordar y decir, “no, son niños, todavía no entienden, hay cosas en las que hay que ayudar, hay que apoyar y hay que estar”. En general o en líneas generales, eso. Yo creo que desde que fui mamá, igualmente, cambié un montón el speech con el que venía pensando en relación con la deglución o me dejaba batallar más por ese papá que insistentemente me decía “bueno no, pero hay que hacerle tal cosa y hacerle tal otra” y hoy no. Hoy puedo decir no, yo no trabajo así, es mi forma, yo creo que esto es lo correcto, pero si a ustedes no les gusta o no están de acuerdo o quieren otro tipo de profesional que se maneje diferente, bueno, tienen la posibilidad de elegir.

ENTREVISTADORA: ¿Suele trabajar con otros profesionales o equipos inter o transdisciplinarios en dichos casos? ¿Qué aportes cree que realiza la clínica fonoaudiológica en estos espacios de trabajo?

ENTREVISTADA: En realidad yo, como hago domicilios, trabajo con grupos o equipos, que los equipos generalmente salen de sanatorios o de lugares médicos, entonces por ahí depende del profesional con el que vos te encontrás. Lo que sí creo, específicamente desde la parte de la clínica fonoaudiológica que saben poco de lo que nosotras hacemos, hay poca información. Ahora, digamos, yo creo que después de varios domicilios y de encontrarme con la misma gente, hemos podido intercambiar algunas cuestiones o charlar algunas cuestiones, más con los kines de respi. Lo que pasa puntualmente con los kines de respi es que tienen que ir sí o sí y es el que está interviniendo constantemente con sondas, aspirando nariz, boca, traqueo, todo, y hay un montón de gente que no es, que no es tan médica, si se puede llegar a decir de alguna manera, y que tiene otra mirada y que escucha otras cosas, que te consulta y con la que podés hablar y decir “vayamos por acá”, “por favor no hagamos esto o lo otro”, porque también si yo hago todo ese trabajo pero después viene otra persona y le agarra los brazos y le mete sondas por todos lados, es muy difícil, mi trabajo se fue todo marcha atrás, entonces otra vez volver a arrancar. Bueno, ahora, yo por lo menos tengo un grupo con el que puedo hablar y me puede escuchar, que yo escucho y que tenemos un diálogo bastante fluido, pero es difícil, más en el tema médico y más en la internación domiciliaria con el problema de disfagia puntual, porque está el gastroenterólogo, la médica, es complicado. Yo creo que se está abriendo cada vez más y se está pensando un poco más en el sujeto y en el niño en este lugar y en las intervenciones que uno hace.

ENTREVISTADORA: Bien, ¿y qué aportes creés que realiza la clínica fonoaudiológica en estos espacios de trabajo grupal?

ENTREVISTADA: Yo creo que aporta mucho, lo que pasa es que veces no se escucha. Bueno todo lo que tiene que ver con la deglución en sí y con el acto alimenticio, con la relación de la alimentación tiene que ver con el área nuestra específicamente. Todo lo que tiene que ver con el degustar los sabores, el tragar, el querer comer, la masticación que está relacionada con el lenguaje, con la posibilidad de expresar. Está todo como muy conectado, así que creo que aportes hace muchísimos, el tema es que por ahí no nos quieren escuchar demasiado, excepto cuando hay un problema de disfagia puntual. Si hay una microaspiración o una broncoaspiración puntual porque la laringe no se levantó y no cubrió, ahí sí, bueno “¿la fono qué está haciendo?”, pero después poco y nada.