

**MODELOS TEÓRICOS DE REHABILITACIÓN EN SALUD PRESENTES EN LAS
PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE FONOAUDILOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2014.**

**Proyecto inscrito a la vicerrectoría de investigaciones de la Universidad del
Cauca
ID: 4138**

**STEFANY BARRETO FERNÁNDEZ
JESSICA ERAZO ORTIZ
LAURA MORALES RIVERA
ADRIANA PINO DÍAZ**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE FONOAUDILOGÍA
POPAYÁN
2015**

**MODELOS TEÓRICOS DE REHABILITACIÓN EN SALUD PRESENTES EN LAS
PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE FONOAUDIOLÓGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DEL CAUCA 2014.**

**STEFANY BARRETO FERNÁNDEZ
JESSICA ERAZO ORTIZ
LAURA MORALES RIVERA
ADRIANA PINO DÍAZ**

**Flga. Mg. GLORIA ESPERANZA DAZA TIMANÁ
Directora**

**Flga. Mg. MAGDA GISSEL MOSQUERA RUIZ
Asesora conceptual**

**Mg. AMPARO LÓPEZ HIGUERA
Asesora metodológica**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLÓGÍA
POPAYÁN
2015**

DEDICATORIA

Quiero dedicar el resultado de nuestro trabajo principalmente a Dios por darme la oportunidad de vivir esta maravillosa experiencia, a mi familia especialmente a mi Mamá y mis hermanos por su apoyo y ayuda siempre que lo he necesitado, Andrés gracias por esas palabras de aliento y el apoyo incondicional cuando creía que ya no podía más. Jessi, Adri y Stefy gracias por su valiosa amistad y por todo el camino recorrido juntas. A mis docentes gracias por todas las enseñanzas y el conocimiento que me brindaron.

Laura Morales Rivera

Gracias infinitas a Dios por permitirme llegar al final de esta etapa de mi vida y por alcanzar con satisfacción este nuevo logro. Gracias a mi familia, especialmente a mi Madre, ya que sin su apoyo nada hubiera sido posible. Gracias a mis compañeras de proyecto y asesoras por su colaboración y esfuerzo. Finalmente, pero no menos importante, debo agradecer a personas que con su sola presencia hicieron que todo este proceso fuera gratificante. Quedan nuevos conocimientos y experiencias irrepetibles.

Jessica Erazo Ortiz

*A Dios, Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.
A mis padres, No hay un día en el que no le agradezca a dios el haberme colocado entre ustedes, la fortuna más grande es tenerlos conmigo y el tesoro más valioso son todos y cada uno de los valores que me inculcaron.
A mis maestras, Flga. Mg. Gloria Esperanza Daza Timaná, Mg. Magda Gissel Mosquera Ruiz, Mg. Amparo López Higuera por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de este proyecto de grado.*

Adriana Pino Díaz

Hoy le doy gracias a Dios por toda la sabiduría y amor que me dio para cumplir esta meta, a los hermanos por haberme ayudado a levantarme en mis caídas, a mi madre por haberme y ayudado a cumplir este gran sueño, a los diferentes profesores que me ayudaron en mi formación como Fonoaudióloga, a mis amigas Adriana, Jessica y Laura por haber estado conmigo durante toda esta trayectoria. Muchas gracias a todos los que me acompañaron y me ayudaron durante este ciclo de mi vida.

Stefany Barreto Fernández

CONTENIDO

RESUMEN

1.	DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA.....	9
2.	ANTECEDENTES.....	12
3.	JUSTIFICACIÓN.....	21
4.	OBJETIVOS.....	23
4.1	OBJETIVO GENERAL.....	23
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
5.	REFERENTE CONCEPTUAL.....	24
5.1	CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD – ENFERMEDAD.....	24
5.2	MODELOS DE REHABILITACIÓN.....	28
6.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	34
6.1	TIPO DE ESTUDIO.....	34
6.2	MUESTRA.....	34
6.3	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	34
6.4	PROCEDIMIENTO.....	35
6.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	35
7.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	37
8.	PLAN DE ANÁLISIS.....	38
8.1	ANÁLISIS CUANTITATIVO.....	38
8.2	ANÁLISIS CUALITATIVO.....	49
9.	ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	52
9.1	ANÁLISIS CUANTITATIVO.....	52
9.2	ANÁLISIS CUALITATIVO.....	61
9.2.1	ANÁLISIS DE LOS LOGROS.....	61
9.2.2	ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES.....	70

10. DISCUSIÓN	81
11. CONCLUSIONES	85
12. RECOMENDACIONES	87
BIBLIOGRAFÍA	

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	38
TABLA 2. CATEGORÍAS	51
TABLA 3. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA E IDENTIFICADA EN LAS PLANEACIONES.....	53
TABLA 4. ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO MÉDICO IDENTIFICADO EN LA POBLACIÓN ATENDIDA E IDENTIFICADA EN LAS PLANEACIONES	54
TABLA 5. ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO COMUNICATIVO DE LA POBLACIÓN ATENDIDA E IDENTIFICADA EN LAS PLANEACIONES	55
TABLA 6. ANÁLISIS DE LA PRESENCIA DE DIAGNÓSTICO COMUNICATIVO DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN ATENDIDA E IDENTIFICADA EN LAS PLANEACIONES.	56
TABLA 7. ANÁLISIS DE LAS ÁREAS DE DESEMPEÑO.....	57
TABLA 8. ANÁLISIS DE LA CORRESPONDENCIA ENTRE MATERIALES Y LOS COMPONENTES DE LA CIF.....	58
TABLA 9. CORRESPONDENCIA ENTRE LOGROS Y LOS COMPONENTES DE LA CIF: FUNCIONES CORPORALES, ESTRUCTURAS CORPORALES, ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN.....	59
TABLA 10. CORRESPONDENCIA ENTRE LAS ACTIVIDADES Y LOS COMPONENTES DE LA CIF: FUNCIONES CORPORALES, ESTRUCTURAS CORPORALES, ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN.....	60

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. FORMATO DE PLANEACIÓN	95
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	97
ANEXO 3. REJILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	99

RESUMEN

Los modelos de rehabilitación han evolucionado conforme ha cambiado la comprensión del concepto de discapacidad; esta se ha comprendido desde el modelo mágico religioso hasta el ecológico social. Es por eso que se ha concebido los componentes de la CIF como un plan de intervención a nivel mundial, a partir del funcionamiento, ya sea con relación a las funciones u estructuras corporales, o en las actividades y participación social, dichos componentes se relacionan con los diferentes modelos de la discapacidad. Por esta razón, el objetivo de la investigación es reconocer los modelos de rehabilitación en salud, en las prácticas de los estudiantes de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca, que subyacen a la atención fonoaudiológica. Para esto se realizó un estudio mixto; que en un primer momento obedeció a un diseño cuantitativo no experimental, con el que se cuantificaron algunos datos recogidos y en un segundo momento, a un diseño cualitativo de análisis documental que ubica cada texto en las circunstancias de las que surgió y comprende el sentido social, político y científico de su contenido. Gracias a esto se encontró que las intervenciones fonoaudiológicas, respecto a los logros y actividades de cada planeación, están encaminadas a realizar la atención de funciones corporales que se relaciona con el modelo médico- biológico, frente a las que están enfocadas a la actividad y la participación que corresponden al modelo social. En cuanto a los materiales utilizados para las intervenciones, se encontró que la mayoría están enfocados a actividad y participación que corresponden al modelo social. Lo que muestra una transición del modelo médico- biológico al social en la atención de usuarios con discapacidad, dejando ver que las intervenciones de los estudiantes de Fonoaudiología están en proceso de transformación.

1. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA

Los modelos de rehabilitación en salud han evolucionado, conforme a los cambios, en la comprensión de los conceptos de salud y enfermedad, que han surgido con el tiempo. Así, se ha pasado de entender los estados de la salud de los individuos desde concepciones mágico religiosas, pasando por lo social y llegando en los últimos tiempos, a comprensiones desde lo biopsicosocial y lo ecológico social¹.

Pese a lo anterior, es claro que en el ejercicio de la medicina y en general de la atención en salud, existen maneras de abordar la realidad de acuerdo a la aplicación del conocimiento científico y tecnológico, transmitido en los procesos de formación profesional que permanecen en el tiempo, “donde pocas veces los estudiantes de medicina y/o trabajadores de la salud se dan la tarea de hacer un análisis crítico y reflexivo sobre los diferentes modelos teóricos contenidos en sus unidades didácticas y programas educativos que cursan, y que marcan la pauta de su práctica profesional y de la formación de futuras generaciones”².

En el caso específico de la Fonoaudiología, “lo expuesto sobre tres décadas de historia académica colombiana revela un origen viciado por la influencia del modelo médico de la rehabilitación, lo que supuso en un tiempo la negación del

¹ GUERRERO, Luis y LEÓN, Aníbal. Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. Revista Venezolana de Sociología y Antropología. Universidad de los Andes (Mérida) Venezuela. Diciembre 2008. Versión 18, N°53. p. 610-630.

² ARREDONDO, Armando. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud enfermedad. Instituto Nacional de Salud Pública. Universidad Santa María Aguacaticlan (Cuernavaca). En: Revista de salud pública Rio de Janeiro. Brasil. Septiembre 1992. Vol. 8 (3). p.254-261.

carácter científico y profesional de la ocupación y por ende, de la autonomía del ejercicio”³.

Sin embargo, en la medida del tiempo, la Fonoaudiología ha evolucionado y se ha enriquecido de distintas áreas del conocimiento; lo que permitió en primer lugar, su independencia como disciplina de carácter científico y profesional, y en segundo lugar, dar paso a modelos diferentes al biomédico⁴. Pese a ello, aún persisten en la academia algunas prácticas centradas en el modelo de la causalidad, omitiendo aquellas en las que también los aspectos psicológicos y sociales son importantes.

Esta posición se puede entender, “como una resistencia a la cultura de la dependencia promovida por los médicos fisiatras y foniatras, desde la aparición de la Fonoaudiología en el país [...] lo que podría ocasionar pérdida de terreno disciplinario, profesional y político al tiempo que disminuye sus posibilidades de posicionamiento en la sociedad, en los sistemas de seguridad social y educativo y en el mundo académico”⁵, esto explicaría que se haya hecho difícil su participación en ámbitos de atención a la discapacidad, educación inclusiva y ahora desafíos como el postconflicto.

Lo anteriormente descrito, se convierte en una fuerte razón para que los programas de formación de profesionales cuyo ámbito es la rehabilitación, asuman la tarea de reflexionar sobre los modelos desde los que sustentan sus procesos de enseñanza; tema sobre el que además existe una creciente necesidad de investigar.

³ CUERVO, Clemencia. La profesión de la Fonoaudiología en Colombia. Una perspectiva internacional. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Departamento de Comunicación Humana. 1998. p. 87.

⁴ ARCE, Valery, BANGUERA, Karen y VELASCO, Yuliana. Historia y panorama actual de la Fonoaudiología en Colombia. Documento de trabajo asignatura Fundamentos Fonoaudiológicos. Programa académico de Fonoaudiología de la universidad del Valle. Cali. Julio 2012

⁵ CUERVO, op. Cit. P. 87.

El Programa de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca asume la revisión de las prácticas que el estudiante realiza dentro del proceso de formación, como una oportunidad para identificar el modelo predominante de rehabilitación al que obedecen las mismas; para tal fin se ha formulado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los modelos de rehabilitación en salud presentes en las prácticas de los estudiantes de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca?

2. ANTECEDENTES

La búsqueda de antecedentes permitió identificar que en su mayoría las investigaciones sobre modelos de rehabilitación están relacionadas con el tema de discapacidad y no como una búsqueda aislada. Esto quizá se sustenta en que la atención de personas con discapacidad, es la que ha hecho que se reflexione sobre la evolución de estos modelos.

La conferencia “Tendencias en la Rehabilitación y en la Discapacidad: Transición desde un Modelo Médico a un Modelo de Integración” realizada por Catherine Seelman, Ph.D de la Universidad de Pittsburgh tenía como propósito introducir y explorar cuatro modelos de la discapacidad: El modelo tradicional, el modelo médico, el modelo social y, el más reciente, el modelo de integración. Estos modelos se ilustraron mediante las políticas, prácticas e investigaciones, usando ejemplos de algunos países. Para cada uno de estos modelos, se consideraron: el conocimiento de base, los roles y las relaciones, los parámetros temporales y espaciales y el sesgo.

Después de la revisión de cada uno se concluyó que aunque todavía tienen políticas de salud y de bienestar social, que corresponden a la primera etapa del desarrollo de las políticas de discapacidad, los países están pasando por alguna de las etapas de transición del modelo médico hacia el modelo social. Las organizaciones internacionales, algunos países industrializados y algunos países en desarrollo han adoptado políticas y prácticas de leyes especiales en educación, empleo, derechos civiles y accesibilidad en discapacidad más avanzadas.

La perspectiva del modelo social incorpora las investigaciones acerca de la calidad de vida, satisfacción del usuario, la participación y la accesibilidad de las personas

con discapacidad a diversos ambientes. En educación y capacitación el modelo social se basa en conocimientos provenientes de las experiencias de las personas con discapacidad que viven en la sociedad. La adopción del modelo social ha llevado a tener que capacitar a arquitectos, diseñadores, ingenieros y abogados, así como a la persona con discapacidad.

Por último el modelo de integración, el cual incluye las ciencias médicas y las experiencias de las personas con discapacidad, se considera un modelo “en construcción”. Este parte de la idea de que las personas con discapacidad tienen muchos roles, incluyendo el rol de ciudadano y el de paciente, entre otros.

Mientras que conserva las políticas y prácticas generales en áreas como el bienestar social, la educación especial y el empleo, de las etapas primera y segunda, resulta que los países están en diversas etapas de su transición hacia un enfoque de derechos humanos y el uso de servicios y productos para todas y todos. Las organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, han desarrollado un enfoque más universal de la discapacidad. Los componentes de la Clasificación Internacional de Funcionalidades propone una clasificación más amplia y con características de integración.

Los tres componentes de esta clasificación son: los elementos corporales, las actividades y participación y el ambiente. El reto de las y los investigadores de esta Clasificación Internacional es tratar de establecer las relaciones entre estos componentes, donde la participación y el ambiente interactúan. En cuanto a herramientas de medición y principios la discapacidad no está como elemento inherente de las herramientas de medición que se usan en el modelo de integración. Los factores psicosociales, sociales y ambientales deben formar parte de las evaluaciones que se realizan dentro del modelo de integración.

Los parámetros que se usan parten de los contextos reales de escuela, familia y empleo. Además, por los criterios de integración, las medidas relacionadas con el rendimiento de los servicios públicos se deben basar en los resultados obtenidos en los usuarios. En educación y capacitación, la Clasificación Internacional de Funcionalidad se ha convertido en una referencia importante para muchos individuos de un amplio número de campos, incluyendo profesionales de la salud, trabajo social, psicología y estudios en discapacidad. Se tiene conocimiento de cursos relacionados con la Clasificación Internacional de Funcionalidad en Estados Unidos y en Canadá⁶.

Por otro lado, Juan Antonio Fernández López, et al, realizaron una revisión documental denominada "Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF)"⁷ en la cual se define a la CIF como una clasificación universal que establece un marco y lenguaje estandarizados para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella. Abarca tres componentes esenciales: funciones corporales/estructuras, actividad y participación, integrados bajo los términos "funcionamiento" y "discapacidad", que dependen de la condición de salud y de su interacción con factores contextuales. Los componentes están clasificados mediante categorías.

Se la denomina habitualmente CIF porque pone el acento más en la salud y el funcionamiento que en la discapacidad, entendiendo funcionamiento como lo referente a las funciones corporales, las actividades y la participación y la discapacidad como lo relativo a deficiencias, limitación de actividades o restricción de la participación. Es, pues, una perspectiva corporal, individual y social.

⁶ SEELMAN, Catherine. Tendencias en la Rehabilitación y en la Discapacidad: Transición desde un Modelo Médico a un Modelo de Integración. Pittsburgh, 2004.

⁷ FERNANDEZ-LOPEZ, Juan Antonio et al. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Pública [online]. 2009, vol.83, n.6.

Adicionalmente la CIF también considera los factores contextuales (ambientales y personales) que interaccionan con estos componentes.

Esta sirve para la evaluación multidisciplinar en medios clínicos, legales y de programas y así mismo logra la superación de conceptos de amplia utilización sanitaria, como bienestar, estado de salud o calidad de vida relacionada con la salud y abre una nueva línea de enseñanza estudiantil en todas las especialidades y de formación integral multiprofesional.

El Documento de trabajo preparado por Cruz Israel, Fernández Aleida y García Solangel en 2012, denominado “hacia una agenda de investigaciones en discapacidad, Colombia 2012” presentado en el Coloquio Colombiano de Investigación en discapacidad, planteó la necesidad de asumir la discapacidad como una situación humana compleja y socialmente problemática. En este documento, se destacaron los resultados de investigaciones como la de Fernández 2008, que mediante la consulta en el servicio de información sobre discapacidad SID, encontró que en 700 investigaciones vinculadas con la temática, desde los años ochenta hasta la actualidad, el 85% enfatizaron en las causas de las discapacidades, en las deficiencias y los procesos patológicos centrados especialmente en el diagnóstico de las condiciones clínicas, y los tratamientos e intervenciones considerados más efectivos para esta población, con una clara tendencia al llamado modelo medico de rehabilitación.

Algunos trabajos, aproximadamente el 15%, se habían orientado hacia la generación de propuestas o a la evaluación de la integración en ámbitos escolares y laborales especialmente, y algunas investigaciones a la revisión de la normativa existente y su cumplimiento; por el contrario, apenas se vislumbraban unas aproximaciones a temas de derechos humanos, accesibilidad o de inclusión.

También destacó que en España Badia Corbella 2007, en el tema Parálisis Cerebral planteó el predominio de las investigaciones e intervenciones en los aspectos motores y físicos, lo cual reflejó la importancia del modelo médico en este tipo de discapacidad, y así identificó en los estudios tendencias patologizantes que se enmarcan en áreas principales de problema motor, clínico, trastornos asociados del lenguaje y comunicación, aspectos de personalidad e intervención.

Además, propuso la necesidad de potenciar la investigación en los ámbitos psicológicos e impulsar investigaciones que guíen y avalen la práctica profesional y repercutan en la mejora de los servicios de atención y en la calidad de vida de las personas con discapacidad. Por lo que concluyó que existe una tendencia hacia un marco patologizante en diagnóstico y tratamiento, marco que predominó incluso a inicios del siglo XXI, con solo algunas aproximaciones preliminares a un enfoque de derechos humanos y sociales que incorporan la valoración de la discapacidad como parte de la diversidad humana⁸.

En la ciudad de Cali, Valle del Cauca la investigación llamada “Aportes desde la investigación formativa a la producción en Fonoaudiología: El caso de una universidad colombiana”, realizado por Nora Aneth Pava-Ripoll, Claudia María Payán Villamizar y Adriana Reyes Torres, identificó el sentido orientador de la producción intelectual en discapacidad que ha desarrollado el programa de Fonoaudiología de la Universidad del Valle, Colombia, durante 1996-2008, estableció la relación entre los desarrollos históricos del concepto de discapacidad y se centró en sus modelos sociales de abordaje y su relación con el quehacer disciplinar de la Fonoaudiología.

⁸ CRUZ, Israel; Fernández Aleida y García Solangel Hacia la definición de una agenda estratégica de investigación en Colombia. Conferencia presentada en el Foro Nacional de Discapacidad. Congreso Nacional de la República de Colombia. (documento sin publicar) 2012

Este fue un estudio descriptivo-documental que usó la totalidad de los trabajos de grado encontrados en el programa académico durante el periodo estudiado (n=98). La profundización teórica de los documentos incluyó seis variables: modelo de discapacidad, componentes de intervención, campos de acción, áreas de desempeño disciplinar, tipo de estudio y población.

El modelo rehabilitador de discapacidad (53%) predominó sobre los modelos sociales (32%), aunque estos se incrementaron durante los últimos años. Las áreas disciplinares encontradas fueron: lenguaje (32%), asuntos profesionales (24%), habla (20%), comunicación (13%) y audición (11%). El componente de intervención de habilitación/rehabilitación (41%) prevaleció sobre el de promoción y prevención (33%) y se observó una fuerte tendencia positivista (65%) y un tímido posicionamiento de enfoques hermenéuticos (21%).

Se encontró un mayor número de trabajos enmarcados en el modelo rehabilitador pero se demostró la consolidación de una cultura de trabajo investigativo hacia los modelos sociales de discapacidad en años recientes. Es evidente que la Fonoaudiología busca la rehabilitación de los procesos comunicativos y lingüísticos de los sujetos, con un camino ascendente hacia la potencialización de variables sociales y culturales⁹.

Otra investigación llamada "Tendencias investigativas en discapacidad en instituciones de Educación Superior del Suroccidente Colombiano año 2012" realizado por José Hoover Vanegas y María Fernanda Ortiz de la Universidad Autónoma de Manizales; realizado en los departamentos de Valle, Nariño y

⁹ PAVA, Nora Aneth, PAYÁN, Claudia y REYES, Adriana. Aportes desde la investigación formativa a la producción en Fonoaudiología: el caso de una universidad colombiana. En: Sociedad Brasileira de Fonoaudiología. Diciembre, 2011. Vol. 16 no .4

Cauca, tuvo como objetivo interpretar las tendencias investigativas en el periodo 2000 – 2009, sobre el fenómeno de la Discapacidad en las Instituciones de Educación Superior del Suroccidente, se trabajaron dos variables centrales: las tendencias epistemológicas y las tendencias metodológicas, bajo la hipótesis de que las variaciones en los primeros son responsables de las variaciones en los segundos.

Esta fue una investigación documental de carácter cualitativo que conto con sesenta y dos trabajos de grado de niveles educativos de pregrado, y postgrado, cuyo eje central de la investigación era la discapacidad. Este material documental fue sometido a análisis, siguiendo la metodología progresiva de las cuatro fases propuestas por Hoyos (2000), empleando una ficha de recolección de datos adaptada para la investigación.

Dentro de las tendencias epistemológicas se encontró que el modelo de discapacidad que predominó fue el modelo Biopsicosocial con un 53,22%, seguido del Modelo Social con un 43,54%. Así mismo, en lo que concierne a la Población de estudio, la investigación sobre personas en situación de discapacidad asciende al 70,96 % y finalmente el 29,03% basó sus investigaciones en un solo tipo de limitación; en este caso la física.

Se puso de manifiesto que las investigaciones analizadas, en su mayoría, centraban su interés en las personas en situación de discapacidad con limitaciones físicas desde un modelo Biopsicosocial, el cual permitió explicar de manera más satisfactoria ese hecho complejo y multifacético que es la discapacidad, y mostró claramente un importante debilitamiento de la esfera de la individualidad en la perspectiva actual. Además se expresó que la creciente colectivización y universalización de la acción humana contemporánea, podría

verse engañosamente como un desplazamiento hacia la esfera de la "razón", la de los espacios intersubjetivos, ya que es la esfera de "las cosas".

El sector privilegiado por las instituciones de Educación Superior en los procesos de investigación relacionados con la discapacidad, que en sus sustentos teóricos (marco contextual, marco teórico y problema), presentó una tendencia desde el modelo integrador biopsicosocial; pero en la fase de operativizar y establecer el alcance de la investigación (objetivos) se circunscribió a lo corporal, lo biológico, lo fisiológico, y en el mejor de los casos, se trasciende a la esfera individual, pero no se compatibiliza una visión universal racional de la discapacidad con la especificidad de cada individuo, de forma que permita identificar sus necesidades diferenciales y satisfacerlas¹⁰.

El siguiente referente investigativo se toma dado que da cuenta del desempeño fonoaudiológico según áreas de desempeño, una de las variables a estudio. En la ciudad de Popayán, Cauca se realizó la investigación "Situación laboral de los egresados del Programa de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca" por Andrea Guevara Agredo, Isabel Muñoz Zambrano y María Alexandra Campo Granados, en la que se planteó como objetivo describir la situación laboral y el perfil ocupacional de los Fonoaudiólogos egresados de las promociones correspondientes a los años 2003 al 2008.

Esta investigación se toma como antecedente en el presente estudio debido a la pertinencia de los resultados con dos de las variables analizadas: áreas de desempeño y población que demanda atención desde la Fonoaudiología. Se

¹⁰ HOOVER VANEGAS, José y ORTIZ, María Fernanda. Tendencias investigativas en discapacidad en instituciones de Educación Superior del Suroccidente Colombiano año 2000 – 2009. Trabajo de grado de maestría en discapacidad. Manizales. Universidad Autónoma de Manizales, 2012.

diligenció un instrumento tipo encuesta, haciéndolo de manera personal o utilizando medios de comunicación como el correo electrónico y el teléfono.

El diseño fue cuantitativo descriptivo de corte transversal, se tomó una muestra de 81 egresados desde el año 2003 al año 2008 y se utilizó un muestreo sistemático estratificado. Arrojando como resultados que el 87,65% de los egresados ejercía la profesión al momento de la encuesta. Respecto al área de desempeño, el 61.73% se encontraba trabajando principalmente en el área de lenguaje, seguido del área de habla. Estas dos áreas de desempeño son coherentes con la demanda del servicio en el mercado laboral, pues el trabajo del Fonoaudiólogo se enfoca prioritariamente a población infantil¹¹.

¹¹ GUEVARA AGREDO, Andrea, MUÑOZ ZAMBRANO, Isabel y CAMPO, María Alexandra. Situación laboral de los egresados del programa de fonoaudiología de la Universidad del Cauca. En: Areté, Junio, 2011. Vol. 11

3. JUSTIFICACIÓN

La formación de los profesionales en Fonoaudiología se orienta al interior de las Ciencias de la Salud a usuarios con deficiencias en los procesos psicobiológicos básicos: lenguaje, habla y audición, cuyo funcionamiento armónico asegura comunicación efectiva. Cuando se presentan condiciones que afectan mencionados procesos, la orientación de la rehabilitación puede resultar más efectiva si hay claridad en el modelo de intervención que guía las acciones del Fonoaudiólogo, como el profesional que se preocupa por las variaciones, las diferencias comunicativas y el bienestar comunicativo del individuo, de los grupos humanos y de las poblaciones¹², máxime cuando los desórdenes comunicativos sean primarios o derivados de otras condiciones de salud,¹³ generan limitaciones en la realización de actividades cotidianas y en la participación en situaciones sociales.¹⁴

De hecho, educar a la comunidad sobre lo que se entiende por Modelos de Rehabilitación, es una de las responsabilidades que tiene el Fonoaudiólogo que actúa en los ámbitos de salud y educación¹⁵. Sin embargo, es el mismo Fonoaudiólogo quién debe interesarse por clarificar el modelo de intervención desde el que proyecta sus acciones y porque no, revalorarlo. Esta capacidad de reflexionar sobre el cómo asumir la intervención debe surgir desde su formación universitaria, promoviendo avances conceptuales en las posturas teóricas.

¹²Ministerio De Educación Nacional. Colombia. Ley 376 de 1997. Diario No. 43.079, de 9 de julio de 1997

¹³FLÓREZ ROMERO, Rita. El lenguaje en la educación. Una perspectiva fonoaudiológica. Universidad Nacional de Colombia. p. 263

¹⁴ Ibíd. p. 260.

¹⁵ Ibíd. p. 258.

Programas de formación en Fonoaudiología como el ofertado por la Universidad del Cauca, se han preocupado porque el estudiante en el proceso de formación asuma las áreas de interés profesional, desde una posición responsable, reflexiva y crítica, los resultados muestran que este objetivo se ha cumplido pues existe una comprensión clara de la base biológica de los desórdenes comunicativos y las formas de intervenirlos. Sin embargo, preocupados por las nuevas perspectivas profesionales y las necesidades actuales, se pretende hacer una revisión del modelo de intervención que desde las prácticas de formación se asume, lo que hace novedoso este propósito investigativo.

Los resultados podrían impactar positivamente al programa, considerando que a partir de los mismos es posible plantearse interrogantes sobre la pertinencia del modelo predominante, la forma de potenciarlo de acuerdo a las necesidades actuales y con tendencia de modificación en coherencia de la transformación curricular que trascienda a las prácticas fonoaudiológicas, en caso de ser necesario.

También pretende ser un aporte al desarrollo de la disciplina, considerando que la Fonoaudiología evoluciona gracias a los aportes de otras ciencias, relegando concepciones biomédicas para dar paso a comprensiones sociales¹⁶ de los desórdenes comunicativos, la discapacidad comunicativa y la acción fonoaudiológica, como un facilitador de la participación del sujeto en contextos comunicativos, de modo que visibilizar el modelo de intervención del programa de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca, pueda dar cuenta de la evolución del mismo y/o la necesidad de cambio.

¹⁶ ARCE Valery, BANGUERA Karen y VELASCO Yuliana. Historia y panorama actual de la Fonoaudiología en Colombia. Documento de trabajo. Asignatura Fundamentos Fonoaudiológicos. Programa Académico de Fonoaudiología de la Universidad del Valle. Cali. 2012.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Reconocer los modelos de rehabilitación en salud presentes en las prácticas de los estudiantes de Fonoaudiología.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la correspondencia entre las propuestas de intervención individual que realizan los estudiantes para la atención de usuarios, que asisten a los servicios de la práctica fonoaudiológica en la Universidad del Cauca y los Componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento CIF (Funciones y Estructuras corporales, actividades y participación).

Analizar la correspondencia entre los modelos de rehabilitación en salud y los logros, actividades y materiales identificados en las propuestas de intervención formuladas por los estudiantes.

Definir el modelo de rehabilitación en salud presente en las propuestas de intervención fonoaudiológica revisadas.

5. REFERENTE CONCEPTUAL

5.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD – ENFERMEDAD

Desde el inicio de la humanidad el comportamiento de los hombres ha definido su vida, su salud, su enfermedad y su muerte¹⁷, en cada momento histórico que ha acompañado la evolución del hombre se ha generado una nueva concepción de salud – enfermedad. En los primeros tiempos solo se mencionaba la enfermedad; sin embargo, poco a poco se incorporó el término de salud y rehabilitación. En los primeros años siglos I y X antes de Cristo, predominó la concepción sobre natural de la enfermedad, la cual se trataba con magia, hechicería y religión; en India y China la enfermedad se consideraba un desequilibrio de los humores, lo que desencadenó una concepción filosófica sobre el ser humano y sus enfermedades.

Solo hasta el siglo XIX se dio un vuelco al concepto de salud- enfermedad: esta última se consideró como una desviación de lo normal, el desarrollo de la investigación y el conocimiento científico determinaron la concepción biológica de la enfermedad, y los avances tecnológicos permitieron demostrar la concepción ecológica de la enfermedad, que se basa en tres premisas: a). la enfermedad es el resultado del desequilibrio entre las fuerzas del huésped y las de los agentes, b). la naturaleza y extensión del desequilibrio dependen de las características inherentes a cada uno de los factores influyentes y, c). la interacción de estos elementos está estrechamente relacionada con el ambiente físico, biológico, sociocultural y económico; sin embargo, esta concepción seguía haciendo énfasis en lo biológico.

¹⁷ RESTREPO Ricardo, LUGO Luz Helena. Rehabilitación en Salud, una mirada médica necesaria. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín 1995. Pág. 37 – 39.

Hacia el siglo XX se entendió la relación salud – enfermedad desde una concepción humanista, el deterioro o conservación de la salud depende de los estilos de vida, el alimento, el nivel socioeconómico, el ambiente en el que se vive, entre muchos otros factores. En este sentido, el hombre no es solamente un ser biológico, se considera también estructura mental y social, es así como surge la concepción bio-psico-social.

A la par el término *Discapacidad* ha sido permeado y modificado por las diferentes concepciones de salud y también a través de la historia se han gestado los modelos explicativos o de comprensión de la Discapacidad. Cada uno de ellos ha tenido una notable influencia en las actuaciones, que en política sanitaria y social se han desarrollado en los distintos países. Algunos de estos modelos son: el modelo médico biológico; que considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. Cuenta con aspectos positivos tales como el desarrollo de medidas terapéuticas, compensadoras y el desarrollo de actuaciones en situación de minusvalía y aspectos negativos, como el hecho de que subraya diferencias entre discapacitados, no discapacitados y entre el tipo de discapacitados.

En contraposición al modelo Médico-biológico se sitúa el modelo social; desde la perspectiva de este modelo, la discapacidad es en realidad un hecho social, en el que las características del individuo tienen sólo relevancia en la medida en que evidencian la capacidad o incapacidad del medio social para dar respuestas a las necesidades derivadas de sus déficits. Considera el fenómeno como un problema de origen social y como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto / entorno social.

El modelo Universal plantea la discapacidad como un hecho universal en el que toda la población está en situación de riesgo. En el principio de universalización las iniciativas políticas deben dirigirse a toda la población, ya que todos están en riesgo de ser discapacitados, siendo la discapacidad y aproximación a la capacidad los extremos de un continuo. Este modelo asume que la discapacidad no es un atributo que diferencia una parte de la población de otra, sino que es una característica intrínseca de la condición humana. La visión universal de la discapacidad supera los elementos de estigmatización y discriminación que la caracterizaban, pero sobre todo se está promoviendo en los países más avanzados donde no se ha establecido la diferenciación población discapacitada y no discapacitada.¹⁸

Frente a los dos primeros modelos contrapuestos surge el modelo Bio-psico-social. Es la visión integradora de los modelos descritos, sobre todo de los opuestos: el médico y el social. Intenta conseguir una síntesis, proporcionando una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social, que sustentan la discapacidad y así desarrollar políticas y actuaciones dirigidas a incidir de manera equilibrada y complementaria sobre cada uno de ellos.

Alrededor de más o menos 15 años atrás la Organización Mundial de la Salud avaló este modelo de comprensión de la salud y la Discapacidad junto con la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud "CIF", la cual surge de la necesidad de cambiar la concepción de salud como ausencia de enfermedad y comprender el término de discapacidad no como

¹⁸ Evolución histórica de los modelos en los que se Fundamenta la discapacidad. p. 2 – 5.

sinónimo de enfermedad o situación de desventaja, sino más bien como un término neutro que no implique algún grado de discriminación social.

En este sentido la CIF ha pasado de ser una clasificación de “Consecuencias de enfermedades” (versión 1980) a una clasificación de componentes de salud, estos identifican los constituyentes de la salud, mientras que las “Consecuencias” se refieren al efecto debido a las enfermedades u otras condiciones de salud.

Esta conceptualización de la CIF comprende dos partes, cada una con dos componentes: Parte 1. Funcionamiento y Discapacidad. a) Funciones y estructuras corporales, que tiene que ver con las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos y es su ausencia y alteración lo que se concibe como deficiencia en la función y estructura. b). Actividad y participación: la primera, se refiere a la ejecución individual de tareas, y las dificultades que tiene una persona para realizarlas son las limitaciones; la segunda, abarca las situaciones sociales y los problemas que el individuo experimenta en esas situaciones y constituye las restricciones. Parte 2. Factores contextuales. a). Factores ambientales y b). Factores personales. Cada componente puede ser expresado tanto en términos positivos como en términos negativos como ya se ha mencionado¹⁹.

En síntesis la CIF define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación; además, indica que la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”)

¹⁹ Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la salud. Organización Mundial de la Salud ed. Madrid España: 2001

y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) es determinante a la hora de medir el funcionamiento de una persona.²⁰

Una vez comprendida la conceptualización de salud / enfermedad, Discapacidad y Funcionamiento, consideraremos los modelos de rehabilitación los cuales surgen de la necesidad de atención en salud a las personas en situación de discapacidad, y que emergen de las diferentes concepciones de salud y de Discapacidad.

5.2 MODELOS DE REHABILITACIÓN

En los últimos años la rehabilitación, particularmente de las personas con discapacidad, se ha contextualizado en un concepto integrador de las actuaciones sociales dirigido a garantizar la igualdad de oportunidades a estas personas, en el contexto social y en el de los enfoques que dan prioridad al desarrollo personal y la aparición de nuevos escenarios de intervención.

Sin embargo, esta nueva contextualización no sólo impacta la rehabilitación de discapacidad; la actual conceptualización de salud propuesta por la CIF, exige que todo aquel que se encuentre en una condición de salud que requiera medidas rehabilitadoras, las reciba en interacción con el ambiente donde vive, se apoye en la concepción de la propia capacidad del individuo, en sus destrezas personales, en la posibilidad de desarrollar actividades de manera independiente, partiendo de sus intereses y de la capacidad de elegir.

Por esto, la meta de cualquier proceso de rehabilitación integral debe ser la inclusión social y no sólo la rehabilitación médico funcional. Llegar a este tipo de

²⁰ RODRÍGUEZ CÁCERES, Celsa. Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. Revista electrónica de audiología. España. 2004. Vol. 2.

comprensión ha supuesto que los modelos de rehabilitación también hayan hecho transiciones a través del tiempo.

El modelo médico

Este modelo se caracteriza porque existe una relación estricta de médico-paciente, el primero considera que la discapacidad es un comportamiento anormal del individuo, el síntoma o la manifestación externa de una alteración de su organismo. Uno de los componentes más significativos y negativos de este modelo médico tradicional es que la persona tiende a asumir y aceptar un rol de enfermo sin tener en cuenta sus derechos, pero tampoco sus deberes en los contextos cercanos por lo que se transforma en un individuo pasivo que ve el proceso de la rehabilitación como responsabilidad del personal de salud.

Otro de los componentes negativos y que puede sesgar el modelo es la percepción de la persona con discapacidad sobre su situación, al tener una percepción de él como enfermo o minusválido y los factores sociales que no forman parte de este modelo. Finalmente, está la creación de servicios especiales como la solución de los problemas, abriendo espacios de atención social y rehabilitación aislados como hospitales psiquiátricos, centros de educación especial, talleres protegidos, entre otros.

El modelo bio-psico-social

Es una integración de los componentes del modelo médico y del modelo social; se enfatiza en la importancia de la expresión y la participación plena en todos los contextos ambientales capaces de influir positiva o negativamente sobre la persona con discapacidad y por tanto, su manejo requiere de la participación de otros.

Este modelo aborda la discapacidad principalmente como un problema del sujeto desde diferentes dimensiones, aproximándose a un concepto integrador. Sin embargo, algunos de los aspectos discutidos en este modelo son la fragmentación de los aspectos psicológicos, biológicos y sociales, así como la falta de integración de estos aspectos con elementos ambientales y sociales.

Modelo de rehabilitación basado en la comunidad

El problema de la discapacidad no está limitado únicamente a la persona, involucra también a la familia, a la comunidad, a la sociedad y a la cultura en general. Este concepto y la falta de oportunidades de las personas con escasos recursos económicos para acceder a programas de rehabilitación formal, dieron origen a la rehabilitación basada en la comunidad, como una metodología de trabajo que permite integrar de manera coordinada los diferentes actores sociales (personas con discapacidad, familia, escuela, empleadores, estado y sociedad civil) en la búsqueda de alternativas orientadas a la integración social de las personas con discapacidad, a través de la participación activa de la sociedad y tomando en cuenta los recursos existentes.

El concepto de rehabilitación basada en la comunidad debe interpretarse como un enfoque extenso que abarca desde la prevención de la discapacidad y la rehabilitación en la atención primaria, hasta la inserción de niños con discapacidad en centros escolares normales, y la posibilidad de desarrollar actividades económicas lucrativas en el caso de las personas adultas con alguna discapacidad. Es una alternativa para brindar atención integral, aprovechando los recursos personales, comunitarios y del Estado.

El modelo ecológico

Hoy en día se ha dado paso a una visión todavía más amplia, holística, para el abordaje de la problemática de la discapacidad, con el ánimo de mejorar la calidad

de vida de esta población, fundamentada en que las experiencias de los seres humanos son únicas e individuales, y se relacionan básicamente con la percepción que tienen del ambiente, con el conocimiento aprendido en vivencias anteriores, con sus sentimientos, costumbres y tradiciones.

El modelo ecológico está constituido por cuatro componentes: proceso, contexto, tiempo y persona. Dicho modelo plantea que la persona se ve influenciada por tres sistemas, cada uno de ellos incluido dentro del otro. Esto quiere decir que la persona con discapacidad está influenciada por diferentes factores a lo largo de su vida, dichos factores van a ejercer una influencia única, así como una respuesta particular en cada persona.

El primer nivel, denominado microsistema, hace referencia a las características propias del individuo como su apariencia física, temperamento, tipo de discapacidad. El mesosistema refleja la comunidad donde vive la persona, su familia, y afecta directamente el funcionamiento del microsistema; por último, estos sistemas están dentro del macrosistema que refleja las influencias sociales, políticas y culturales de la sociedad en general.

Así, en el microsistema se parte del sujeto como persona autónoma, que decide, que participa, que es influenciada por los ambientes como la escuela, el trabajo, los amigos, la pareja. El mesosistema muestra la relación de la persona con discapacidad y la comunidad cercana, es decir, la escuela, los amigos, la iglesia, los grupos comunales, deportivos y culturales. Aquí la persona con discapacidad hace parte activa de su propia comunidad, desarrollando habilidades que le permitan integrarse a sistemas sociales diferentes a su familia.

Finalmente, al profundizar en el macrosistema, éste incluye los tres niveles expuestos anteriormente; hacen parte de este sistema los patrones culturales, las

tendencias políticas, los sistemas económicos, las creencias, y en fin, todos los factores de la sociedad en general que pueden afectar al individuo.²¹.

Relación de las áreas de desempeño del Fonoaudiólogo respecto a los componentes de la CIF.

Al aplicar la CIF en contextos clínicos de atención primaria, en enfermería, fonoaudiología y/o terapia ocupacional y física, se puede entender la utilidad para evaluar el diferencial existente entre el funcionamiento real y su potencialidad, y permite identificar facilitadores y /o barreras que deben ser objeto de intervención y proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biología, individual y social. De esta manera, es de gran aporte concebir los componentes de la CIF con fines de intervención terapéutica, en cuanto que se logra realizar un plan de intervención a partir del funcionamiento, e inmerso a esto se presta específica atención a las necesidades de cada individuo, ya sea con relación a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, o limitaciones en las actividades y/o restricciones en la participación social.

Teniendo en cuenta que el Fonoaudiólogo tiene como finalidad el trabajo de la comunicación humana y sus desordenes, y cuyas áreas de desempeño concebidas en la ley 376 de 1997²² corresponden a: Lenguaje, Habla y Audición, no se puede negar que están directamente relacionadas con los componentes de la CIF. Correspondiente a las funciones y estructuras corporales donde se incluyen entre otras: en el capítulo 1, la función mental específica del lenguaje (Código b167), en el capítulo 2, las funciones sensoriales y dolor, funciones

²¹ CÉSPEDES, Gloria Maritza. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. Universidad de Salamanca. España. 2005.

²² Ministerio de Educación Nacional (1997)

auditivas y vestibulares (código b230, b235) y en el capítulo 3, las funciones de la voz y el habla (b310), esta última además con relación a las funciones musculoesqueléticas.

También se consideran las actividades y la participación, las cuales contemplan la ejecución individual de tareas y dificultades que tiene una persona en el desenvolvimiento de las situaciones sociales. En este componente aparece un único listado que cubre todo el rango de áreas vitales desde el aprendizaje básico o la mera observación hasta otras áreas más complejas tales como las interacciones interpersonales. Aquí se incluye en el capítulo 1, el aprendizaje y aplicación del conocimiento (códigos d110 d119) y en el capítulo 3, Comunicación: comunicación – recepción (códigos d310- d329)²³.

²³ Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Organización Mundial de la Salud ed. Madrid España: 2001

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación estuvo enmarcada en un diseño mixto que en un primer momento respondió a un diseño cuantitativo no experimental²⁴, con el que se busca la cuantificación de algunos datos recogidos sin que estos sean objeto de contrastación alguna, esta cuantificación facilitará la descripción del panorama general de lo encontrado en los documentos objeto de análisis. En un segundo momento, la metodología obedece a un diseño cualitativo de análisis documental que implica la necesidad de ubicar cada texto en las circunstancias de las que surgió y comprender el sentido social, político y científico de su contenido²⁵.

6.2 MUESTRA

La muestra se conformó por 168 propuestas escritas de intervención elaboradas por estudiantes de Fonoaudiología en el II periodo de 2014 en las prácticas Integral I y II realizadas en los diferentes sitios de práctica, de las cuales solo se eligieron 80 que cumplían con los criterios de inclusión.

6.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La revisión documental es la técnica usada para cumplir con el objetivo del estudio y esta corresponde a dos pasos fundamentales: el primero, tiene que ver con la

²⁴ HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto. FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos. BAPTISTA, Lucio. Metodología de la Investigación. México. 2000. p. 189-193.

²⁵ LÓPEZ NOGUERO, Fernando. El análisis de contenido como método de investigación. XXI, Revista de Educación. Universidad de Huelva. 2002. p. 172.

selección de documentos, su registro y sistematización en una rejilla construida a partir de un modelo previamente elaborado, con las contribuciones de la revisión conceptual (Anexo 1). El segundo, es la codificación de cada uno de los documentos, con el fin de transcribir de ellos apartados que den cuenta del fenómeno a estudio.

6.4 PROCEDIMIENTO

En primera instancia se aplicó el consentimiento informado (Anexo 2) a los estudiantes de las prácticas Integral I y II de fonoaudiología del II periodo de 2014, seguidamente se realizó la recolección de las planeaciones, las cuales se clasificaron y cuantificaron por sitios de práctica y finalmente, se realizaron los análisis cuantitativo y cualitativo.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se recogieron las planeaciones en físico y digital de los estudiantes que rotaron en sitios de práctica I y II en los que se consideró que la intervención del Fonoaudiólogo obedece a la presencia de deficiencias en el lenguaje, habla y audición. Además, los documentos que cumplieran con requisitos como: ser planeaciones de intervención, no evaluaciones o sesiones de seguimiento y control y tener al menos una revisión por parte del asesor de práctica.

6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron aquellas planeaciones que fueran de evaluación o sesiones seguimiento y control, así como también las planeaciones del Centro de Escritura debido a que no se trabajan patologías comunicativas.

6.6 LIMITACIONES

En el desarrollo de la investigación se presentaron las siguientes limitaciones:

- No hubo facilitación de las planeaciones de los estudiantes de decimo semestre en las intervenciones a pacientes con discapacidad.

- El extenso del análisis no permitió avanzar en la metodología y no se pudieron reelaborar categorías.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos, basados en las consideraciones éticas de la declaración de Helsinki y la Resolución N° 008430 del Ministerio de Salud de Colombia y con ella se garantiza: primero, el cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia, y segundo, la confidencialidad de la información suministrada por los participantes y la toma de medidas tendientes a cumplir con este aspecto, por parte de las personas que puedan conocer de ella en las diferentes etapas de la investigación.

Con el fin de cumplir con los puntos mencionados en la recolección de los datos, se les proporcionó a los asesores de los sitios de practica integral I y II, un documento con la descripción de la investigación, sus objetivos, los usos que se pretendía dar a la información y los mecanismos que garantizan la confidencialidad de la misma. Este documento incluyó datos sobre los investigadores y su ubicación en caso de requerirse. Por su parte los estudiantes, quienes elaboraron las planeaciones, firmaron un consentimiento informado en el que se aclaró que ni su nombre, el nombre de los usuarios e instituciones sería revelado en el estudio, también se explicó que las planeaciones no serían sometidas a ningún tipo de evaluación cuantitativa, ni cualitativa que pudiera comprometer su posición como terapeuta.

Finalmente, sobre el manejo de la confidencialidad de la información, los resultados fueron sistematizados y se nombró un miembro del grupo de investigación para la custodia de dicha información, quien se responsabilizó de la organización de la base de datos y del proceso de análisis de la misma. La revelación de la información estuvo sujeta a las consecuencias jurídicas a que dieran lugar.

8. PLAN DE ANÁLISIS

8.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO

Para empezar, se realizó una descripción documental general que dio cuenta de: número de planeaciones, población a la que se dirigieron estas, descripción de categorías diagnósticas y áreas de desempeño fonoaudiológico que comprendieron. Luego se realizó un análisis de la correspondencia entre logros, actividades y materiales usados, y la noción de deficiencias en estructura, función y participación y categorías relacionadas con los referentes conceptuales.

Tabla 1. Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Indicador	Tipo de variable	Escala	Índice
Características socio demográficas de la población atendida					
Sexo	En su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales. ²⁶	Hombre Mujer	Cuantitativo	Nominal	0 1
Edad	Palabra que permite hacer	Rangos de edad cumplida en años:		Nominal	

²⁶ Organización mundial de la salud, OMS. What do we mean by "sex" and "gender"? 2010.

	mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. ²⁷	Menor de 1 año 1 - 5 años 6 – 10 años 11- 19 años 20 – 45 años 45- 60 años Mayores de 60 años	Cuantitativa		1 2 3 4 5 6 7
Grado Escolar	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión. ²⁸	Párvulos Pre – jardín Jardín Transición Primaria Secundaria Universitario Ninguno No reporta	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Diagnóstico médico	Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad. es un juicio clínico sobre el estado psicofísico de una persona; representa una manifestación en respuesta a una demanda para	- Neumonía no especificada Hipoacusia bilateral grado profundo - Retraso mental - TDHA - Hipoacusia NS severa a profunda - Macrocefalia - Compresión medular - Síndrome de asperger - Parkinson - Hipoacusia sensorial bilateral - Síndrome mental	Cualitativa	Nominal	1 2 3 4 5 6 7 8 9

²⁷ Diccionario médico. [en línea]. Ediciones Hancourt. Diccionario Mosby – 1999. Medicina, enfermería y Ciencias de la Salud, S.A.

²⁸ Diccionario de la lengua española, (DRAE). [en línea]. 22.a, 2001.

	determinar tal estado ²⁹	orgánico - Síndrome convulsivo - Compresión medular no especificada - Demencia senil - Hipoacusia sensorial bilateral profunda - Síndrome Cornelia de Lange - ACV - No reporta - Síndrome Down - Parálisis cerebral espástica - Asfixia neonatal - Tumor benigno de la hipófisis - Tumor maligno de la glándula submandibular - Hipotonía generalizada			10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
Diagnóstico descriptivo	Se encarga de identificar y examinar con toda claridad el problema de forma concreta y tangible, explicación detallada de las diversas características de la enfermedad, se describen todas sus dimensiones. ³⁰	No Si	Cualitativa	Nominal	0 1
Diagnóstico de comunicación	Se basa en razonamientos complejos que	- Disfagia orofaríngea - Afasia global	Cualitativa	Nominal	1 2

²⁹ CAPURRO, Daniel. RADA, Gabriel. El proceso diagnóstico. Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista médica de Chile. 2007.

³⁰ Diagnostico descriptivo. Capítulo 3

	hacen posible la emisión de dictámenes correctos y la adopción de conductas acertadas sobre el curso de un tratamiento de un desorden comunicativo ³¹	- Trastorno comprensivo del lenguaje			3
		-Trastorno del lenguaje expresivo			4
		-RDL expresivo			5
		-Disfunciones simbólicas			6
		-Trastorno específico del desarrollo del habla y el lenguaje			7
		-Trastorno específico de las habilidades escolares			8
		-Trastorno mixto de las habilidades escolares			9
		-Hipoacusia no especificada			10
		-Trastorno específico mixto del desarrollo			11
		- Hipoacusia sensorial bilateral simétrica de grado severo			12
		- Otros trastornos del desarrollo del lenguaje y del habla sin especificar			13
		-Trastorno oro motor			14
		-Disartria espástica			15
		-Otros trastornos del desarrollo del lenguaje y del habla			16
		- Trastorno del desarrollo			

³¹ CUERVO ECHEVERRY, Clemencia. La profesión de fonoaudiología: Colombia en perspectiva internacional. Bogotá, 1998. p. 119.

		<p>especifico</p> <p>habilidades académicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno expresivo y comprensivo del lenguaje - Mutismo selectivo - Trastorno de comunicación no especificado - Otros trastornos del habla sin especificar - Otros problemas de la alimentación del RN - No reporta 			17
					18
					19
					20
					21
					22
					23
Áreas de desempeño fonoaudiológico identificadas en cada planeación	<p>Son aquellas áreas en relación directa con las funciones básicas que se realizan en la profesión de Fonoaudiología, y las cuales deben funcionar con eficiencia y eficacia a fin de lograr los objetivos, las cuales se hacen evidentes en cada planeación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lenguaje (oral y Lecto - escrito) - Psicomotricidad (motricidad gruesa, motricidad fina, conciencia corporal, lateralidad) - Sensopercepción (percepción visual, auditiva, olfativa, gustativa, táctil, propioceptiva) - Habla (postura, respiración, función muscular, articulación, funciones de 	Cualitativa	Nominal	0
					1
					2
					3

		alimentación.			
Correspondencia de logros, actividades y materiales con componentes de la CIF: funciones, estructuras corporales y actividades, participación.					
Logro - Funciones corporales	<p>Correspondencia entre Logro y Funciones corporales entendiéndose como logro: lo que se desea potenciar y alcanzar con la acción terapéutica. Es decir, que su alcance no ocurre de modo accidental u ocasional, puesto que la acción fonaudiológica supone la generación intencional de ambientes de aprendizaje acordes con los propósitos trazados³². Y Funciones Corporales como las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas³³).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Funciones mentales - Funciones sensoriales y del dolor - Funciones de la voz y el habla. - Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino. - Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento 	Cualitativa	Nominal	0 1 2 3 4
Logro - Estructuras corporales	<p>Correspondencia entre Logro y Estructuras Corporales entendiéndose como logro: lo que se desea potenciar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estructuras del sistema nervioso 			0

³² Diccionario. Definición.de., 2015

³³ Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud, CIF.2001. p.23

	<p>y alcanzar con la acción terapéutica. Es decir, que su alcance no ocurre de modo accidental u ocasional, puesto que la acción fonoaudiológica supone la generación intencional de ambientes de aprendizaje acordes con los propósitos trazados³⁴.</p> <p>Y Estructuras Corporales como las partes anatómicas o estructurales del cuerpo como órganos o miembros, y sus componentes clasificados en relación con los sistemas corporales³⁵.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El ojo, el oído y estructuras relacionadas - Estructuras involucradas en la voz y el habla - Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino - Estructuras relacionadas con el movimiento 	Cualitativa	Nominal	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Logro – Actividad y Participación</p>	<p>Correspondencia entre Logro y Actividades y Participación, entendiéndose como logro: lo que se desea potenciar y alcanzar con la acción terapéutica. Es decir, que su alcance no ocurre de modo accidental u ocasional, puesto que la acción</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje y aplicación de conocimiento - Tareas y demandas 	Cualitativa	Nominal	<p>0</p> <p>1</p>

³⁴ Diccionario. Definición.de., 2015

³⁵ Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud, CIF.2001. p.23.

	<p>fonoaudiológica supone la generación intencional de ambientes de aprendizaje acordes con los propósitos trazados.³⁶</p> <p>Y Actividad como la realización de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento. Y Participación como la implicación de la persona en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento.³⁷</p>	<p>generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación - Movilidad - Autocuidado 			<p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Actividades – Funciones corporales</p>	<p>Correspondencia entre Actividades y Funciones corporales entendiéndose como Es el conjunto de acciones que se llevan a cabo para cumplir las metas de un programa o subprograma terapéutico, que consiste en la ejecución de ciertos procesos o tareas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Funciones mentales - Funciones sensoriales y del dolor - Funciones de la voz y el habla. - Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino. - Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el 	Cualitativa	Nominal	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>

³⁶ Diccionario. Definición.de., 2015

³⁷ Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud CIF. p. 216. 2001

	(mediante la utilización de los recursos humanos, materiales, técnicos, y financieros asignados a la actividad con un costo determinado) ³⁸ logros planteados por cada usuario Y Funciones Corporales como las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).	movimiento			
Actividades – Estructuras corporales	Correspondencia entre Actividades y estructuras corporales entendiéndose como actividades el conjunto de acciones que se llevan a cabo para cumplir las metas de un programa o subprograma terapéutico, que consiste en la ejecución de ciertos procesos o tareas (mediante la utilización de los recursos humanos, materiales, técnicos, y financieros	<ul style="list-style-type: none"> - Estructuras del sistema nervioso - El ojo, el oído y estructuras relacionadas - Estructuras involucradas en la voz y el habla - Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino - Estructuras relacionadas con el movimiento 	Cualitativa	Nominal	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>

³⁸ Diccionario. Definición.de., 2015

	<p>asignados a la actividad con un costo determinado)³⁹</p> <p>Y estructuras corporales como las partes anatómicas o estructurales del cuerpo como órganos o miembros, y sus componentes clasificados en relación con los sistemas corporales</p>				
<p>Actividades – Actividad y participación</p>	<p>Correspondencia entre Actividades y actividad y participación, entendiéndose como actividades el conjunto de acciones que se llevan a cabo para cumplir las metas de un programa o subprograma terapéutico, que consiste en la ejecución de ciertos procesos o tareas (mediante la utilización de los recursos humanos, materiales, técnicos, y financieros asignados a la actividad con un costo determinado)⁴⁰. Y</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje y aplicación de conocimiento - Tareas y demandas generales - Comunicación - Movilidad - Autocuidado 	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>

³⁹ Diccionario. Definición.de., 2015

⁴⁰ Diccionario. Definición.de., 2015

	Participación como la implicación de la persona en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento				
Material – Funciones Corporales	Correspondencia entre Material y funciones corporal, entendiéndose Material como agrupaciones de elementos reales o virtuales que se usan con objetivos determinados Y Funciones Corporales como las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).	<ul style="list-style-type: none"> - Funciones mentales - Funciones sensoriales y del dolor - Funciones de la voz y el habla. - Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino. - Funciones neuromusculoe squeléticas y relacionadas con el movimiento 	Cualitativa	Nominal	0 1 2 3 4
Material – Estructuras corporales	Correspondencia entre Material estructuras corporales, entendiéndose Material como agrupaciones de elementos reales o virtuales que se usan con objetivos determinados. Y estructuras corporales como las partes anatómicas o estructurales del cuerpo como	<ul style="list-style-type: none"> - Estructuras del sistema nervioso - El ojo, el oído y estructuras relacionadas - Estructuras involucradas en la voz y el habla - Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino - Estructuras relacionadas con el movimiento 	Cualitativa	Nominal	0 1 2 3

	órganos o miembros, y sus componentes clasificados en relación con los sistemas corporales				4
Material – Actividad y participación	Correspondencia entre Material estructuras corporales, entendiéndose Material como agrupaciones de elementos reales o virtuales que se usan con objetivos determinados. Y actividad como la realización de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento. Y Participación como la implicación de la persona en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje y aplicación de conocimiento - Tareas y demandas generales - Comunicación - Movilidad - Autocuidado 	Cualitativa	Nominal	0 1 2 3 4

8.2 ANÁLISIS CUALITATIVO

Corresponde al segundo momento del análisis del que se inducirá la correspondencia del contenido de las planeaciones con el modelo de rehabilitación. Esto se hará a través de un análisis de contrastación entre los datos

cuantitativos provenientes del primer análisis y el contenido literal de los documentos que será transcrito de los documentos ya codificados.

En atención a lo anterior, fue un interés de la investigación hacer revisión de los documentos, planeaciones realizadas por estudiantes en práctica, en sus características internas a fin de conocer los referentes conceptuales en los que parecen basarse⁴¹. Para lograrlo se siguió un modelo que consta de tres etapas. La primera, corresponde a la elección de las unidades de análisis; lo que corresponde a la identificación de los segmentos (temas) que interesa investigar del contenido⁴² de las planeaciones, en este caso los logros, actividades y materiales.

La segunda etapa, corresponde a las unidades de contexto, que corresponden a las bases de sentido localizables dentro del texto y permiten hacer interpretación desde los planteamientos teóricos. Finalmente, aparece el establecimiento de categorías en las que se reflejan las reflexiones hechas a partir de las perspectivas teóricas adoptadas en la investigación en particular⁴³.

⁴¹ DUVERGER Maurice. Métodos de las ciencias sociales. Citado por FERNÁNDEZ, Flory. El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. En: Revista Ciencias Sociales. 2002. Vol. 2 p. 35-53.

⁴² FERNÁNDEZ, Flory. El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. En: Revista Ciencias Sociales. 2002. Vol. 2. p. 35 – 53.

⁴³ *Ibíd.* p. 35-53.

Tabla 2. Categorías

Categoría de análisis: Componentes de la CIF y acción del Fonoaudiólogo			
	Componente CIF	Área de desempeño	Subcategorías de análisis Interés de la intervención
Logros	Función y estructura	Lenguaje	Interés por el desarrollo de las funciones del lenguaje. Interés por el desarrollo de funciones de codificación y decodificación de mensajes.
		Habla	Interés por la producción oral. Interés por las relaciones sensoriales y neuromusculoesqueléticas.
	Actividad y participación	Lenguaje	Aprendizaje y uso del conocimiento y la comunicación.
Actividades	Función y estructura	Lenguaje y habla	Aplicabilidad del uso del lenguaje oral, lecto escrito y la producción del habla.
	Actividad y participación	Lenguaje y habla	Aplicabilidad de los aprendizajes y de la competencia comunicativa

9. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Obedeciendo a la metodología del estudio, se realizó revisión documental de 80 planeaciones de igual número de usuarios, de las prácticas Integral I y II del Programa de Fonoaudiología que se desarrollan en VII y VIII semestre respectivamente. Las planeaciones obedecen a una estructura previamente establecida por las prácticas (Anexo 3), que exige en su contenido: identificación del usuario (nombre, edad, grado escolar), diagnóstico médico y comunicativo, áreas y subáreas a trabajar, logros, actividades a desarrollar y materiales.

9.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO

Para el análisis cuantitativo de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS versión 20. Para la descripción del comportamiento de las variables incluidas, se realizó un análisis documental general, que dio cuenta de: número de planeaciones, población a la que se dirigieron, descripción de categorías diagnósticas, áreas de desempeño fonoaudiológico, correspondencia entre logros actividades y materiales con componentes de la CIF: funciones, estructuras corporales y actividades, participación.

Se utilizaron tablas estadísticas de distribución de frecuencias, que permitieron estimar las frecuencias absolutas y relativas correspondientes; para ello se realizó el análisis descriptivo univariado, con el propósito de obtener un panorama general del comportamiento de cada una de ellas en la población de estudio. Este análisis se interpretó de acuerdo a los términos empleados en la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud CIF.

Para el análisis Cualitativo, se extractaron de las planeaciones 317 logros, a los que corresponden igual número de actividades, materiales y áreas, con el fin de realizar un estudio más detenido. Este se realizó a través de una rejilla que facilitó la identificación de información documental, que pudiera complementar el análisis cuantitativo con descripciones.

Tabla 3. Análisis de las características sociodemográficas de la población atendida e identificada en las planeaciones.

Variable	n:80	%
Sexo		
Hombre	40	50,0
Mujer	40	50,0
Edad por rangos		
1-5	21	26,3
6-10	15	18,8
11-19	12	15,0
20-45	6	7,5
45-60	7	8,8
Más de 60	15	18,8
<1año	4	5,0
Grado escolar		
Párvulos	1	1,3
Pre jardín	4	5,0
Jardín	10	12,5
Transición	1	1,3
Primaria	17	21,3
Secundaria	4	5,0
No escolarizado	10	12,5
No registra	33	41,3

En las variables sociodemográficas de interés para el estudio, se encontró que las planeaciones estaban dirigidas en igual porcentaje para hombres y mujeres (50%). El rango de edad más frecuente fue el de 1 a 5 años con el 26,3%, seguido del rango de 6 a 10 años y más de 60 años cada uno con 18,8% . Con respecto al grado escolar, el 41,3% de las planeaciones no registró esta información de los usuarios, el 21,3% se encontraba en primaria, seguido del grado jardín y los no escolarizados con el del 12,5% respectivamente.

Tabla 4. Análisis del diagnóstico médico identificado en la población atendida e identificada en las planeaciones

Variable	n:80	%
Diagnóstico médico		
Neumonía no especificada	2	2,5
Hipoacusia sensorial bilateral	3	3,8
Síndrome convulsivo	3	3,8
Compresión medular no especificada	1	1,3
Hipoacusia sensorial bilateral profunda	1	1,3
Síndrome Cornelia de Lange	1	1,3
ACV	2	2,5
No se registra	54	67,5
Síndrome de Down	1	1,3
Parálisis cerebral espástica	1	1,3
Asfixia neonatal	1	1,3
Tumor benigno de la hipófisis	1	1,3
Tumor maligno de la glándula submandibular	1	1,3
Hipotonía generalizada	1	1,3
Retraso mental	4	5,0
Macrocefalia	1	1,3
Síndrome de Asperger	1	1,3
Parkinson	1	1,3

La tabla N° 4 permite observar que el 67,5% de los documentos analizados no reporta el diagnóstico médico de los usuarios; diagnósticos como retraso mental, hipoacusia neurosensorial y síndrome convulsivo, aparecen con frecuencias del 5% y 3,8% respectivamente. Cabe resaltar que existe una variedad de diagnósticos que representan el 1,3% cada uno.

Tabla 5. Análisis del diagnóstico comunicativo de la población atendida e identificada en las planeaciones

Variable	n: 80	%
Diagnóstico comunicativo		
Disfagia faríngea	9	11,3
Trastorno oromotor	1	1,3
Disartria espástica	4	5,0
Otros trastornos del desarrollo del lenguaje y del habla	2	2,5
Trastorno del desarrollo específico habilidades académicas	3	3,8
Trastorno expresivo y comprensivo del lenguaje	2	2,5
Mutismo selectivo	1	1,3
Afasia global	2	2,5
Trastorno de comunicación no especificado	1	1,3
Trastorno específico del lenguaje	1	1,3
Trastorno del lenguaje expresivo	4	5,0
No reporta	2	2,5
Otros trastornos del habla sin especificar	2	2,5
Otros trastornos del desarrollo del lenguaje y del habla sin especificar	2	2,5
Otros problemas de la alimentación del recién nacido	1	1,3
Hipoacusia sensorial bilateral simétrica de grado severo	1	1,3

RDL expresivo	2	2,5
Disfunciones simbólicas	4	5,0
Trastorno específico del desarrollo del lenguaje y del habla	18	22,5
Trastorno específico de las habilidades escolares	10	12,5
Trastorno mixto de las habilidades escolares	2	2,5
Hipoacusia no especificada	3	3,8
Trastorno específico mixto del desarrollo	3	3,8

Según el análisis de las planeaciones, el diagnóstico comunicativo más frecuente fue el trastorno específico del desarrollo del habla y del lenguaje con un 22,5%, seguido del trastorno específico de las habilidades escolares con el 12,5% y disfgia con 11,3%.

Tabla 6. Análisis de la presencia de diagnóstico comunicativo descriptivo de la población atendida e identificada en las planeaciones.

Variable	n:80	%
Diagnóstico comunicativo descriptivo		
No	54	67,5
Si	26	32,5

Respecto al diagnóstico comunicativo descriptivo, se encontró que en su mayoría las planeaciones no lo registra, lo que corresponde al 67,5%.

Tabla 7. Análisis de las áreas de desempeño

Variable	n: 317	%
Área: lenguaje		
Lenguaje Oral	162	51,1
lenguaje lecto-escrito	53	16,7
Área: psicomotricidad		
Motricidad gruesa	1	,3
Conciencia corporal	1	,3
Área: Sensopercepción		
Percepción visual	3	,9
Percepción gustativa	1	,3
Percepción olfativa	1	,3
Percepción táctil	3	,9
Percepción propioceptiva	3	,9
Percepción auditiva	3	,9
Área: habla		
Postura	4	1,3
Respiración	5	1,6
Función muscular	51	16,1
Articulación	15	4,7
Funciones de alimentación	9	2,8

En el área de lenguaje se encontró que el 51,1% se orientó a la intervención del lenguaje oral, seguido de un 16,7% en el lenguaje lecto-escrito. En el área de psicomotricidad, las intervenciones se orientaron a la motricidad gruesa y fina con un 0,35% respectivamente. Así mismo, en el área de sensopercepción se encontró un 0,9% para los sub ítems de percepción visual, táctil, propioceptiva y auditiva, y un 0,3% para percepción gustativa y olfativa respectivamente. En el área de habla se observó que el 16,1% se orientó a la función muscular, seguido de articulación con un 4,7%.

Tabla 8. Análisis de la correspondencia entre materiales y los componentes de la CIF

Variable	n: 317	%
Funciones corporales		
Funciones mentales	53	16,7
Funciones sensoriales y dolor	33	10,4
Funciones de la voz y del habla	41	12,9
Funciones sistema digestivo metabólico y endocrino	6	1,9
Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con movimiento	4	1,3
Estructuras corporales		
No corresponde		
Actividad y participación		
Aprendizaje y aplicación de conocimiento	28	8,8
Tareas y demandas generales	71	22,4
Comunicación	75	23,7
Movilidad	5	1,6

Con respecto al material y funciones corporales se observó que el 16,7% se relaciona con las funciones mentales, seguido del 12,9% de las funciones de la voz y el habla y el 10,4% con las funciones sensoriales y dolor. Además, se encontró en la correspondencia entre material y actividad y participación que este se orienta a la comunicación con un 23,7%, tareas y demandas generales con un 22,4% y un 8,8% para aprendizaje y aplicación de conocimiento.

En las planeaciones se encontró que materiales como laminas de vocabulario de categorías, sopa de letras, colores, marcadores, textos, imágenes de dragones, de princesas, títeres, ensartado, animales en semiconcreto, entre otros, fueron usados principalmente en intervenciones dirigidas a población infantil. Por otro lado, materiales como baja lenguas, espejo, gasas, consistencias alimenticias, guantes, jeringa, láminas de categorías semánticas (aseo personal, partes de la casa, partes del cuerpo, alimentos) accesorios personales, calendario móvil, laminas de ABC, entre otros, se nominaron en planeaciones dirigidas a adultos. Cabe resaltar que pocos materiales correspondían a objetos de uso cotidiano, por el contrario se encontró que gran mayoría de los objetos descritos en las planeaciones eran de uso clínico.

Tabla 9. Correspondencia entre Logros y los componentes de la CIF: Funciones corporales, Estructuras corporales, Actividades y Participación

Variable	n: 317	%
Logro – funciones corporales		
Funciones mentales	87	27,4
Funciones sensoriales y dolor	11	3,5
Funciones de la voz y del habla	43	13,6
Funciones sistema digestivo metabólico y endocrino	3	0,9
Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con movimiento	20	6,3
Logro- estructuras corporales		
Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	2	0,6
Estructuras relacionadas con el movimiento	7	2,2
Logro- actividad y participación		
Aprendizaje y aplicación de conocimiento	33	10,4

Tareas y demandas generales	41	12,9
Comunicación	59	18,6
Movilidad	10	3,2

La tabla anterior muestra la correspondencia entre logros y funciones corporales, estructuras corporales y actividades y participación. Con relación entre logros y funciones corporales se encontró que el 27,4% de los logros están relacionados al trabajo de las funciones mentales dentro de las intervenciones fonoaudiológicas, seguido de funciones de la voz y del habla con un 13,6% y un 6,3% con las funciones neuromusculares y relacionadas con el movimiento.

Respecto al logro y las estructuras corporales, se observó que solo el 2,2% de los documentos analizados, se sitúan en el trabajo de las funciones neuromusculares relacionadas con el movimiento, seguido de un 0,6% con las funciones del sistema digestivo, metabólico y endocrino. Finalmente en la correspondencia entre logro-actividad y participación se evidenció que el 18,6% de los logros están dirigidos a la comunicación, seguido de tareas y demandas generales con un 12,9% y aprendizaje y aplicación de conocimiento con un 10,4%.

Tabla 10. Correspondencia entre las actividades y los componentes de la CIF: funciones corporales, estructuras corporales, actividad y participación.

Variable	n:317	%
Funciones corporales		
Funciones mentales	67	21,1
Funciones sensoriales y dolor	32	10,1
Funciones de la voz y el habla	38	12,0
Funciones de los sistemas digestivo metabólico y endocrino	3	,9
Funciones neuromusculares relacionadas con el movimiento	17	5,4

Estructuras corporales		
El ojo, el oído y estructuras relacionadas	2	,6
Estructuras relacionadas con el movimiento	3	,9
Actividad y participación		
Aprendizaje y aplicación de conocimiento	35	11,0
Tareas y demandas generales	45	14,2
Comunicación	72	22,7
Movilidad	1	,3

Con respecto a las actividades y funciones corporales se observó que el 21,1% estaban orientadas a las funciones mentales, seguido del 12% con las funciones de la voz y del habla, el 10,1% con las funciones sensoriales y dolor, y el 0,9% con las funciones de los sistemas digestivos, metabólicos y endocrinos. En cuanto a la correspondencia entre las actividades planteadas y estructuras corporales se observó que el 0,9% estaban dirigidas a las funciones neuromusculoesqueléticas, y el 0,6% a las funciones sensoriales y dolor. Así mismo, en actividades y participación se evidenció que el 22,7% de las actividades estaban dirigidas a la comunicación, el 14,2% en tareas y demandas generales y el 11% en aprendizaje y aplicación de conocimiento.

9.2 ANÁLISIS CUALITATIVO

A continuación se presenta el análisis cualitativo de acuerdo a las subcategorías que emergieron después de revisar las planeaciones bajo la consigna de buscar relaciones entre la acción del Fonoaudiólogo y los componentes de la CIF.

9.2.1 Análisis de los logros

El interés por el desarrollo de las funciones del lenguaje y el desarrollo de funciones de codificación y decodificación de mensajes:

Esta subcategoría emerge de la búsqueda de la correspondencia entre logros, la función y la estructura. Se identificó que los logros mostraban un interés particular por el desarrollo de las funciones mentales que incluyen el lenguaje y la codificación y decodificación de mensajes.

Los siguientes logros están dirigidos al área de lenguaje que se incluye dentro de las funciones mentales de acuerdo a la conceptualización CIF. Los verbos del logro hacen énfasis en la necesidad de los usuarios de dar uso a las funciones del lenguaje.

P1NOV20

“Utilizar las funciones del lenguaje como: interaccional, personal, informativa de forma correcta”

P2NOV20

“Usar la función imaginativa de forma correcta y de manera autónoma”

P69NOV20

“Usar la función imaginativa del lenguaje de forma correcta y autónoma en sus intercambios comunicativos”

La comprensión de mensajes a través del lenguaje lecto escrito, también se catalogó dentro de funciones mentales dado que la CIF afirma que estas se relacionan con el reconocimiento y la utilización de signos, símbolos y otros componentes del lenguaje. Algunos de los ejemplos de logros dirigidos a esta función son:

P18NOV20

“Comprensión de textos narrativos tipo textos cortos”

P63NOV20

“Comprender textos instructivos de forma literal, inferencial y crítica”

P57NOV20

“Comprender textos narrativos tipo cuento”

P59NOV20

“Comprender textos informativos sobre algunos animales domésticos (perro, gato, gallina, conejo) en el nivel literal de manera correcta con apoyo y en nivel inferencial de forma aproximada”

P63NOV20

“Comprender textos instructivos de forma literal, inferencial y crítica”.

Otras funciones acompañan las actividades del lenguaje, una de ellas es la memoria también ubicada en las funciones, como lo indica el siguiente ejemplo:

P41NOV20

“Mejorar la memoria visual”

Igualmente, se encontraron logros dirigidos a las funciones de la orientación, que permiten establecer la relación en la que se sitúa una persona con respecto a sí misma, a otras personas, al tiempo y a lo que le rodea, hacen parte de las funciones mentales, como lo indican los siguientes ejemplos:

P1NOV20

“Identificar tiempo y espacio de manera correcta con apoyo visual”

P4NOV20

“Ubicarse correctamente en el tiempo y uso de lenguaje automático”

P19NOV20

“Ubicar tiempo, lugar y persona de manera correcta por demanda”

El interés por el desarrollo de las funciones del habla: la producción oral y su relación con funciones y estructuras sensoriales y neuromusculoesqueléticas:

Esta subcategoría al igual que la primera, surge de la búsqueda de la correspondencia entre logros, la función y la estructura. Específicamente sobre las funciones de la voz y el habla, se encontraron logros en relación a la producción articulatoria, la alimentación y otras funciones y estructuras relacionadas, como se describirá a continuación:

La articulación está implicada en la producción de sonidos y del habla según la CIF; razón por la que logros dirigidos a la articulación están asociados a la función de la voz y el habla.

P2NOV20

“Articular el fonema /g/ en sílaba directa en posición inicial, media de palabra, de forma correcta de manera autónoma”

P12NOV20

“Articular palabras bisílabas por imitación que contengan los fonemas /m/ y /p/”

P34NOV19

“Articular por imitación todas las vocales”

P58NOV20

“Articular correctamente y por demanda el sinfón /dr/ en posición inicial, media y final de palabra”

Generalmente logros enfocados a la articulación estaban acompañados de otros que según la CIF corresponden a funciones de la voz y el habla no especificadas, pero que contribuyen a la producción oral.

P1NOV20

“Coordinar movimientos labiales, linguales y mandibulares de forma aproximada por imitación”

P19NOV20

“Coordinar praxias activas labiales, linguales, faciales, y de soplo de manera correcta con velocidad y fuerza correcta”

P20NOV20

“Coordinar praxias activas labiales y linguales con adecuada fuerza y velocidad por imitación de manera correcta”

P22NOV17

“Mantener tonicidad de los músculos oro faciales”

P23NOV17

“Mantener una adecuada postura, automatizar modo y tipo respiratorio en sedente”

P26NOV17

“Coordinar praxias activas labiales, linguales, faciales y de soplo con adecuada fuerza y velocidad”

P37NOV17

“Coordinar movimientos labiales y linguales de manera aproximada con apoyo táctil.”

Cabe resaltar que a los logros relacionados con el habla, les acompañan otros procesos como por ejemplo la postura, que a su vez se ubica dentro de las funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, como lo indican los siguientes ejemplos:

P46MARZO11

“Alinear cabeza y cintura escapular con respecto al eje vertical y horizontal, manteniendo la postura correcta durante 20 segundos”

P48MARZO11

“Mantener una postura corporal correcta en posición sedente”

En línea con lo anterior, también se encontraron logros que comprometían la acción sensorial; funciones sensoriales y de dolor que abarca todas las funciones de los sentidos, vista, oído, tacto, gusto, etc., así como de la sensación de dolor y temperatura. Algunos ejemplos son:

P39NOV20

“Responder ante estímulos táctiles y propioceptivos con contracciones de la musculatura exo y endobucal”

P51NOV20

“Responder con contracciones y movimientos de O.F.A ante la estimulación táctil.”

P8NOV20

“Reaccionar a estímulos olfativos y tácticos utilizando objetos en concreto”

Otro proceso del habla que surge continuamente dentro de los logros, es la alimentación. Esta puede ubicarse en las funciones del sistema digestivo metabólico y endocrino, dado que la CIF indica que la deglución junto con la ingesta y eliminación hacen parte dichas funciones, a continuación se citan algunos ejemplos:

P4NOV20

“Deglutir 5 cc de líquido claro”

P14NOV20

“Desencadenar el reflejo deglutorio con fluidos propios y líquido espeso tipo néctar”

P46MARZO11

“Mantener un selle labial para evitar el derramamiento de alimentos durante la fase oral de la deglución”

P39NOV20

“Deglutir 5 cc de líquido claro”

P22NOV17

“Mantener la funcionalidad del reflejo deglutorio”

El aprendizaje, la aplicación de conocimiento y la comunicación y su relación con la actividad y la participación:

Otros logros ya no se dirigieron directamente a las funciones y estructuras corporales, sino más bien a la actividad y participación; particularmente en el área de lenguaje. Los logros dirigidos a la lectura por ejemplo, se incluyeron en aprendizaje y aplicación de conocimiento, dado que este componente incluye aprendizajes básicos como: copiar, repetir, aprender a leer, aprender a escribir, aprender a calcular, entre otras.

P30NOV18

“Leer textos descriptivos con un tipo lector corriente con apoyo”

P40MARZO22

“Leer con un tipo lector sub silábico”

P70MARZO12

“Leer un texto narrativo tipo cuento "el gran partido" de forma silábica vacilante sin apoyo de forma oral, con comprensión a nivel literal e inferencial sin apoyo”.

P9NOV20

“Leer textos informativos con un tipo de lector corriente sin apoyo”

Otra de las actividades relacionadas con el aprendizaje y la aplicación de conocimiento a las que se dirigieron los logros, es la comprensión de órdenes, como lo indican los siguientes ejemplos:

P4NOV20

“Ejecutar órdenes simples con apoyo”

P19NOV20

“Ejecutar órdenes simples con objeto presente de manera correcta”

También en el componente de comunicación, se incluyeron logros dirigidos a la construcción de oraciones. La CIF afirma que en este componente se incluyen los aspectos generales y específicos de la comunicación a través del lenguaje, los signos o los símbolos, incluyendo la recepción y producción de mensajes, llevar a cabo conversaciones y utilización de instrumentos y técnicas de comunicación.

P3NOV20

“Construir oraciones subordinadas adversativas con la estructura: art+sust+verb+compl unidas con la conjunción "pero" de forma correcta por demanda”

P58MARZO11

“Construir correctamente y por autonomía oraciones subordinadas con la conjunción /porque/”

P10NOV20

“Crear oraciones complejas a partir de un texto sin apoyo”

9.2.2 Análisis de las actividades

El interés de la aplicabilidad del uso del lenguaje oral y lecto escrito y la correspondencia entre actividades, funciones y estructuras.

Como en los logros, en la revisión de las actividades se identificaron intereses frente a las funciones, más que a las estructuras. Las descripciones de actividades y las consignas que las acompañan muestran una estrecha relación entre el logro, la actividad y como se entrenan acciones de la vida diaria.

Las actividades dirigidas a las funciones mentales del lenguaje; relacionadas con el reconocimiento y la utilización de signos, símbolos y otros componentes del lenguaje, así como las funciones de recepción y decodificación del lenguaje oral, pueden observarse a modo de ejemplo a continuación:

P1NOV20

“Fortalecimiento de las funciones del lenguaje por conversación dirigida a cerca de su vida "señora (nombre del usuario) buenos días, ¿cómo está el día de hoy? cuénteme sobre su vida, ¿usted tiene hijos?”

P79NOV20

“Discriminación de palabras iguales o diferentes evocadas por el practicante y escuchadas por el paciente el cual deberá decir si escuchó las palabras iguales o diferentes. Se da previa explicación del vocabulario a trabajar dentro de la actividad (en este momento yo te daré 2 palabras y tú me dirás si se escuchan igual o diferente .../roco-roca,rosa-losa,rosa,rosa,perro,perro,rio-rio,rana,rato.../”

P69MAR12

“Uso de la función imaginativa a partir de la creación de personajes de acuerdo al eje temático con el fin de que invente una historia y la narre "jugaremos a que tú eras cenicienta y yo tu hada madrina y convertía tu carretera en un hermoso carro, ¿listo?”

P63NOV20

“Dar inicio a la escritura de un texto informativo, tarjeta para la tía. Enseñar algunas frases que puede utilizar para la elaboración de las tarjetas. Tratar de que utilice todos los elementos gramaticales que dan coherencia y cohesión a un texto, así como también que haga uso adecuado de los signos de puntuación, acentuación y exclamación, corregir los errores de escritura que presente [...]. “Bueno, inicia escribiendo la tarjeta a tu tía, primero escribe lo que le quieres decir en la tarjeta puedes ayudarte con el siguiente texto, escúchame lo voy a leer. Aquí nos dan algunas ideas aquí hay algunas frases con las que puedes dar inicio o que puedes incluir en lo que vas a escribir, te las voy a leer [...].”

P17NOV20

“Establecimiento de relaciones entre objetos, intraclase de cualidad (color-amarillo), de forma correcta por imitación. Colores primarios (amarillo, azul, rojo). " (nombre del usuario) ahora te voy a mostrar éstas imágenes de medio de transporte, yo te diré el color y tú lo repetirás ¿vale? luego miraremos estas fichas y colocaremos la ficha encima del dibujo que es del mismo color, me mira porque primero lo haré yo y luego tu”

Otras funciones mentales a las cuales están dirigidas las actividades son las de orientación; las cuales son funciones mentales generales relacionadas con el conocimiento y que permiten establecer relaciones de lugar, tiempo y persona.

P3NOV20

“Reorganización de los meses del año "muy bien (nombre del usuario) mire estos son los días de las semana ¿los recuerda? ahora usted me los va a organizar como crea que vayan, ¿listo?”

P3NOV20

“Pintar secuencias correctas "bien (nombre del usuario) mire estas imágenes son unos pasos que debemos seguir para vestirnos pero hay unas que están mal entonces usted va a coger colores o temperas, lo que quiera y me va a pintar las que están bien”

P13NOV20

“Establecimiento de una conversación sobre lo que hizo en la mañana "buenos días (nombre del usuario) ¿cómo estás? ¿Cuénteme que hizo en la mañana desde el momento en que se levantó?”

“Presentación del calendario móvil para identificación de ayer, hoy y mañana. (nombre del usuario) ¿qué día es hoy? si hoy es lunes, ¿qué día fue ayer, y qué día será mañana?”

P15NOV20

“Utilización de fórmulas sociales, posteriormente se realizarán preguntas en cuento a tiempo y lugar”

P19NOV20

“Presentación de imágenes alusivas a un día representativo a los meses del año (se presentará de tres en tres en cada sesión). “(nombre del usuario), mira ésta imagen, ¿qué es eso? ¿Usted sabe en qué fecha se realiza? mire eso se realiza en mes de...”

El interés de la aplicabilidad la producción del habla y su correspondencia entre actividades, funciones y estructuras.

En el área de habla por su parte, se encontraron los ejemplos de las actividades que fueron clasificadas relacionadas con las funciones de la voz y el habla; siendo las de las voz las funciones implicadas en la producción de diferentes sonidos mediante el paso de aire a través de la laringe y con el flujo y ritmo del habla.

P71MAR12

“Producción del fonema /s/ en mirad, inicio y final de palabra con el uso repitiendo palabras de canción "vamos a aprendernos una canción muy corta"

P58MARZO11

“Repetición de silabas continuas variando la velocidad: dara - dara - dara - dra -dra - dara - dara / doro, dro/ duru - dru/ dere - dre/ diri - dri y la emisión de la onomatopeya de la abeja. "vas a repetir como yo hago"

P45NOV19

“Indicación del punto articulatorio detrás de los incisivos superiores, esta actividad se realizara con el apoyo de un baja lenguas y espejo. "Coloca la lengua, encima del baja lenguas y trata de pronunciar as-as-as"

P43MARZO11

“Pronunciar el fonema /d/ con fuerza mientras lo pronuncia meter la lengua para hasta la posición alveolar, detrás de los dientes.”

P40MARZO2

“Ejercicios de tonificación glótica: -Sentado con los brazos sobre las piernas, inspirar y en la pausa que empuje la nuca contra la mano del terapeuta y diga /cric-

cric-cric/, /quic-quic-quic/ y /cuc-cuc-cuc/ -Colocar la mano sobre la frente del paciente y éste apoyará la cabeza ligeramente inclinada haciendo fuerza hacia delante, diciendo guic-guic-guic. -Sentado con brazos relajados, producir una /m/ prolongada para que dé, el tono adecuado para que las emisiones posteriores sean con el mismo tono: - Espirar emitiendo oclusivas posteriores: /k-g/ y vocales cerradas /i,u,e/, manteniendo en sonido, alargando sobre la vocal y terminando sobre una oclusiva sorda al final de la sílaba, llevando la entonación hacia el agudo como preguntando: quiiiiic? cuuuuc? gueeeec? - Se va aumentando el número de series en cada espiración y se van introduciendo todas las vocales”

Los ejemplos siguientes denotan las actividades que estuvieron encaminadas al trabajo de las funciones de los sistemas digestivo metabólico y endocrino; las cuales según la CIF son las relacionadas con la ingestión, digestión y eliminación, así como sobre las funciones implicadas en el metabolismo.

P15NOV20

“Así mismo se dará pastas al paciente para que realice una adecuada deglución durante la ingesta de alimento”.

P50MARZO11

“Iniciar el trabajo de succión variando la forma, tamaño y grosor del pitillo, iniciando con líquidos claros”

Las actividades dirigidas a las funciones neuromusculoesqueléticas relacionadas con el movimiento; tienen en cuenta las funciones relacionadas con el movimiento y la movilidad, incluyendo las funciones de los huesos, los músculos, las articulaciones y los reflejos. Algunos ejemplos de ellas son:

P1NOV20

“Ejecución de praxias activas labiales, linguales y mandibulares, labiales (protrusión, retracción, apertura, cierre, silbar, soplar), linguales (ascenso, descenso, lateralización, chasquear la lengua), mandibulares (ascenso, descenso, lateralización, masticar). Realizar 4 series de tres sesiones "doña NN ahora vamos a hacer unos ejercicios primero con los labios, luego con la lengua y por último con la mandíbula yo le voy a ayudar”

P40MARZ2

“En posición decúbito supino balón pies movilización de pies sobre un balón de un tamaño no muy grande hacia diferentes direcciones, ayudar a la paciente a hacer presión sobre la pelota”

P43MARZO11

“Durante toda la terapia realizar control estabilizando la cabeza y la cintura escapular con las manos para que no se desorganice y sostenga durante unos segundos dichas posiciones. Se usaran también recordatorios (tocar el hombro – orden verbal) para que la paciente se intente organizar de forma autónoma”

P46MARZO11

“Realizar masaje tipo presión digital en espalda, omoplatos y cuello. 4 series de 5 repeticiones con pausa de 4 sg”

“Durante la alimentación realizar control y facilitar el selle labial colocando el dedo pulgar en ATM, el dedo índice entre el mentón, el labio inferior y el dedo corazón debajo del mentón o también el dedo pulgar entre mentón y labio inferior el dedo índice sobre la articulación de la mandíbula y el dedo corazón debajo del mentón.”

P48MARZO11

“En posición decúbito supino pedirle a la paciente que se posicione de espalada contra la pared y la toque con la pelvis, los hombros y la cabeza. Mantener esta posición durante 10 sg”.

“Con un dedo de guante congelado, realizar golpes suaves discontinuos en los orbiculares, especialmente en el inferior que es el que más hipotónico permanece.”

Las actividades dirigidas a las funciones sensoriales y dolor; en las cuales se encierran las funciones de los sentidos, vista, oído, gusto, etc., así como de la sensación de dolor, algunos ejemplos de ellas son:

P6NOV20

“Asociar un olor a un sabor "bien NN ahora yo le voy a colocar esto en la nariz, ¿listo? mire NN así huele y así sabe (limón, naranja, café)”

“Ubicar una fuente sonora con apoyo visual "listo NN muy bien NN ahora me voy hacer acá, y voy hacer sonar el triángulo, mire NN si escucha (triangulo, tambor)”

P8NOV20

“Estimulación táctil presionando una pelota de esponja " NN vamos a coger esta pelota, apretémosla duro lo más duro que pueda vamos hagámosle varias veces”

P37NOV20

“Identificación de figura fondo por medio de estímulo auditivo y estímulo táctil. "doña NN le voy a pintar las uñas” mientras se le harán sonar instrumentos para ver si la paciente reacciona al sonido”

“Estimulación táctil con crema de manos realizando masajes. “doña NN ahora le voy a aplicar esta crema en sus manos y usted me va a contar que siente”

P70MAR12

“Discriminación de palabras que contengan el fonema /d/ "muy bien ahora yo te voy a decir dos palabras y tú me vas a decir cuál tiene la /d/ ¿listo?”

P14NOV20

“Se estimulará con un aplicador las encías, paladar y vestíbulo haciendo rose rápido y continuos para desencadenar el reflejo deglutorio”

El interés de la aplicabilidad de los aprendizajes y de la competencia comunicativa y su relación con las actividades y participación

Las actividades también estuvieron dirigidas a trabajar la limitación de la actividad y restricción de la participación, en el ámbito del aprendizaje y aplicación de conocimiento, que según la CIF trabaja sobre el aprendizaje, la aplicación de los conocimientos aprendidos, el pensamiento, la resolución de problemas y la toma de decisiones. Algunos ejemplos de dichas actividades son:

P9NOV20

“Lectura autónoma del texto narrativo tipo cuento de la princesa cenicienta " ahora vas a leer tu sola el cuento de la princesa cenicienta”

P12NOV

“Imitación de estructuras gramaticales sustantivo + (verbo o adjetivo) se emitirá con el xilófono: juan dibuja; papá pateo pelota; mamá come pan. "repita después de mí, se pasa otra imagen y nuevamente a la anterior ¿cómo es?”

P28NOV18

*“Realización de la lectura del texto narrativo tipo cuento " la tortuga y la rana" la primera parte del cuento a cargo de la practicante y el final a cargo de la usuaria.
“NN vamos a empezar esta sesión leyendo un cuento muy interesante y divertido,
voy a empezar a leer y yo te digo cuando sigas tú”*

*“Conocimientos previos a la lectura pertenecientes al contenido que se va a tratar.
“primero vas a leer el titulo, y me vas a decir ¿de qué crees que va a tratar la información que te traje?”*

“Creación de un cuento corto teniendo en cuenta el texto leído o sobre el cuento que más le gusta. "vas a escribir un cuento corto si quieres sobre un personaje del cuento que leímos o sobre un personaje del cuento que más te guste”

Algunos ejemplos de las actividades dirigidas a las tareas y demandas generales, las cuales tratan sobre los aspectos generales relacionados con la puesta en práctica de tareas sencillas o complejas, organizar rutinas y manejar el estrés, son:

P5NOV20

“realización de ordenes con una puerta "bueno NN mire bien como es que se llama esta? bien ahora míreme haga lo que yo le pida abra la puerta cierre la puerta, muy bien abra la puerta y salga, abra la puerta entre y cierre la puerta muy bien NN míreme y lo hace usted”

P6NOV20

“Presentación de un objeto (piedra) para ejecución de orden 5"¡muy bien! NN ¿mire qué es esto? unas piedras muy bien ahora tome la piedra. ¿Bueno? suelte la piedra”

P7NOV20

“Realización de todo tipo de expresiones faciales (triste, alegre, enojo, susto, gritar, bostezar, hacer un guiño). Esto se hará frente al espejo " NN mira esta lamina vamos hacer cada una de las expresiones que están aquí. Primero lo hago yo y luego tú”

P19NOV20

“Ejecución de órdenes complejas. “NN, ahora tome esa caja guarde éstas cosas y pásese el lapicero a mi compañera”

P27NOV18

“Elaboración de la camándula. “doña NN ahora vamos a hacer una camándula si, en esa bolsa tengo los materiales por favor cójala y saque las bolitas y la lana, ahora coja la cruz y póngala en la lana, por ultimo hágale el nudo para que pueda usar su camándula”

Estos ejemplos son de las actividades que estuvieron encaminadas a la intervención en la comunicación; en las que se trabaja sus aspectos generales como los específicos a través del lenguaje, los signos o los símbolos, incluyendo la recepción y producción de mensajes, llevar a cabo conversaciones y utilización de instrumentos y técnicas de comunicación.

P2NOV20

“Construcción de oraciones subordinadas adversativas con la estructura: art+sust+verb+compl unidas con la conjunción "pero" mediante laminas de forma correcta por demanda " NN ahora vamos a pegar esta imagen sobre la pared y vamos a decir lo que vemos en ella... eje temático: prendas de vestir”

“Presentación de láminas de medios de transporte y se le pedirá a NN que narre un cuento a partir de estas imágenes. NN ahora me vas a contar un cuento de estos medios de transporte eje temático medios de transporte”

P5NOV20

“Escribe tu nombre ” bien NN mire estas imágenes, ¿quién es él? muy bien es usted entonces vamos a colocar el nombre donde nos encontremos ¿listo? ¿Este es usted? bien entonces escribamos el nombre”

P7NOV20

“Presentación de carteles de norma de cortesía: presentarse y despedirse para que logre identificar en qué momento se las utiliza. Luego se las pegara en un cuadro ” NN mira estas laminas ¿qué está haciendo el señor? ¿Cómo usted saluda a las personas? ¿Cómo pedir permiso? ¿cómo se despide a una persona?”

P71MAR12

“Elaboración de un álbum de dragones ”con este material vamos a realizar un álbum de dragones, tu deberás escribir tu nombre arriba y le vamos a colocar nombre”

P47MARZO2

“Construir oraciones coordinadas bimembres con la estructura art+sust+verb+compl unidos por la conjunción /y/ mediante la lámina de descripción anterior. ”Con esa imagen ahora hagamos oraciones”

10. DISCUSIÓN

Dentro de las variables sociodemográficas de estudio, se encontró que las intervenciones estuvieron encaminadas a la atención de usuarios que se encontraban principalmente en el rango de edad 1- 5 años, seguido del rango de los 6 a 10 años. Los grados escolares en los cuales se encontraban la mayoría de los usuarios fue básica primaria y el diagnóstico comunicativo de mayor frecuencia fue F80.0 trastorno específico del desarrollo del lenguaje y del habla.

Además el área en la que se enfocaron la mayoría de planeaciones fue el lenguaje, lo que podría estar directamente relacionado con la población predominante a la que van dirigidas las intervenciones en las prácticas de Fonoaudiología, es decir la población infantil.

Lo anterior se relaciona con los resultados obtenidos en el estudio realizado por Campo, Muñoz y Guevara,⁴⁴ en el que se reportó que el área de lenguaje es a la que mayoritariamente se dedica la atención fonoaudiológica y específicamente en población infantil.

Los diagnósticos encontrados en las planeaciones obedecen a modelos biológicos fundamentalmente, las tablas de frecuencia permitieron ver como prevalecen los diagnósticos médicos que indican causas orgánicas y la caracterización CIE 10⁴⁵ pocas veces se acompaña de diagnósticos descriptivos que den cuenta de maneras específicas y detalladas las deficiencias en lenguaje, habla y audición, y su relación con el comportamiento comunicativo cotidiano.

⁴⁴ GUEVARA AGREDO, Andrea, MUÑOZ ZAMBRANO, Isabel y CAMPO, María Alexandra. Situación laboral de los egresados del programa de fonoaudiología de la Universidad del Cauca. En: Areté, Junio, 2011. Vol. 11

⁴⁵ Clasificación Internacional de la Enfermedad. 1998.

Las áreas hacia las cuales estuvieron enfocadas las intervenciones fueron en su orden lenguaje y habla seguidos de la sensopercepción. Esto se relaciona con la investigación realizada por Nora Aneth Pava-Ripoll; Claudia María Payán Villamizar y Adriana Reyes Torres⁴⁶, en la que se encontró que las áreas disciplinares hacia las que se enfocaron la mayoría de las investigaciones fueron: lenguaje, habla, comunicación y audición. Siendo el área de lenguaje a la que más se orientan tanto las investigaciones, como las intervenciones en Fonoaudiología.

Sobre los logros, en la presente investigación se encontró que en similar número, los logros en las intervenciones fonoaudiológicas, están encaminados a las funciones corporales lo que se relaciona con el modelo médico- biológico, y a la actividad y la participación que corresponde al modelos sociales y biopsicosociales. Igual sucede en el caso de las actividades, en porcentajes similares se reparten aquellas dirigidas a las funciones corporales y a la actividad y participación.

Estos resultados permiten relacionar prácticas de atención con los modelos de rehabilitación desde los referentes conceptuales aportados por Céspedes⁴⁷, en este caso parece ser que las prácticas de intervención del Programa de Fonoaudiología están divididas entre el modelo médico, en el que el síntoma está asociada directamente a una parte del cuerpo y lo biopsicosocial en el que surge como una integración de los componentes del modelo médico y del modelo social y que enfatiza la participación y realización de tareas en contextos diferentes.

La misma división entre modelos de rehabilitación se encontró en relación a los materiales utilizados para las intervenciones, se encontró que hay una leve

⁴⁶ PAVA, Nora Aneth, PAYÁN, Claudia y REYES, Adriana. Aportes desde la investigación formativa a la producción en Fonoaudiología: el caso de una universidad colombiana. En: Sociedad Brasileira de Fonoaudiología. Diciembre, 2011. Vol. 16 no .4

⁴⁷ CÉSPEDES, Gloria Maritza. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. Universidad de Salamanca. España. 2005.

superioridad de aquellos enfocados a la actividad y participación sobre aquellos dirigidos a las funciones corporales. Esto parece reafirmar el hecho de que exista una transición del modelo médico-biológico a modelos más integradores, dejando ver que las intervenciones de los estudiantes de Fonoaudiología están en un proceso de transformación determinado en cierta forma por las políticas públicas que se han establecido en los últimos años en el país, tendencia que reafirma Catherin Seelman⁴⁸.

Contrario a lo dicho anteriormente sobre el modelo predominante en las intervenciones de los estudiantes de Fonoaudiología, se encuentra lo referido por Hoover Vanegas y José Ortiz⁴⁹ al indicar que en las tendencias epistemológicas el modelo de discapacidad predominante fue el modelo Biopsicosocial, seguido del Modelo Social.

Sobre el análisis documental cualitativo, se identificó que los logros y actividades planteados para el área del lenguaje, tienen correspondencia con el modelo CIF como una función mental, ya que la utilización del lenguaje como medio de comunicación, corresponde a un proceso superior que hace parte de las funciones corporales. Estos ejemplos concuerdan además, con los resultados reportados por Nora Aneth Pava, et al⁵⁰, en el que desde la atención fonoaudiológica hay interés por la intervención de las funciones mentales.

Sin embargo la búsqueda de aspectos comunes en las planeaciones permitió ver que hay un cierto interés de los logros para que los usuarios aprendan y usen la

⁴⁸ SEELMAN, Catherine. Tendencias en la Rehabilitación y en la Discapacidad: Transición desde un Modelo Médico a un Modelo de Integración. Pittsburgh, 2004.

⁴⁹ HOOVER VANEGAS, José y ORTIZ, María Fernanda. Tendencias investigativas en discapacidad en instituciones de Educación Superior del Suroccidente Colombiano 2000 – 2009. Trabajo de grado de maestría en discapacidad. Manizales. Universidad Autónoma de Manizales, 2012

⁵⁰ PAVA, Nora Aneth, PAYÁN, Claudia y REYES, Adriana. Aportes desde la investigación formativa a la producción en Fonoaudiología: el caso de una universidad colombiana. En: Sociedad Brasileira de Fonoaudiología. Diciembre, 2011. Vol. 16 no .4

comunicación, a esto se agrega que cuando se trata de asociar las actividades del lenguaje a la actividad y la participación, otras dimensiones CIF juegan un papel importante, por ejemplo aquellas que se relacionan con la realización de tareas y demandas generales usadas en la vida cotidiana. Lo anterior coincide con lo descrito por Juan Antonio Fernández López⁵¹, et al, en el 2009, quienes especifican que la actividad, se refiere a la ejecución individual de tareas, las cuales están relacionadas con los factores personales y ambientales de cada individuo y la participación se refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales y los problemas que el individuo experimenta.

Sobre los logros y actividades relacionadas con el área del habla, estos se orientaron al trabajo de las funciones del sistema digestivo metabólico, endocrino y a las funciones neuromusculoesqueléticas y las relacionadas con el movimiento. La CIF clasifica las funciones relacionadas con la deglución junto con la ingesta y eliminación, y las funciones relacionadas con el movimiento y la movilidad, incluyendo las funciones de los huesos, los músculos, las articulaciones y los reflejos, dentro del componente de estructuras corporales, lo que pareciera dar al área del habla intereses propios de procesos clínicos. Al respecto Cruz, Fernández y García⁵² refieren que algunas intervenciones se centran en tratamientos e intervenciones clínicas con una clara tendencia al llamado modelo médico de rehabilitación. Sin embargo la búsqueda de aspectos comunes en las planeaciones también permitió ver que desde el área de habla se busca la aplicabilidad cotidiana de sus procesos, por ejemplo alimentarse.

⁵¹ FERNANDEZ-LOPEZ, Juan Antonio et al. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Pública [online]. 2009, vol.83, n.6.

⁵² CRUZ, Israel. Hacia la definición de una agenda estratégica de investigación en Colombia. Conferencia presentada en el Foro Nacional de Discapacidad. Congreso Nacional de la República de Colombia. (documento sin publicar) 2012

11. CONCLUSIONES

En las propuestas de intervención individual realizadas por los estudiantes se evidencio que tanto los logros como las actividades de las mismas, mostraban intereses divididos entre el desarrollo de las funciones mentales que incluyen el lenguaje y la codificación y decodificación de mensajes, y la actividad y participación que encierra subcategorías como el aprendizaje, la aplicación de conocimiento y la comunicación.

Es importante resaltar que los logros y actividades relacionadas con el lenguaje se acompañan de acciones que favorecen procesos cognitivos como la memoria y la orientación. El habla por su parte se acompaña de procesos en los que están comprometidas funciones y estructuras, por ejemplo aquellas relacionadas con la postura y el movimiento.

Las intervenciones fonoaudiológicas, respecto a los logros y las actividades de cada planeación, están divididas entre la atención de funciones corporales en su mayoría, correspondiendo esta categoría a la atención desde un modelo médico – biológico, seguido por un trabajo significativo desde el modelo biopsicosocial que se evidencia por el trabajo realizado hacia la actividades y participación. Contraria a esta descripción se encuentra el caso de los materiales utilizados en cada planeación los cuales en su mayoría están enfocados a actividad y participación y en menor porcentaje a funciones corporales.

En relación a los resultados se puede concluir que el Programa de Fonoaudiología está en una transición entre el modelo médico y aquellos que contemplan la participación integrada del sujeto, el ambiente y las necesidades psicológicas del mismo.

Haber asociado las planeaciones con el modelo conceptual de la CIF, permitió ver que la labor fonoaudiológica tiene puntos de encuentro con una forma más ecológica de comprender los fenómenos de salud y enfermedad, esto a pesar de que se mantengan diagnósticos médicos y diagnósticos CIE 10.

La metodología de estudio, permitió dar cumplimiento con los objetivos del mismo y favoreció el análisis desde dos puntos de vista en los contenidos de las planeaciones. Esta forma de estudiar la realidad favoreció la comprensión sistemática del objeto de estudio y dejó ver a modo de relaciones, tendencias de intervención del programa de Fonoaudiología en sus prácticas.

12. RECOMENDACIONES

Dar continuidad al proceso de investigación sobre las prácticas y los modelos de rehabilitación a través de la observación directa y las evaluaciones lo que permitirá ahondar en el tema a estudio y encontrar nuevos hallazgos que favorezcan la comprensión de las prácticas de los estudiantes del Programa de Fonoaudiología y el modelo en el que estos se forman desde la evaluación y la intervención. Así mismo incluir dentro de las áreas de estudio el área de audición que aunque en la intervención de ella no se realizan planeaciones, si se realizan intervenciones estructuradas lo que dará más aportes a un futuro estudio.

La formación en pregrado del estudiante de Fonoaudiología sobre cómo influyen los cambios conceptuales en los procesos de intervención, es un elemento que debe incluirse en las temáticas de algunos cursos a fin de favorecer el conocimiento y la aplicación consiente del modelo de rehabilitación.

Favorecer los procesos de formación continua de la comunidad académica del programa sobre el tema de interés de este estudio, podrá facilitar la transición entre un modelo y otro de acuerdo a las tendencias de rehabilitación que exige la actualidad. En este sentido, divulgar los resultados de este estudio podrá dar inicio a la reflexión sobre cómo se guían las prácticas de intervención a usuarios de los servicios de práctica del programa.

Teniendo en cuenta que la intervención fonoaudiológica está encaminada hacia fines comunicativos, los cuales están relacionados con el modelo social, se recomienda que durante las prácticas fonoaudiológicas de los estudiantes, para los procesos de intervención de los usuarios con discapacidad, se haga un énfasis mayor en el uso del modelo social en la realización de las intervenciones y conseguir así que el programa de fonoaudiología llegue a estar a la par con el

modelo que internacionalmente se está usando para el tratamiento de la discapacidad.

BIBLIOGRAFÍA

ARCE, V, BANGUERA, K y VELASCO. Historia y panorama actual de la Fonoaudiología en Colombia. Documento de trabajo asignatura Fundamentos Fonoaudiológicos. Programa académico de Fonoaudiología Univalle. Cali. Julio 2012. [En línea]. Disponible en: <http://fonoaudiologiaunivalle.jimdo.com/panorama-actual-en-colombia/>

ARREDONDO, Armando. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud enfermedad. Instituto Nacional de Salud Pública. Universidad Santa María Aguacaticlan (Cuernavaca). En: Revista de salud pública Rio de Janeiro. [En línea] Brasil. Septiembre 1992. Vol. 8 (3). p. 254-261. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n3/v8n3a05>

CAMPO, Miriam Ivonne. Psicomotricidad y sensopercepción fundamentos teóricos aplicables en fonoaudiología. 2005. p.20.

CAPURRO, Daniel. RADA, Gabriel. El proceso diagnóstico. Pontificia Universidad Católica de Chile. En: Revista médica de Chile. [En línea] Abril, 2001.vol. 135, No 4. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000400018&script=sci_arttext

CÉSPEDES, Gloria Maritza. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. Universidad de Salamanca. En: Revista Aquichan. [En línea]. Bogotá. 2005. Vol. 5, N0.1. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100011

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud CIF. p. 216. 2001.

CUERVO, Clemencia. La profesión de la Fonoaudiología en Colombia. Una perspectiva internacional. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Departamento de Comunicación Humana. 1998. p. 87. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2344/2/clemenciacuervoecheverri.1998.pdf>

CRUZ, Israel. Hacia la definición de una agenda estratégica de investigación en Colombia. Conferencia presentada en el Foro Nacional de Discapacidad. Congreso Nacional de la República de Colombia. (Documento sin publicar) 2012. Disponible en: <http://coloquiodiscapacidad.com/sitio/images/descargas/haciaunaagenda.pdf>

Diagnostico descriptivo. Capítulo 3. Disponible en: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/6911/Capitulo3.pdf>

Diccionario de la lengua española, (DRAE). [En línea]. 22. a, 2001. Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>

Diccionario lengua y habla. [En línea]. 2001. Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>

Diccionario médico. [En línea]. Ediciones Hancourt. Diccionario Mosby – 1999. Medicina, enfermería y Ciencias de la Salud, S.A. Disponible en: http://www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/33915/edad

Duverger citado por Fernández, Flory. El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. En: Revista Ciencias Sociales. Universidad de

Costa Rica [En línea]. 2002. Vol.2, No. 96. p. 35-53. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15309604>

Evolución histórica de los Modelos en los que se Fundamenta la discapacidad.
UIPC-IMSERSO p. 2 – 5. Disponible en:
<http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/PDF/unidad2.pdf>

FLÓREZ ROMERO, Rita. El lenguaje en la educación. Una perspectiva fonoaudiológica. Universidad Nacional de Colombia. p. 263.

GUERRERO, Luis y LEÓN, Aníbal. Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. Revista Venezolana de Sociología y Antropología. Universidad de los Andes (Mérida) Venezuela. [En línea] Diciembre 2008. Versión 18, N°53. p. 610-630. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70517572010>

GUEVARA AGREDO, Andrea; MUÑOZ ZAMBRANO, Isabel y CAMPO, María Alexandra. Situación laboral de los egresados del programa de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca. En: Revista Areté. [En línea] Junio, 2011. Vol. 11. Disponible en: <http://ibero-revistas.metabiblioteca.org/index.php/arete/article/view/383>

FERNÁNDEZ, Flory. El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. En: Revista Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica [En línea]. 2002. Vol.2, No. 96. p. 35-53. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15309604>

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos y BAPTISTA, Lucio. Metodología de la Investigación. México. 2000. p. 189-193. Disponible en:
<http://propais.org.co/biblioteca/inteligencia/metodologia-investigacion.pdf>

HOOVER VANEGAS, José y ORTIZ, María Fernanda. Tendencias investigativas en discapacidad en instituciones de Educación Superior del Suroccidente Colombiano. Trabajo de grado de maestría en discapacidad. Universidad Autónoma de Manizales. 2012. Disponible en: <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/301/1/TENDENCIAS%20INVESTIGATIVAS%20EN%20DISCAPACIDAD%20EN%20INSTITUCIONES%20DE%20EDUCACION%20SUPERIOR%20DEL%20SUROCCIDENTE.pdf>

Ley 376 de 1997. Diario No. 43.079, de 9 de julio de 1997. Disponible en: http://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-105005_archivo_pdf.pdf

LÓPEZ NOGUERO, Fernando. El análisis de contenido como método de investigación. XXI. En: Revista de Educación. Universidad de Huelva. [En línea]. 2002. Vol. 4. p. 172. Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/1912/b15150434.pdf?sequence=1>

Organización mundial de la salud. What do we mean by "sex" and "gender"? [En línea]. 2010. Disponible en: <http://www.who.int/gender/whatisgender/en>

Organización Mundial de la salud, Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra (Suiza) 2001. Equipo de Clasificación, Evaluación, Investigación y Terminología.

PAVA, Nora Aneth, PAYÁN, Claudia y REYES, Adriana. Aportes desde la investigación formativa a la producción en Fonoaudiología: el caso de una universidad colombiana. En: Sociedad Brasileira de Fonoaudiología. [En línea] Diciembre, 2011. Vol. 16, No .4. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342011000400003

RESTREPO, Ricardo y LUGO, Luz Helena. Rehabilitación en Salud, una mirada médica necesaria. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín 1995. Pág. 37 – 3

RODRÍGUEZ CÁCERES, Celsa. Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. Revista electrónica de audiología. España. 2004. Vol. 2. Disponible en: <http://www.auditio.com/revista/pdf/vol2/3/020304.pdf>

SEELMAN, Catherine. Tendencias en la Rehabilitación y en la Discapacidad: Transición desde un Modelo Médico a un Modelo de Integración. En: una revista electrónica, bimensual, sobre noticias y opiniones internacionales relacionadas al tema de discapacidad. Pittsburgh, 2004. Vol. 22. Disponible en: http://www.disabilityworld.org/01-03_04/spanish/acceso/rehabtrends.shtml

ANEXOS

ANEXO 1

ANEXO 1. Formato de planeación



**Facultad Ciencias de la Salud
Programa de Fonoaudiología
Practica integral I – II periodo de 2014
Planeación individual**

IDENTIFICACIÓN

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

CEDULA DE CIUDADANÍA:

EDAD CRONOLÓGICA:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

NIVEL ESCOLAR:

PRACTICANTE:

ASESORA:

FECHA DE REALIZACIÓN:

DIAGNOSTICO MÉDICO:

DIAGNOSTICO DE COMUNICACIÓN:

LOGROS:

-
-
-

ÁREA	ACTIVIDAD	FECHA				DESEMPEÑO			PLAN DE MEJORAMIENTO
						B	R	M	

MATERIALES	
FECHA	

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 Artículos 14, 15 y 16, a continuación se establece el siguiente acuerdo de participación en una investigación no experimental:

Se me ha informado que la presente investigación consiste en un estudio académico, en el que no se realizarán experimentos, cuyo título es **MODELOS TEÓRICOS DE REHABILITACIÓN QUE SUBYACEN A LA INTERVENCIÓN DE USUARIOS QUE ASISTEN A LOS SERVICIOS DE LAS PRACTICAS DE FONOAUDILOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA. 2014** y tiene como objetivo general reconocer los modelos de rehabilitación en salud en las prácticas de los estudiantes de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca que subyacen a la atención fonoaudiológica.

Se me ha informado que mi participación en el presente estudio consiste en facilitar las planeaciones que se han diseñado para la intervención de personas con discapacidad. Dichos documentos serán entregados sin identificaciones personales o cualquiera que comprometa la integridad de las personas a las que van dirigidas. También se me ha informado que los investigadores guardarán en un archivo estos documentos a fin de ser analizados lo que no significa que serán calificados ni cuantitativa, ni cualitativamente, tampoco se verán comprometidos mi nombre, denominaciones de las prácticas, asesores ni instituciones.

MOLESTIAS Y RIESGOS: certifico que se me ha informado que para la presente investigación no estaré expuesto a riesgo alguno que me pueda causar daño físico, psicológico, social, legal o de otro tipo. Por el contrario, el beneficio es que podré conocer los resultados, lo cual me permitirá reflexionar sobre mi aprendizaje.

CONFIDENCIALIDAD: se me ha asegurado que la información que entregue cuenta con las garantías de total confidencialidad al no revelar nombres, características o situaciones comprometedoras que posibiliten mi identificación. Se me ha dado seguridad que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se hagan de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. La información recolectada en este estudio tendrá una finalidad académica y conoceré los resultados, que serán comunicados y publicados.

BENEFICIOS: el beneficio es colectivo y mi participación no incluye compensación económica y no tendré que acarrear ningún tipo de gasto o costo.

LIBERTAD DE PARTICIPACIÓN: también se me ha informado que mi participación en la presente investigación es completamente voluntaria y tendré la libertad de retirarme en el momento en que desee y que se han comprometido a proporcionarme información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Por todo lo anterior, acepto participar voluntariamente en la presente investigación, firmando el cuadro que a continuación aparece.

ANEXO 3

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR LA REJILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se marcará con una X en la casilla correspondiente a cada ítem encontrado en la planeación de terapia individual. El instrumento nos permite además, registrar las variables sociodemográficas encontradas en los documentos a revisar.

A continuación, se describen los ítems que se diligenciaron dentro de la rejilla de recolección de datos, especificando lo que se incluye dentro de cada uno.

REJILLA 1

Variables Sociodemográficas

Sexo			Edad							Grado escolar				
Hombre	Mujer	Menores de 1	1 – 5 años	6 – 10 años	11 – 19 años	20 – 45 años	45 – 60 años	Mayores60 años	Pre – Jardín	Primaria	Secundaria	Universitario	Ninguno	

Sexo: en su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales.⁵³

Edad: palabra que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo⁵⁴

Escolaridad: tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.⁵⁵

Grado Escolar: Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión.

REJILLA 2

Diagnostico Medico		Diagnóstico Comunicativo	
Macrocefalia			
Autismo			
Hipoacusia			
RM			
S. Comelia Langle			
Asperger			
S. Down			
TDHA			
Parálisis cerebral			
Microcefalia			
Guillan Barret			
Cri Du chat			
Hidrocefalia			
Monopolisacaridosis			
F.83 Trastorno específico mixto del desarrollo			
F.81 Trastorno específico de las habilidades escolares			
F.98.5 Tartamudez			
H90 Pérdida de oído conductiva y sensorineural			
H90.0 Pérdida de oído conductiva bilateral			
H90.4 Pérdida de oído sensorineural unilateral sin restricción auditiva en el lado contralateral			
P92.8 Otros problemas de alimentación del recién nacido			
R47.0 Disfasia y Afasia			
F.80.0 Trastorno específico de la articulación del habla			

Diagnóstico descriptivo	Si	No

⁵³ Organización mundial de la salud. What do we mean by "sex" and "gender"? 2010.

⁵⁴ Diccionario médico. [en línea]. Ediciones Hancourt. Diccionario Mosby – 1999. Medicina, enfermería y Ciencias de la Salud, S.A.

⁵⁵ Diccionario de la lengua española, (DRAE). [en línea]. 22.^a, 2001.

Diagnóstico médico: proceso inferencial, realizado a partir de un “cuadro clínico” destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente.⁵⁶

Diagnóstico comunicativo: “se basa en razonamientos complejos que hacen posible la emisión de dictámenes correctos y la adopción de conductas acertadas sobre el curso de un tratamiento de un desorden comunicativo”⁵⁷

Diagnóstico descriptivo: se encarga de identificar y examinar con toda claridad el problema concreta y tangiblemente.⁵⁸

REJILLA 3

Deficiencia	
Funciones mentales	Funciones corporales
Funciones sensoriales y dolor	
Funciones de la voz y del habla	
Funciones de los sistemas digestivo metabólico y endocrino	Deficiencia de las estructuras corporales
Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	
Funciones mentales	
Funciones sensoriales y dolor	Limitación en la actividad y restricciones en la participación
Funciones de la voz y del habla	
Funciones de los sistemas digestivo metabólico y endocrino	
Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento	Autocuidado
Aprendizaje y aplicación de conocimiento	
Tareas y demandas generales	
Comunicación	Movilidad
Movilidad	

⁵⁶ CAPURRO, Daniel. RADA, Gabriel. El proceso diagnóstico. Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista médica de Chile. 2007.

⁵⁷ CUERVO ECHEVERRY, Clemencia. La profesión de fonoaudiología: Colombia en perspectiva internacional. Bogotá, 1998. Pág. 119.

⁵⁸ Diagnostico descriptivo. Capítulo 3

DEFICIENCIA: Son problemas en las funciones o estructuras corporales tales como la desviación significativa o una pérdida

Funciones Corporales: Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (Incluyendo las funciones psicológicas)

- **Funciones Mentales:** Trata sobre las funciones mentales globales tales como la conciencia, la energía y los impulsos, como las funciones mentales específicas, tales como la memoria, lenguaje y cálculo mental.
- **Funciones sensoriales y dolor:** Trata sobre las funciones de los sentidos, vista, oído, gusto, olor y sabor. Así como la sensación de dolor
- **Funciones de la voz y el habla:** Trata sobre las funciones implicadas en la producción de sonidos y del habla.
- **Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino:** Trata sobre las funciones relacionadas con la ingestión, digestión y eliminación, así como sobre las funciones implicadas en el metabolismo y las glándulas endocrinas
- **Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento:** trata sobre las funciones relacionadas con el movimiento y la movilidad, incluyendo las funciones de los huesos, los músculos, las articulaciones y los reflejos

Deficiencia de las estructuras corporales:

Estructura Corporal: Son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes

- **Funciones Mentales:** Trata sobre las funciones mentales globales tales como la conciencia, la energía y los impulsos, como las funciones mentales específicas, tales como la memoria, lenguaje y cálculo mental.
- **Funciones sensoriales y dolor:** Trata sobre las funciones de los sentidos, vista, oído, gusto, olor y sabor. Así como la sensación de dolor

- Funciones de la voz y el habla: Trata sobre las funciones implicadas en la producción de sonidos y del habla.
- Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino: Trata sobre las funciones relacionadas con la ingestión, digestión y eliminación, así como sobre las funciones implicadas en el metabolismo y las glándulas endocrinas
- Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento: trata sobre las funciones relacionadas con el movimiento y la movilidad, incluyendo las funciones de los huesos, los músculos, las articulaciones y los reflejos

Limitación en la actividad y restricciones en la participación:

Limitaciones en la actividad: Son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades

Restricciones en la participación: Son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales

- Aprendizaje y aplicación de conocimiento: Trata sobre la aplicación de los conocimientos aprendidos, el pensamiento, la resolución de problemas y la toma de decisiones.
- Tareas y demandas generales: trata sobre los aspectos generales relacionados con la puesta en práctica de tareas sencillas o complejas, organizar rutinas y manejar el estrés. Estos ítems pueden emplearse junto con tareas o acciones más específicas, para identificar las características subyacentes existentes, en ciertas circunstancias, durante la realización de dichas tareas
- Comunicación: Trata tanto sobre los aspectos generales como sobre los específicos de la comunicación a través del lenguaje, los signos o los símbolos, incluyendo la recepción y producción de mensajes, llevar a cabo conversaciones y utilización de instrumentos y técnicas de comunicación
- Movilidad: Trata sobre el movimiento al cambiar de posición o de lugar el cuerpo; al coger, mover o manipular objetos, al andar, correr o trepar y cuando se emplean varios medios de transporte
- Autocuidado: Trata sobre el cuidado personal, entendido como lavarse y secarse, el cuidado del cuerpo y partes del cuerpo, vestirse, comer y beber y cuidar de la propia salud⁵⁹.

⁵⁹ Organización Mundial de la salud, Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra (Suiza) 2001. Equipo de Clasificación, Evaluación, Investigación y Terminología.

REJILLA 4

Áreas	Lenguaje		Psicomotricidad				Sensopercepción		Habla			
	Lenguaje	Lenguaje lectoescrito	Gruesa	Fina	Conciencia corporal	Lateralidad	Percepción visual	Percepción auditiva	Respiración	Función muscular	Articulación	Funciones de Alimentación

Lenguaje: es el sistema a través del cual el hombre comunica sus ideas y sentimientos, ya sea a través del habla, la escritura u otros signos convencionales, pudiendo utilizar todos los sentidos para comunicar⁶⁰.

Habla: El habla es el uso particular e individual que hace una persona de una lengua para comunicarse.⁶¹

Psicomotricidad: “es esencialmente la educación del movimiento, o por medio del movimiento, que procura la optimización de las capacidades psíquicas de la persona”⁶²

Sensopercepción: Es el proceso realizado por los órganos sensoriales y el sistema nervioso central en forma conjunta. Capta los estímulos externos para ser procesados e interpretados por el cerebro.⁶³

⁶⁰ Diccionario de la lengua española. online

⁶¹ Diccionario lengua y habla. online

⁶² CAMPO, Miriam Ivonne. Psicomotricidad y sensopercepción fundamentos teóricos aplicables en fonología. 2005

REJILLA 5

Grado de dificultad de las actividades		
Por imitación	Por demanda	Espontáneo

Grado de dificultad: grados de obstáculos o inconvenientes para lograr la realización de una tarea⁶⁴

Por imitación: acción que se realiza intentando copiar otra o tomándola como ejemplo.⁶⁵

Por demanda: la acción de pedir (solicitar o demandar a alguien que haga algo).⁶⁶

Espontáneo: acción que se realiza por propia voluntad, sin estar obligado a hacerlo.⁶⁷

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Corresponde a la transcripción de las actividades según como están en las planeaciones, esto con el fin de analizar su objetivo, consignas y fines de la intervención, información desde la que se induce el soporte conceptual de las acciones y los modelos que le subyacen.

⁶³ CAMPO, Miriam Ivonne. *Psicomotricidad y sensopercepcion fundamentos teóricos aplicables en fonoaudiología*. 2005

⁶⁴ Diccionario de la lengua española, (*DRAE*). [en línea]. 22.^a, 2001

⁶⁵ Diccionario de la lengua española, (*DRAE*). [en línea]. 22.^a, 2001

⁶⁶ Diccionario de la lengua española, (*DRAE*). [en línea]. 22.^a, 2001

⁶⁷ Diccionario de la lengua española, (*DRAE*). [en línea]. 22.^a, 2001