

Contenido

Servicios Hospitalarios

- Acciones Esenciales Para La Seguridad Del Paciente | 2
- Lenguaje Competente Fonético Una Perspectiva Desde La Terapia De Lenguaje | 6
- Convocatoria | 14

VI Congreso Internacional de Investigación en Rehabilitación

- Cartel | 15



**Lenguaje Componente Fonético
Una Perspectiva Desde La Terapia De Lenguaje**

Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud

Dr. Guillermo Miguel Ruíz - Palacios y Santos
Titular de la Comisión
Coordinadora de los INS y HAE

Dr. José Clemente Ibarra Ponce de León
Director General

Dr. Daniel Chávez Áreas
Director Médico

Dra. Matilde L. Enríquez S.
Directora de Educación en Salud

Dr. Juan Antonio Madinaveitia V.
Director Quirúrgico

Dr. Carlos Pineda Villaseñor
Director de Investigación

Dra. Maricela Verdejo Silva
Directora de Administración



Editor

Lic. Edgar Raúl Mendoza Ruíz
Jefe de la División de Difusión
y Divulgación Científica

Coordinación Editorial
Biol. Sylvia Nuñez Trías

Diseño Editorial y Producción de Imagen
D.G. Mónica García Gil
Lic. Miguel Ángel Dávalos Anaya

Distribución
inr.gob.mx/boletin.html

Portada:
L.E.E.A.YL. Ruth Rivera Sánchez

Contraportada:
Comité de Difusión del Congreso
Internacional de Investigación en
Rehabilitación

Prohibida su venta.
Distribución sólo dentro del
Instituto Nacional de Rehabilitación.
Calz. México Xochimilco No. 289
Col. Arenal de Guadalupe,
Del. Tlalpan, C.P. 14389, México, D.F.
www.inr.gob.mx

Publicación bimestral informativa
editada y distribuida gratuitamente por
el Instituto Nacional de Rehabilitación.
EL CONTENIDO DE LOS ARTÍCULOS
ES RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Núm. 63 mayo - junio de 2017.

Acciones Esenciales Para La Seguridad Del Psicente

L.E.O Socorro Diosdado Díaz

Difusión y Divulgación Científica



Fotos: Biol. Sylvia Nuñez Trías

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.

Es un problema serio y global de salud pública. Un número creciente de países ha reconocido la importancia de mejorar la seguridad del paciente en los últimos años. En 2002, los países miembros de la OMS acordaron la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

Datos de la OMS, indican que de cada 100 pacientes:

- 7 en países desarrollados y 10 en países en vías de desarrollo contraen (IAAS)
- 1 de cada 10 pacientes pueden sufrir algún tipo de daño en el hospital.
- La mayoría de las personas no tienen acceso a dispositivos médicos apropiados.

Recomienda:

- Identificar los errores
- Mitigar sus efectos
- Aprender de esos errores
- Prevenir futuros errores por misma causa

El Gobierno Federal Mexicano, como parte del apoyo a las iniciativas de seguridad del paciente promovidas por la OMS, reconoce desde 2007 a la seguridad del paciente como un componente fundamental de la mejora de la calidad en los servicios de salud, establecido por el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y en el Programa Sectorial de Salud del mismo periodo.

La Ley General de Salud, señala respecto al Consejo de Salubridad General (CSG) lo siguiente:

Artículo 4°. Son Autoridades sanitarias:

- I.El Presidente de la República
- II.El Consejo de Salubridad General
- III.La Secretaria de Salud
- IV.Los Gobiernos de las entidades federativas

Las acciones esenciales para la seguridad del paciente dentro del modelo de seguridad del paciente del CSG.

Su diseño e implementación se basa en el acuerdo que declara la obligatoriedad de la implementación de las "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", en todos los establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud. (Acuerdo CSG 60/06.03.17) publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 8 de septiembre de 2017. El modelo señala que las Barreras de Seguridad son Igual a la Prevención de Riesgos.

1-IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS PACIENTES

Es importante que cada organización diseñe el proceso de identificación del paciente y que se asegure que la barrera de seguridad se realice de manera correcta (utilizando los datos de identificación) y en el momento oportuno (antes de los momentos críticos) por personal con las competencias necesarias, para así disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela relacionado con el paciente equivocado.

Identificación correcta de los pacientes en forma confiable:

- 1.- A la persona a quien va dirigido un servicio o tratamiento
- 2.- Hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona

Identificar a los pacientes antes de: administrar medicamentos, extraer sangre u otras muestras para análisis clínicos, realizar procedimientos, la dotación de dietas, trasladar al paciente

Asegurar la precisión en la identificación del paciente mediante una Barrea: Utilizar dos o tres datos de identificación antes de los momentos críticos (Nombre Completo, Fecha de Nacimiento, Número de Registro)

No son datos de Identificación:

La ubicación (Terapia intensiva, cama 310, cubículo 5)
El padecimiento del paciente (El paciente diabético)
Especialidad (El paciente de quimioterapia)
Disciplina o nombre del Médico tratante (El paciente diabético del Dr. Sánchez de trauma)

Cabe mencionar que en cuanto mayor sea el número de pacientes, mayor es el número de pacientes mal identificados.

2-COMUNICACIÓN EFECTIVA

Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes/indicaciones de atención al paciente dadas verbalmente y por teléfono incluyendo resultados de laboratorio, solicitud o cambio de dieta.

Una comunicación oportuna, precisa, inequívoca y comprendida disminuye el error mejorando la seguridad del paciente manejando la Barrea de llevar a cabo los procesos de: escuchar, escribir, leer y confirmar.

El personal que dio la orden confirma que lo escrito y leído es exacto, el personal que escucha y recibe la orden la escribe en el lugar correspondiente, el personal que recibe la orden lee la orden escrita en voz alta.

Acción esencial 2 entre el equipo médico:

Escuchar, escribir, leer y confirmar
Escuchar, repetir, confirmar y transcribir
Transferencia de pacientes SBAR
S – Situation (Situación)
B – Background (Antecedentes)
A – Assessment (Evaluación)
R – Recommendation (Recomendación)
Prescripción médica
Valores críticos
Referencia/contra referencia
Egreso del paciente.

3-SEGURIDAD EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN

Esta barrera debe ser implementada en todas las organizaciones en las cuales se preparen y/o se administren:

- a) Electrolitos concentrados
- b) Quimioterapia
- c) Radiofármacos
- d) Insulinas
- e) Anticoagulantes por vía parenteral

Asegurar la ubicación, etiquetado y almacenamiento de los electrolitos concentrados.

Barreras: alerta visual, separados del resto de medicamentos, implementar doble verificación durante la preparación y

La transcripción en el membrete que identifica la solución parenteral que contiene electrolitos, es enmarcada con un recuadro rojo.

Doble verificación para: Citotóxicos (sustancia que elimina células, como las cancerosas), medicamentos radioactivos o de naturaleza similar, insulinas y anticoagulantes.

La implementación de esta práctica logra detectar aproximadamente el 95% de errores. (Estudios del Instituto para el uso seguro de medicamentos)

Seguridad al paciente: 10 correctos

- 1. Paciente
- 2. Hora
- 3. Dosis
- 4. Goteo
- 5. Equipo
- 6. Medicamento
- 7. Fecha de caducidad
- 8. Vía de administración
- 9. Dilución
- 10. Historia clínica

4-SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS

Los procedimientos llevados a cabo de manera incorrecta son problemas comunes en los establecimientos de atención médica. Estos errores son el resultado de:

- Una comunicación deficiente o inadecuada entre el personal que participará en la realización del procedimiento.

- Falta de participación del paciente.
- La ausencia de barreras de seguridad antes de la realización del procedimiento.

Prevenir errores que involucren procedimientos en el sitio anatómico o paciente incorrecto.

Establecer procesos estandarizados a fin de asegurar el sitio, procedimiento y paciente correcto, incluyendo los procedimientos fuera de la sala de operaciones.

Barreras: Protocolo universal

- Marcado del sitio correcto
- Proceso de verificación pre-operatoria
- Tiempo fuera o "time out" (se realiza en la sala de operaciones con todo el equipo quirúrgico justo antes de que inicie el procedimiento en voz alta)

Se recomienda implementar tiempo fuera antes de:

- Terapia de reemplazo renal con hemodiálisis
- Radioterapia
- Administración de sangre y hemocomponentes

En el Instituto se verifica el procedimiento/tratamiento, paciente y sitio correcto, además de cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente, se realiza siempre independientemente de si es una situación de urgencia por medio del "Listado de verificación de procedimientos invasivos" (S/R SGC): (Fig.1)

5-REDUCCIÓN DE RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria a través de un programa integral de higiene de manos.

Barrera: implementar un programa efectivo para la higiene de manos con base en guías/lineamientos actuales y aceptados.

- El programa incluye:
- Monitorización de la calidad del agua
- Abasto de insumos para la higiene de manos
- Educación a pacientes y familiares
- Capacitación al personal y visitantes
- Monitorización, evaluación y análisis de los datos relacionados con la implementación

(PROYECTO: SUS 5 MOMENTOS PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS)

6-REDUCIR EL DAÑO AL PACIENTE POR CAUSAS DE CAÍDAS

Identificar el riesgo de caídas en cada paciente para implementar medidas que reduzcan la probabilidad de que se caiga.

Barreras:

- Valorar el riesgo de caídas desde la evaluación inicial de los pacientes
- Revalorar el riesgo de acuerdo a cambios en el estado de los pacientes
- Implementar medidas para reducir la probabilidad del riesgo

7-REGISTRO Y ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS, CENTINELA Y CUASIFALLAS

Establecer y difundir de acuerdo a su contexto, sus propias descripciones de los tipos de eventos que se deben notificar con la finalidad de facilitar la identificación de estos eventos por el personal operativo involucrado en los procesos.

8-MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD

La organización genera información sobre la seguridad del paciente, misma que es utilizada para tomar decisiones, aprender y mejorar. Como parte de esta información cada organización mide al menos una vez por año la cultura de la seguridad.

Esta medición se lleva a cabo al realizar el cuestionario desarrollado por la agencia para la investigación sanitaria y la calidad (AHRQ), con enfoque multidisciplinario (personal clínico o no clínico) y con enfoque sistémico (todas las áreas, todos los turnos)

“Listado De Verificación de Procedimientos Invasivos”

SERVICIO	PROCEDIMIENTO
Imagenología	Infiltraciones intra-articulares Infiltraciones intervertebrales Artrografías Mielografía Toma de biopsia
Otorrinolaringología	Extracción de cuerpo extraño Infiltraciones intra-timpánicas Colocación de tubos de ventilación Toma de biopsia
Oftalmología	Inyecciones intraoculares Flúor-angiografías
Ortopedia	Escarificaciones
Consulta externa de ortopedia	Infiltraciones intra-oculares Reducción de fractura bajo anestesia Reducción de luxación de codo, hombro, patela y cadera Toma de biopsia de músculo Retiro de tornillo de situación
Urgencias de ortopedia	Inmovilización de fractura en niños (callot) Reparación de polea A1 por dedo en gatillo Plastia con reparación de punta digital Liberación de 1a corredera de Quervain Resección de quiste sinovial en muñeca
Medicina del deporte	Infiltraciones intra-articulares
Clínica del dolor	Bloqueos
Quemados	Resonancia neurológica Desbridamientos Terapia de reemplazo renal Toma de biopsia
Clínica de catéter	Inserción de catéter venoso central

Lenguaje Componente Fonético Fonológico Una Perspectiva Desde La Terapia De Lenguaje

L.E.E.A.YL. Ruth Rivera Sánchez

Especialista en Psicoterapia Gestalt en Niños.

Adscrita a la División de Terapia de Comunicación Humana
Difusión y Divulgación Científica

Existe un sinfín de definiciones de lenguaje. No haré un recuento de las mismas. Partiré de la idea de que el lenguaje es un constructo cognitivo-social-motor. Y me enfocaré en su componente fonético como aliado en la movilidad del aparato fonoarticulador para su realización física. Donde el objetivo del lenguaje, es que, a través del habla expresemos nuestro pensamiento de forma narrativa.

Existen varias etapas en el proceso de comunicación y realización de la función lingüística:

1. El lenguaje receptivo, sirve para la decodificación del habla que percibimos aisladamente (fonemas unidos en palabras), los sonidos que escuchamos, el oído los capta por medio del córtex cerebral, zona superior posterior de la región temporal izquierda que están adaptadas para la identificación de las características fonemáticas (sonido audible).

2. El lenguaje expresivo es la codificación del pensamiento y para que exista debe haber un lenguaje receptivo del sonido capaz de ir realizando la unión fonémica en sílabas y palabras con significado.

3. El lenguaje expresivo requiere de cambios en los movimientos articulatorios, por medio de los órganos del aparato fonoarticulador en una sucesión armónica para lograr la correcta articulación de las palabras.

4.- El lenguaje interno surge con base en el lenguaje audible y posterior a haber sido asimilado.

Por lo tanto, el lenguaje tiene cuatro componentes importantes: fonético-fonológico, semántico, sintáctico y pragmático.

En esta ocasión abordaré al componente fonético -fonológico con más detalle.

Empezaré por definir la fonología, que es una disciplina lingüística encargada de determinar los elementos fonéticos característicos de cada lengua y las leyes generales de su funcionamiento. Tiene un componente social, ya que estudia al sonido propio de cada lengua.

En este caso, trataremos el tema desde la fonología en México.

La fonética, a su vez, es una disciplina lingüística que estudia los sonidos del habla. Es decir, estudia la producción física de todos y cada uno de los fonemas de una lengua. Dedicamos especial atención a cómo mover cada parte del aparato fonoarticulador para el logro del fono. El fono es la unidad mínima en la que puede dividirse una palabra, ejemplo: casa /c/ /a/ /s/ /a/. El fono es un fenómeno físico, porque al producirlo se genera un sonido que da una cualidad específica captada por el oído y medible en decibeles.

La adquisición fonémica se da a lo largo del desarrollo del lenguaje por el contexto y mediante el trato diario de la lengua.

En México el alfabeto fonético está constituido por 30 grafías y solo 22 fonemas, de los cuales 17 pertenecen a fonos consonánticos y 5 vocálicos.

Así que para producir los fonos se requiere de la funcionalidad del aparato fonoarticulador. Este aparato fonoarticulador, lo dividiremos en tres secciones importantísimas para comprender su intervención en el proceso del habla:

a) Cavidad infraglotica, está constituida por los órganos encargados de la respiración, entre ellos se encuentran los pulmones, diafragma, bronquios y tráquea.

b) La cavidad laríngea, donde se encuentran los órganos de la fonación, compuesta por la laringe, cuerdas vocales y glotis.

c) La cavidad supraglótica que comprende los órganos de la articulación: faringe, velo del paladar, lengua, labios, cavidad bucal y cavidad nasal.

Estas tres cavidades al trabajar en armonía nos ayudarán en la realización del fonema. Ya que el fonema será la suma de la respiración, fonación y articulación.

Cada fono tiene características propias que se denominan rasgos distintivos. Y éstos se van a dar de acuerdo a:

Manejo de cuerdas vocales. pueden ser sonoros o sordos.

Es decir, en algunos fonemas habrá movilidad de cuerdas vocales (sonoro) que lo podremos sentir al colocar la mano a la altura del cuello y producir por ejemplo: el fonema /b/; tal vibración no es perceptible (sordo) al producir el fonema/p/ a pesar de que ambos fonos sean bilabiales.

Intervención de la cavidad, que les dará el rasgo de orales o nasales.

Este rasgo es sencillo de comprobar, por ejemplo al hacer el fonema /b/ sacamos aire por la boca y al realizar el fonema /m/ el aire es expulsado por la nariz, lo cual también lo corroboramos colocando la mano cerca de la boca para /b/ y debajo de la nariz para /m/.

Punto de articulación, se refiere a los órganos pasivos y activos que intervienen, por lo que podrán ser: bilabiales, alveolares, labio-dentales, dentales, palatales, velares. Más adelante daré algunos ejercicios específicos para el manejo de algunos puntos de articulación aptos de trabajar en casa o como parte de la terapia de lenguaje.

Modo de articulación, lo cual se refiere a la disposición que adoptan los órganos para permitir el paso del aire, por lo que podrán ser: oclusivos, fricativos, africados, laterales y vibrantes.

En los fonemas oclusivos, el velo del paladar ocluye el paso del aire a la faringe en una especie de golpeteo característico en el fonema /K/ y un poco diferente en /b/ debido a la movilidad o no de las cuerdas vocales.

Oclusivos sordos: /p/ /t/ /k/
Oclusivos sonoros: /b/ /d/ /g/

Los fonemas fricativos suelen escucharse como sonidos continuos, sin que se corte el aire en su producción, tal es el caso de los fonemas /f, s, j/

Fricativos sordos: /f/ /s/ /j/

Fricativos sonoros: /y/ (ll)

En nuestro alfabeto fonético, únicamente se cuenta con un fonema africado que es la /ch/ que junta ambas características, de repente es un fono cortado y luego continuo.

Laterales se refiere a que el aire saldrá por ambos lados de la lengua, como en el fonema /l/.

Vibrantes, quiere decir que el aire sale al vibrar la lengua, es decir, hay una constricción del aire por el ápice de la lengua contra los alveolos. Requiere de tal habilidad bucolingual, que es uno de los más complicados para los niños.

Cómo trabajar desde casa los fonemas. Algunas recomendaciones y ejercicios.

Fonos Vocálicos.

Durante todo mi discurso, les he ido proporcionando material para poder comprender como habilitar la correcta articulación de los fonos o fonemas. En el caso de los fonemas vocálicos /a-e-i-o-u/ no me detendré, porque todas ellas tienen una representación visual (**foto1**) y acústica, fácil de dibujar en los labios.

El paciente es capaz de ver y reproducir el movimiento de los labios frente al terapeuta imitando el movimiento, también frente al espejo. En caso de ser necesario se busca la representación en caras de revistas que se podrán pegar en su cuaderno de terapia. Es imprescindible trabajar los fonos vocálicos anticipadamente al uso de los fonos consonánticos.



Foto 1

Fonos consonánticos

Fonemas bilabiales

/m,p,b/

Recomendación para padres y terapeutas de lenguaje: cerciorarse de que el niño cuente con un adecuado sello labial. Que sepa tomar una cuchara presionando adecuadamente los labios para quitar el alimento. Que no derrame demasiado alimento de acuerdo a la edad y características propias de desarrollo. Checar que utilice la parte media de los labios. Importante pedir un alimento para consumir con cuchara, asegurarse que el tamaño del accesorio sea acorde al tamaño de la boca del niño. El uso inapropiado en la proporción del utensilio altera los puntos de articulación, debido a que genera vicios específicos en el uso de los labios. De lo contrario no lograremos manejar adecuadamente estos fonemas /b/ /m/ /p/.

/m/ bilabial, nasal.

Se requiere de una presión de ambos labios. El sello labial es importante. Los niños que mantienen la boca abierta la mayor parte del tiempo o no están acostumbrados a juntar labios, habrá que promover el adecuado manejo de la respiración costodiafragmática (de preferencia) y cuidar que al usar la cuchara, el popote y al consumir alimentos estén utilizando la fuerza adecuada en ambos labios.

Ejercicios que funcionan: succionar tiritas de pasta instantánea (la hidratación de la pasta es adecuada para que resbale por los labios con facilidad) cuidar que lo hagan en la línea media de los labios (**foto 2**) Tomar bombones pequeños solo con labios. Colocar crema labial de cacao en labios y resbalarlos de un lado a otro. Hacer onomatopeya de vaca. Ir juntando el fonema /m/ con vocales alargando su producción y utilización dentro de sílabas, palabras mono y bisílabas con ayuda de vocabulario en juguetes, tarjetas vistosas, objetos de la vida diaria, para lograr anclar la palabra en enunciados acordes al contexto. Tararear las mañanitas con ma-ma, me-me, mi-mi.



Foto 2

/p/ bilabial, oclusivo, sordo, oral.

Todos los ejercicios y recomendaciones anteriores.

Cuidar que el aire salga de la boca en forma explosiva. Necesitaremos más fuerza en los labios. Se pueden poner pelotitas de unicel en la mano y al producir la explosión bucal la pelotita tendrá que salir volando de la mano. Succionar paletas de caramelo de diferente grosor, de tal manera que al jalarla de la boca, la fuerza en los labios y no los dientes, le impidan salir. **(foto 3).**

Sentir en palma y dorso de la mano la manera en que sale el aire. Hacer pum, pum de una pistola.

Empujar bolitas de papel de un lado de la mesa al otro, usando la salida explosiva del aire bucal.



Foto 3

/b/ bilabial, oclusivo, sonoro, oral.

Todos los anteriores.

Verificar que la salida de aire sea bucal y cuidar el movimiento de cuerdas vocales, lo que hace que parezca un sonido un tanto más continuo. Prender velas mágicas **(foto 4)**, sacar labios y mantener el soplo con el fonema/b/ sin apagar la mecha. Sentir la salida de aire sobre la palma de la mano. Hacer onomatopeya de fantasma, borrego.



Foto 4

Fotos: L.E.E.AA.Y.L. Ruth Rivera Sánchez

Fonemas Dentales

/d,t/

Como su nombre lo indica utilizaremos como órgano pasivo los dientes y como órgano activo la lengua. De manera que la lengua en postura ancha, toque la arcada dental.

Fonema /d/ dental, oclusiva, sonora, oral.

Conseguiremos la postura adecuada de la lengua si partimos de la postura de la lengua al realizar el sonido vocálico de una a__d **(foto 5)**, porque en esa posición la lengua sube y toca la arcada dental superior, y después cambiamos a sílaba directa d__a.

Poner un poco de textura en dientes superiores para jalarla con ayuda de la lengua. Cuidar que la mordida sea completa al morder una rebanada de pan de caja, esto también nos puede auxiliar en corroborar que sienta la textura y pueda removerla con la lengua. Dar sensibilidad a lengua con abatelenguas o guante en la parte de los incisivos superiores, tocar lengua y llevarla con los dedos a donde se requiere. Recorrer dientes con lengua arriba, abajo, a una dirección y en la otra.

Para llegar a automatizar el fonema dentro del lenguaje espontáneo del paciente, se van integrando en sílaba, palabra monosílaba, bisílaba y trisílaba; con apoyo objetos que lleven el fonema en estudio, ilustraciones, cuentos, canciones, juego simbólico. Funciona mucho tararear las mañanitas con da, do, du, de, di; y se puede ir variando de acuerdo al fonema trabajado.



Foto 5

Fonemas velares

/k, g, j/

Aquí requeriremos mucho del movimiento del velo del paladar. Podemos comenzar a activarlo pidiendo al niño hacer gárgaras. Imitar el movimiento de toser.

Fonema /K/ velar, oclusivo, sordo, oral.

Muchas de las veces requeriremos el uso de masoterapia específica en lengua, para lograr el movimiento de la parte posterior de la lengua, promoviendo que se eleve y toque el velo del paladar. Generalmente estos pacientes dejan pasar el aire para la nariz debido a la inmovilidad con que cursa el velo del paladar. Por lo que será necesario pedir el uso frecuente de popotes e ir graduando el grosor de los mismos, para succionar alimentos de diferente peso y textura: desde agua, hasta jugo, malteada, gelatina, yogurt, Danonino, natilla o papilla de frutas. (foto 6).



Foto 6

Será necesario checar el tipo de alimentos que consume el niño y si maneja sólidos. De lo contrario, hay que graduar la consistencia de los mismos, para habilitar la movilidad de los órganos del aparato fonoarticulador.

Será útil revisar el tipo de alimentación que lleva cada paciente. Es fundamental corroborar si manejan gran variedad de alimentos sólidos o únicamente blandos para graduar las habilidades requeridas, en la adquisición del habla.

/g/ velar Fonema, oclusivo, sonoro, oral.

Este fono es muy suave y requiere de la movilidad de las cuerdas vocales aparte de la del velo del paladar. Ayuda poner la mano en el cuello del terapeuta para lograr sentir la vibración de las cuerdas y la propiocepción necesaria para su alcance.

Las gárgaras son fundamentales.

Fonema /j/ /x/ velar, fricativo, sordo, oral.

Importante que sepan sonarse a nariz. Además de todo lo anterior.

Este fono sordo es poco perceptible al oído de ahí su cualidad de sordo, por lo que resulta importante que el paciente sienta la salida de aire en la palma de la mano colocada frente a la boca, como si mirase un espejo.

Fonemas alveolares /s, n, l, r/

/s/ alveolar, fricativo, sordo, oral

Órgano pasivo: incisivos inferiores, indispensable diferenciar concepto atrás de los dientes, que es donde colocará la lengua para empujarlos. Básico que el paciente logre sentir el escape de aire que se produce entre los dientes sobre la palma de su mano. **(foto 7 s- aire dorso)**

/l/ alveolar, lateral, oral.

Órgano pasivo los alveolos. Órgano activo la lengua. Estar pendiente de que la lengua se despegue y ascienda en forma lineal y ancha detrás de la arcada dental superior (alveolos). **(foto 8).**



Foto 7



Foto 8

En el trabajo de adquisición de este punto de articulación, varios de nuestros pacientes toman los alimentos acercándolos a la lengua sin ejercitar la misma, es decir, solo depositan el alimento sobre la lengua para ser tragado, sin que ésta misma se esfuerce por alcanzarlo (se vuelve notable al brindar un abatelenguas con yogurt o cajeta y el niño lo que hace es acercarlo a los dientes, para descargar el alimento, o mueve el palito con la mano para depositar el alimento embarrándolo con la lengua en reposo).

/r/ alveolar, oral, vibrante simple.

Para articular este fono el órgano activo será la lengua y el pasivo los alveolos (parte localizada detrás de los incisivos superiores). Importante que la lengua suba, se estire y permanezca ancha durante la vibración.

Necesario: subir lengua, estirla, golpear dientes con lengua, hacer como si pintaran mejillas por dentro de a boca de arriba abajo y viceversa. Golpear mejillas con lengua. Hacer cóncava la lengua llegando a poder sostener líquido en ella sin derramar y colocándolo con una jeringa sin aguja. **(foto 9)**

Se puede generar haciendo cazuelita (foto 9) la lengua y hacia afuera de los labios, se sacará y meterá rápidamente tocando los dientes. Este movimiento produce rápidamente la vibración que necesitaremos y sugiero acompañarlo de sonidos ara, aro, aru, are, ari. Actividades para reforzar el uso del fonema espontáneamente: canciones, cuentos omitiendo el nombre de objetos y personaje con /r/, denominar objetos del entorno, jugar carreterita haciendo onomatopeya de autos, loterías, memoramas, dominó, etc.

Fonema labiodental

/f/

/f/ fricativo, sordo, oral.

Órgano pasivo los incisivos superiores, órgano activo labio inferior. Para lograrlo necesitamos la movilidad de labios hacia afuera y que identifiquen la posición arriba-abajo, dentro y fuera, tanto de labios como de lengua, para disociarlos y poder seguir fácilmente la instrucción. Dar la propiocepción necesaria al labio inferior con el cepillo dental del paciente con barrido hacia dentro y pedirle que reproduzca el rascado con sus dientes.



Foto 9

Ejercicio requerido, rascar labio inferior con dientes. Quitar chocolate, mermelada o cajeta del labio inferior con ayuda de los dientes superiores. **(foto 10).**

Al haber adquirido el punto y modo de articulación buscaremos su uso en sílabas, palabras unisílabas, bisílabas, trisílabas y polisílabas. Se pueden crear enunciados elevando el grado de complejidad mediante el uso de cuentos, juegos y materiales específicos que favorezcan el desarrollo lingüístico y la automatización del mismo dentro del lenguaje espontáneo.



Foto 10

Por último, algunas aportaciones de mi experiencia que puede ser útiles en la habilitación de los fonemas articulados:

Todos los fonemas son perceptibles acústicamente, visualmente y táctilmente. Por lo tanto, el sentido del oído, la vista y del tacto serán nuestros apoyos incondicionales.

Dichas recomendaciones abarcan el componente fonético-fonológico del desarrollo lingüístico. Sin embargo, durante el proceso terapéutico, no debemos descuidar los componentes semánticos, pragmáticos y sintácticos, dado que nuestro objetivo será alcanzar un desarrollo de lenguaje integral.

Sucede con frecuencia que los fonemas con características parecidas, los pacientes, pueden estar articulándolos incorrectamente debido a desconocimiento de las mismas o al proceso madurativo de la vía auditiva, por lo que habrá que identificar la causa, para trabajarlos con la adecuada especificidad.

Las habilidades en las praxias bucolinguales de cada paciente, determinará las medidas a tomar, en cuanto a su habilitación del habla.

Resulta importante no dejar de lado el trabajar con el esquema corporal del paciente como gran aliado para su rehabilitación lingüística, ya que está íntimamente relacionado con la maduración de las habilidades motoras primarias y con la integración de las nociones espacio temporales específicas para el movimiento de los órganos de la articulación.

Al trabajar el aspecto fonético fonológico del habla, nos hallamos inmersos en el contexto del paciente, por lo que se vuelve imprescindible respetar los usos y costumbres de los mismos. Independientemente de que existan patrones de habla que a nosotros nos suenen como vicios articulatorios o variables libres, daremos la instrucción adecuada y el paciente lo acomodará en su habla cotidiana como le sea funcional ante su comunidad.

Tomar al niño como un ente bio-psico-social, donde su habla puede tener también implicaciones psicológicas, madurativas, sociales, es imprescindible, porque en caso de ser necesario se deberá actuar en favor de un tratamiento interdisciplinario que nos garantice un tratamiento lingüístico exitoso.

Como terapeutas de lenguaje, el trabajo con los padres de familia de los pacientes será fundamental, para el logro del objetivo de la terapia de lenguaje.



**Instituto Nacional
de Rehabilitación**
Luis Guillermo Ibarra Ibarra

CONVOCATORIA

A todos los compañeros del INR LGII, los invitamos a participar en el Boletín Bimestral de Instituto, en el que puedes publicar artículos relacionados con tu especialidad o hacer de nuestro conocimiento el trabajo que se realiza en tu área.

Es también importante enterarnos de sus logros y los premios que reciben por los mismos, dentro y fuera de nuestra Institución. La información anticipada de los cursos o cualquier otro evento, nos permitirá asistir oportunamente, y si no fuera posible, la reseña del mismo nos mantendrá informados de la dinámica de nuestro Instituto.

**División
de Difusión y
Divulgación Científica**



Recuerda que el Boletín es un medio de comunicación interna, por lo que cualquier sugerencia y/o comentario siempre será bien recibido.

**Informes:
Biol. Sylvia Núñez Trías
Coordinadora Editorial del Boletín Bimestral del INR LGII
Extensión: 18343**

ÁREAS TEMÁTICAS PRINCIPALES:

- Osteoartritis
- Osteoporosis
- Enfermedades
Neurosensoriales

VIII

CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN REHABILITACIÓN

DEL 15 AL 17 DE NOVIEMBRE DE 2017
CIUDAD DE MÉXICO

PREMIO LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA
AL MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO EN EXTENSO



CONVOCATORIA en la siguiente liga:

http://www.inr.gob.mx/Descargas/ciir/convocatoria_ciir.pdf

La fecha límite para el registro de trabajos es el lunes 31 de julio de 2017.

LINEAS DE INVESTIGACIÓN:

- Osteoartritis
- Osteoporosis
- Neurorehabilitación y neurociencias
- Bioingeniería y rehabilitación
- Diseño y producción de órtesis y prótesis
- Trasplantes de piel y musculoesqueléticos
- Discapacidad de la audición, voz, deglución y lenguaje
- Patología de la columna vertebral
- Trauma y tumores musculoesqueléticos
- Quemaduras
- Enfermedades neuromusculares
- Cataratas, glaucoma y retinopatía diabética
- Actividad física y deportiva, lesiones deportivas
- Educación en ciencias de la salud

INSCRIPCIÓN

CONCEPTO		CLAVE PAGO EN CAJA INRLGII
Congresistas	\$ 500.00	3394-1
Personal del INR LGII	\$ 250.00	3394-2
Estudiantes	\$ 200.00	3394-3

Pago en Banco HSBC: NÚM DE CUENTA 4029729167

Sucursal: 00499

BENEFICIARIO: INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

Regístrate en: http://www.inr.gob.mx/congreso_internacional.php

Sede: Calzada México Xochimilco No. 289, Col Arenal de Guadalupe. C.P.14389 Del. Tlalpan, México, D.F. Tel. 59991000 Ext. 13227

