

Artículo de Revisión

Fonoaudiología con un enfoque interseccional: hacia una mirada integral de las corporalidades y su comunicación

Christian Andrews-Avalos (él/lo) ^{a, *}

^a *Departamento de Fonoaudiología, Escuela Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.*

RESUMEN

El acceso a la salud ha estado históricamente determinado por condiciones políticas, económicas y sociales, lo que ha generado inequidades en su disponibilidad y calidad. Si bien los modelos de salud pública han avanzado hacia un enfoque preventivo y comunitario, persisten barreras estructurales que invisibilizan las necesidades de poblaciones marginalizadas y oprimidas. En este contexto, la fonoaudiología, como disciplina orientada a la comunicación y la alimentación oral, ha sido influenciada por un paradigma biomédico que tiende a patologizar la diversidad corporal y comunicativa. Este artículo explora la pertinencia de la interseccionalidad como enfoque para analizar cómo las categorías de género, clase social, raza, etnia y discapacidad influyen en la atención fonoaudiológica. Se revisa el concepto de interseccionalidad y su aplicación en salud, destacando su potencial para evidenciar desigualdades estructurales. Desde una perspectiva crítica, se discute la necesidad de repensar la disciplina fonoaudiológica para evitar la reproducción de normas hegemónicas y exclusiones. Se propone que la integración de este enfoque no solo contribuye a una práctica más equitativa y contextualizada, sino que también fortalece la formación profesional e impulsa la producción de conocimiento bajo paradigmas críticos y co-construidos. Finalmente, se presentan estrategias concretas para aplicar un enfoque interseccional en la atención fonoaudiológica, promoviendo prácticas afirmativas y sensibles a la diversidad de corporalidades.

Palabras clave:

Interseccionalidad;
Fonoaudiología; Equidad
en Salud; Determinantes
Sociales; Diversidad

Intersectional Speech-Language Therapy: Toward a Holistic Understanding of Embodiment and Communication

ABSTRACT

Access to healthcare has historically been shaped by political, economic, and social conditions, leading to inequities in availability and quality. Although public health models have advanced towards preventive and community-based approaches, structural barriers persist that render the needs of marginalized and oppressed populations invisible. In this context, speech-language therapy—a discipline focused on communication and oral feeding—has been influenced by a biomedical paradigm that often pathologizes bodily and communicative diversity. This article explores the relevance of intersectionality as an analytical framework to examine how gender, social class, race, and disability influence speech-language therapy services. The concept of intersectionality and its application in healthcare is reviewed, highlighting its potential to reveal structural inequalities. Moreover, the need to rethink speech-language therapy to prevent the reproduction of hegemonic norms and exclusions is critically discussed. It is posited that this framework not only contributes to a more equitable and context-sensitive practice but also strengthens professional training and promotes knowledge production within critical and co-constructed paradigms. Finally, concrete strategies are proposed for an intersectional approach to speech-language therapy care, fostering affirmative practices that are sensitive to embodiment diversity.

Keywords:

Intersectionality; Speech-
Language Therapy; Health
Equity; Social
Determinants; Diversity

*Autor/a correspondiente: Christian Andrews Avalos
Email: ciandrews@uc.cl

Recibido: 11-10-2024
Aceptado: 20-05-2025
Publicado: 02-07-2025

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, las condiciones políticas, económicas y sociales han determinado la capacidad de poder acceder a la salud, generando diferencias en la manera en que las personas vivencian este derecho fundamental (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.; González y Quintero, 2024). Sin embargo, la evolución de la salud pública ha promovido en los últimos años modelos de atención de salud centrados en la prevención y en lo comunitario, lo que ha impactado directamente en la forma en que se ha conceptualizado la salud en nuestro continente (Couto, et al., 2019; Pernalet, 2015). Si bien las estrategias incorporadas han intentado homogeneizar las experiencias de las personas, esto sigue invisibilizando las realidades de corporalidades subrepresentadas cuyas necesidades pueden ser sustancialmente diferentes de la población general (Bauer, 2014; Bowleg, 2012; Vázquez-Mandujano y Trujano-Ruiz, 2022).

Permitir un acceso equitativo y universal en salud ha sido un objetivo constante, las inequidades se mantienen, lo que hace necesario una reflexión crítica sobre los modelos de atención de salud y la forma en que estos siguen reproduciendo desigualdades estructurales en nuestra sociedad (OPS, s.f.; González y Quintero, 2024). En este marco, la fonoaudiología ha evolucionado como disciplina dedicada a la prevención, promoción, evaluación y acompañamiento de la comunicación y alimentación oral en las personas (American Speech-Language-Hearing Association [ASHA], 2004). El desarrollo de esta ha estado profundamente ligada al desarrollo de disciplinas como la física, lingüística y las neurociencias, entre otras, lo que ha ampliado el campo de acción y ha permitido consolidar prácticas basadas en evidencia. No obstante, es relevante reconocer que los procesos de comunicación y alimentación no pueden reducirse bajo una visión exclusivamente biomédica, sino que están transversalizados por construcciones sociales, culturales y políticas, que pueden generar modificaciones y diferencias en la manera en que se configuran las diversas experiencias de quienes requieren acompañamiento por fonoaudiología (Connell, 2002; Crenshaw, 1989).

La mirada biomédica ha tendido a interpretar la comunicación y alimentación oral desde una perspectiva patologizante, donde lo que se refuerza son los estándares normativos sobre lo cual se establece lo “adecuado” o “esperable” para las diversas funciones corporales (Oliver, 1990). Cuestionar estas concepciones y proponer formas de trabajo centradas en las personas, donde la diversidad de corporalidades, experiencias y subjetividades sean reconocidas como parte inherente del quehacer fonoaudiológico (Tellez et al., 2020) es fundamental para generar un avance hacia una práctica fonoaudiológica con una visión integral. Esta

concepción, no solo interpela directamente la forma en la cual quienes son profesionales de la fonoaudiología se están formando en la actualidad en nuestro país, sino que, además exige transformar estructuras sociales de atención de salud y las bases epistemológicas que sustentan nuestra disciplina (Freire, 1970; Hankivsky, 2014).

Este trabajo tiene como objetivo explorar la relevancia de la aplicación de un enfoque interseccional en el ámbito fonoaudiológico, analizando cómo su integración puede aportar a una atención más equitativa y contextualizada de las personas. Se abordará en lo específico, la intersección con el género, la clase social, la raza y la discapacidad, considerando su impacto en la práctica fonoaudiológica y en la construcción de normas que no son aplicables para todas las corporalidades. De esta manera, se discutirán las oportunidades y desafíos que este enfoque plantea, con el objetivo de promover una práctica fonoaudiológica sensible a la diversidad de experiencias humanas. Por último, se entregarán estrategias concretas para la aplicación de un enfoque interseccional en el ámbito fonoaudiológico (y de salud) en general.

Interseccionalidad: etiología y concepto

El concepto de interseccionalidad fue acuñado por Kimberlé Crenshaw en el año 1989. Crenshaw, especialista en teoría de raza, utilizó este concepto como forma de explicar las diversas experiencias de opresión y privilegio que viven las personas según la combinación de factores como el género, raza y ubicación geográfica. Otras autoras como Patricia Hill Collins (1990) y María Lugones (2007), posteriormente, han trabajado sobre este concepto considerando otros factores de análisis como: la clase social, orientación sexual y la discapacidad, entre otras. La interseccionalidad, entonces, toma en consideración cómo los distintos sistemas de poder - como el racismo, clasismo, sexismo, la homofobia, entre otros - pueden generar desigualdades estructurales que limitan el acceso de las personas a sus derechos fundamentales, incluyendo en esto el acceso a salud. Se ha destacado el enfoque interseccional como manera crítica y útil de comprender las desigualdades sociales y su impacto en el curso de vida de las personas (Bowleg, 2012), por lo que, comprender este concepto permite reconocer cómo las diversas intersecciones pueden condicionar el acceso a recursos esenciales para el desarrollo de los seres humanos como la salud, la vivienda, el empleo, entre otras.

Salud e interseccionalidad

En el ámbito de la salud, la interseccionalidad juega un rol relevante en la facilitación o limitación en el acceso a los diversos servicios de salud (Crenshaw, 1989). Por ejemplo, un análisis interseccional que considere el factor de clase social evidencia cómo se configuran oportunidades en el acceso, rapidez y, muchas veces, en la calidad de la atención en salud para personas de clases social alta (con mayores ingresos económicos o contacto con círculos de poder) en comparación a aquellas personas de clase social baja (menores ingresos económicos, sin contactos en círculos de poder), lo que repercute en diagnósticos más tardíos y peores pronósticos en salud (Pernalet, 2015; González y Quintero, 2024).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.) ha reconocido que, en esta misma línea, las desigualdades económicas y la discriminación como determinantes sociales de salud pueden generar brechas importantes en el acceso a estos sistemas. La construcción del género es un elemento que también influye en la percepción de la salud, el acceso a recursos y la necesidad de requerir un acceso oportuno a salud relacionado con la exposición a riesgos en el curso de vida (Matud-Aznar, 2008). Es decir, la forma en que las personas requieren ayuda médica, demandan los servicios y responden a los abordajes de salud, está suscrita a normas que vienen determinadas y perpetuadas por las estructuras sociales y los factores antes mencionados. Bajo una mirada interseccional de la salud, las políticas en este ámbito deben considerar no solo el reconocimiento de la diversidad en su amplio espectro (género, raza, etnia, discapacidad, etc.) sino que también estas barreras de estructura social que sostienen estas inequidades y limitan el acceso a las atenciones en salud (Sen, 2002).

Fonoaudiología e interseccionalidad

La fonoaudiología como disciplina científica trabaja sobre las necesidades de comunicación y la alimentación oral (deglución) a lo largo de todo el curso de vida (ASHA, 2004). Este trabajo representa un desafío, ya que por un lado requiere competencias técnicas pero, por otro lado, propone comprender las necesidades de forma integral de quienes consultan, valorando el impacto de su necesidad en los diversos ámbitos de su vida (Hancock y Haskin, 2015). Dicho esto, quienes son profesionales de la fonoaudiología deberían integrar conocimientos de otras vertientes del saber que nutran el ejercicio profesional. Las Ciencias Sociales dan en este punto un elemento central en la forma de comprender a las corporalidades como seres sociales insertos en un sistema sociopolítico que puede influir, determinar o limitar sus oportunidades, por ejemplo, en sus necesidades de

salud y la capacidad de abordarlas a lo largo de su curso de vida de forma efectiva y oportuna (Foucault, 1978; Hill-Collins, 1990).

Bajo una mirada interseccional, se entiende que las identidades no operan de forma aislada en la sociedad, sino que están entrecruzadas por elementos que generan diferentes experiencias a lo largo del curso de vida, como en el acceso y la vivencia de la salud. Desde la visión fonoaudiológica, incorporar un enfoque interseccional en nuestras prácticas implica reconocer cómo el género, etnia, clase social, discapacidades u otras categorías/opresiones interactúan en las personas para configurar barreras y oportunidades en su vida. De esta forma, el desafío no está solo en la forma en que se entregan los servicios fonoaudiológicos o entregar la responsabilidad a estructuras sociales inamovibles, sino también, en repensar críticamente nuestras propias prácticas profesionales para evitar la reproducción de estereotipos y normas hegemónicas que perpetúan exclusiones y que pueden interferir en nuestros servicios fonoaudiológicos.

Sabemos que la comunicación puede verse influenciada en su desarrollo, forma o adquisición mediante diversos factores propios de cada corporalidad (neurobiológicos, anatómicos, de control motor, entre otros) pero también factores externos: como el ambiente y contexto en la cual está inserta la persona (McLeod, et al., 2013; Verdon et al., 2016). Estos últimos, son elementos difíciles de ser modificados por las mismas personas y, en gran parte de las ocasiones, ni por quienes son profesionales de la fonoaudiología dado que la manera de operar sobre las corporalidades está relacionado a sistemas estructurales complejos sobre los cuales se perpetúan privilegios y opresiones que configuran una forma de vincularse bajo normas sociales y políticas a lo largo de su vida (Foucault, 1978). No obstante, la conciencia que tengamos sobre estas acciones y la manera en que estas operan en nuestras propias prácticas personales y profesionales impactarán en la manera de comprender de manera integral a corporalidades que requieren de servicios fonoaudiológicos. Bajo esta arista, visualizar un enfoque interseccional en la práctica fonoaudiológica parece ser un desafío real y necesario para entregar servicios eficientes e individualizados a quienes lo requieran. El trabajo bajo este enfoque demanda la incorporación de prácticas competentes, afirmativas y sensibles con la diversidad, conscientes con las corporalidades y su diversidad.

Considerando lo antes mencionado, sería atingente plantear que como gremio deberíamos avanzar hacia implementación de prácticas que consideren un enfoque interseccional, lo que implica un desafío para los profesionales de la fonoaudiología, ya que

crear espacios de atención que, al menos, tengan conciencia sobre la diversidad de intersecciones que influyen en nuestras prácticas fonoaudiológicas puede conllevar un mayor esfuerzo por nuestra parte.

Por otro lado, esta perspectiva puede ser considerada como una oportunidad para el desarrollo de una investigación que esté fuera de nociones hegemónicas y biomédicas. La investigación aplicada y bajo un enfoque epistemológico crítico-construccionista (Berger y Luckmann, 1966; Foucault, 1992; Haraway, 1988; Hill-Collins, 1990) parece ser un camino que podría orientar el análisis de las propuestas de investigación hacia una co-construcción del conocimiento mediante el levantamiento de diálogos de quienes son sujetos de investigación, valorando sus propias voces y perspectivas como fuentes ricas y legítimas de saber.

Oportunidades de acceso a la atención fonoaudiológica

Se ha propuesto que los sesgos profesionales en la comprensión integral de las necesidades de quienes son consultantes pueden interferir en un trabajo oportuno y preciso para quienes lo requieran. El género, en este punto, es una categoría social que puede influir en la calidad de atención de salud (Butler, 1990; Crenshaw, 1989; Hill-Collins, 1990; Doyal, 2001). Este elemento de análisis está influenciado, sobretodo, por el sistema sexo/género androcentrista, en el cual se establece y opera nuestra sociedad que considera la corporalidad masculina cis-heterosexual como la norma para aspectos sociales, dentro de ellos la atención de salud. Este sesgo imbricado en elementos sociales estructurales genera invisibilización de las corporalidades que difieren de lo establecido como normativo, generando diferencias en las vivencias de salud de las personas (Beauvoir, 1949; Courtenay, 2000). Esto no solo impacta la concepción y experiencias en torno a la salud, sino que también en la calidad brindada de los servicios sanitarios a aquellas identidades que se alejan de esta hegemonía. Ejemplo de esto es la dificultad que tienen las personas trans o de género diverso, migrantes, personas racializadas y de clase social baja para acceder a profesionales de salud sensibles y competentes con la diversidad, a procesos fonoaudiológicos regulares y sistemáticos en el tiempo, que permitan mejorar las condiciones de salud de quienes lo requieren y reduciendo sus requerimientos (Castañeda, 2010; Rebolledo y Galaz, 2022).

Normas y estereotipos de género en la comprensión integral de la comunicación

Las normas y estereotipos de género pueden influir de manera directa en la forma en que se pesquisan o abordan las necesidades de salud (Butler, 1990; Connell, 2002). Bajo la concepción del

género como una construcción social que determina expectativas de comportamiento, la comunicación puede ser considerada un elemento que está normativizado por estas reglas sociales (Butler, 1993). La forma en que profesionales de la fonoaudiología y estudios disciplinares asignan roles de género a elementos de la comunicación como la voz, la construcción morfosintáctica, la prosodia, entre otras (Henton y Bladon, 1985; Holmes, 2014; Gumperz, 2009; Simpson, 2009; Tannen, 1994) son evidencia de la imbricación y alcance que estas normas pueden tener en nuestra visión sobre la comunicación humana y trasladarse a nuestras prácticas profesionales manteniendo esta opresión. Estudios sobre la fonética o sociolingüística dan cuenta de la percepción que se puede tener sobre elementos comunicativos (como la voz) y cómo dicha percepción está condicionada por estas normativas sociales, que muchas veces cuestionan y encausan las prácticas fonoaudiológicas (Butler, 1990; Crisafulli et al., 2019; Zimman, 2018). Un ejemplo de esto es el abordaje de la voz en personas trans o de género diverso. En estos casos, quienes son profesionales de la fonoaudiología tienden a trabajar bajo normativas que buscan alcanzar características vocales binarias (masculino/femenino) en una persona transmasculina o transfemenina, a través del entrenamiento de los parámetros de la voz que encasillan a las personas dentro de una forma de comunicación cis- “masculina” o “femenina.” Lo anterior se realiza muchas veces sin levantar previamente las necesidades reales desde la misma persona y sin realizar un monitoreo constante durante el acompañamiento, lo que habla de un trabajo profesional centrado en la “normatividad comunicativa”, más no en la comprensión integral de la corporalidad. En relación a esto mismo, la manera en que ofrecemos nuestros servicios fonoaudiológicos en poblaciones que han sido marginalizadas o invisibilizadas (como la población LGBTIANTB+), debe comprender las necesidades propias de cada población, cuestión que muchas veces es compleja de empatizar dado nuestras propias concepciones, imbricaciones y opresiones, que pueden reflejarse en nuestra práctica fonoaudiológica.

Muchas veces las mismas estructuras sociales, y las formas en que estas operan en personas trans o de género diverso, obliga y pone como referente lo masculino/femenino como sujeto de derechos y privilegios. Esto exige a quienes están explorando su identidad o se identifican con una identidad no-cis, a alcanzar el cispasing (término utilizado para describir la capacidad de una persona trans o de género diverso para ser percibida socialmente como cisgénero), lo que puede llegar a influir en la necesidad de acceder al cuidado y la prevención en salud, así como afectar la salud mental y el desarrollo social (Vázquez-Mandujano y Trujano-Ruiz, 2022).

En relación a este punto, como gremio fonoaudiológico (y profesionales de la salud en general) estamos muy al debe en el abordaje de poblaciones marginalizadas como lo son las disidencias sexo-genéricas. Los estudios existentes son escasos y la evidencia científica actualmente tampoco respalda una práctica asertiva para las necesidades de estas personas. En nuestro país, el desconocimiento por parte del personal de salud en servicios públicos y privados, y de diversos niveles de atención sanitaria es insuficiente (Estay et al., 2020), lo que conlleva en muchas ocasiones, a perpetuar prácticas que dan espacio a la discriminación directa, violencia de género y opresión, que dan como resultado servicios de salud inconclusos, desconfianza y aislamiento de las personas que buscan mejorar su calidad de salud y de vida.

Quisiera mencionar a Foucault (1978) y Wittig (1992) quienes en sus respectivas obras exploraron cómo los discursos de poder pueden darse y mantenerse por normas sociales y de salud. Se hace interesante analizar el concepto de “abordaje/intervención fonoaudiológica” que en gran parte de las ocasiones puede estar entrecruzado por normas sociales y biomédicas que limitan una mirada integral e interseccional. Aquí, la limitación no está en la existencia de estas normas sociales (que muchas veces es algo imbricado en las sociedades y, por ende, complejo de ser modificado), sino que en la capacidad de cada profesional de tomar conciencia sobre las prácticas profesionales realizadas. Otra tendencia observada bajo esta falta de conciencia está en la promoción de la “normatividad comunicativa” basada en estándares hegemónicos que, en muchas ocasiones, deja fuera las individualidades. Ejemplos de lo anterior, pueden darse en las diversas áreas de desempeño de quienes son profesionales de la fonoaudiología, lo que solo muestra la transversalización y relevancia de lo que ha planteado hasta el momento. A continuación, se mencionan algunos ejemplos de opresiones que puedan darse en el desempeño fonoaudiológico por una falta de comprensión interseccional:

- En el área infanto-juvenil podemos vernos enfrentados a diversas situaciones en la cual las niñas pueden asumirse con dificultades en el desarrollo de lenguaje sin considerar elementos como el nivel socioeconómico o el contexto cultural familiar. En este ejemplo, existe una falta de comprensión de la intersección raza, clase y discapacidad. Otro ejemplo en esta área podría ser en las infancias migrantes, que tienen una lengua nativa distinta al español chileno. En este ejemplo, el proceso de evaluación inicial fonoaudiológica inadaptada podría considerar una comprensión errónea de las características comunicativas de la persona, impactando en

una caracterización o etiquetado que no considera las diferencias culturales.

- En población adulta, podría considerarse una falta de prácticas interseccionales, por ejemplo, el acompañamiento de personas con dificultades comunicativas pertenecientes a comunidades indígenas, clase sociales bajas o racializadas, donde recibir un acompañamiento fonoaudiológico requiere de una comprensión de la carga cultural y social que estas intersecciones pueden atravesar a estas corporalidades o las opresiones que experimentan en los diversos ámbitos de su vida. Otro ejemplo, es la falta de comprensión profesional de la vejez mediante la subestimación de las necesidades de las personas mayores. En este ejemplo, la falta de comprensión interseccional puede perpetuar opresiones a través de la entrega de servicios fonoaudiológicos inadecuados para las necesidades comunicativas o deglutorias a las cuales se pueden ver enfrentados.
- En el área de audiolgía, la falta de enfoque interseccional puede generar una falta de prácticas adaptadas para personas sordas de comunidades indígenas o migrantes que utilizan una lengua de seña propia. La falta de conocimiento y adaptación del servicio fonoaudiológico puede generar barreras en la calidad de atención al no considerarla como una forma de comunicación oral. La estigmatización y exclusión en el acceso a dispositivos auditivos o rehabilitación de personas que viven en zonas rurales o clases sociales bajas puede demostrar otra falta de comprensión interseccional. Si bien en este punto existen actualmente programas que han avanzado en entregar ayudas técnicas y seguimiento a las personas, muchas veces la demanda -como barrera estructural- no permite una adecuada entrega de los servicios.

El desafío de los profesionales de la fonoaudiología debiese considerar el respeto por la identidad, diversidad y experiencias personales (Doyal, 2001). Tomando en consideración lo anterior, el trabajo de expectativas con quienes consultan debiese ser parte inherente del proceso fonoaudiológico inicial (evaluación) pero también dentro del proceso de abordaje, donde se vayan (re)confirmando las expectativas y necesidades, y se brinde el espacio para generar modificaciones durante el acompañamiento (Crisafulli et al., 2019).

Estrategias para la aplicación de un enfoque interseccional

A lo largo de este trabajo, hemos visto que comprender la interseccionalidad comprende desafíos en la práctica profesional. Sin embargo, entender el impacto y la responsabilidad como profesionales de la salud y servicio debe ir de la mano con un abordaje pleno, consciente y respetuoso. A continuación, se

abordan distintas estrategias que quienes son profesionales de la fonoaudiología (y de la salud en general) pudiesen aplicar en sus contextos para una práctica con enfoque interseccional:

- Uso del lenguaje inclusivo y afirmativo: el uso de lenguaje como profesionales de la comunicación debería ser un elemento central en nuestros servicios. El uso de un lenguaje inclusivo, que respete la diversidad y la autoidentificación de cada corporalidad debería ser parte inherente a los procesos de acompañamiento fonoaudiológico en los diversos contextos de desempeño e independiente de la etapa de curso de vida en que se esté trabajando, de manera de brindar espacios de confianza y vínculo para/con cada persona (ASHA, s.f.)
- Adaptación de instrumentos y protocolos de evaluación: en nuestro quehacer profesional en las diversas etapas del curso de vida aún existen protocolos e instrumentos que muchas veces no están adaptados cultural ni lingüísticamente a las características propias de nuestra cultura chilena. En este marco, nuestra labor debiese considerar en este punto el adaptar nuestras herramientas de trabajo (Verdon et al., 2016) para que puedan responder de manera real a las necesidades de nuestros consultantes.
- Despatologización de la diversidad comunicativa: reconocer la diversidad comunicativa a la que nos podemos enfrentar en nuestras prácticas profesionales es un factor que podemos trabajar para incorporar un enfoque interseccional en nuestras prácticas. Avanzar hacia un trabajo fuera de la perspectiva biomédica hegemónica permite tener una comprensión social y cultural (Zimman, 2018) que entiende de mejor manera la variabilidad en las formas de expresión y comunicación de las personas.
- Sensibilización cultural con la diversidad: fomentar una formación continua y actualizada de parte de profesionales en el ámbito de salud que cuestione los sesgos hegemónicos que perpetúan opresiones (Hancock y Haskin, 2015) es esencial para dar espacios a prácticas afirmativas y culturalmente competentes en la atención fonoaudiológica. Quienes son profesionales de la fonoaudiología deben reconocer sus privilegios y sus opresiones en torno a su propia vida personal y profesional (Hankivsky, 2014), así como la forma en que entregan sus servicios profesionales a la hora de trabajar con sus consultantes.
- Atención con perspectiva de género: validar las experiencias de quienes consultan por los servicios fonoaudiológicos permite asegurar un acompañamiento significativo y realmente adaptado a sus necesidades. Es necesario considerarnos como personajes facilitadores/as dentro del acompañamiento más que expertos/as/es que mantienen una

asimetría en los procesos y ponen al margen a quienes reciben nuestros servicios. Adaptar nuestras prácticas es un elemento fundamental para la aplicación de un enfoque interseccional que promueva el bienestar psíquico, social e identitario y que valide la diversidad de experiencias corporales. (Crenshaw, 1989; Bauer, 2014).

- Formación profesional continua: las instituciones de formación superior, docentes, y profesionales de la fonoaudiología deberían trabajar en una reflexión continua de su propia formación y considerar una actualización en la manera en que los programas de estudios están formando a quienes serán profesionales en atenciones con perspectiva de género y aspectos psicosociales y comunitarios. Esto no solo conlleva integrar conocimientos relacionados a la diversidad sexo-genérica, sino que también sobre temas como el feminismo, masculinidades, colonialismo, determinantes sociales de salud, inclusión, entre otras temáticas relacionadas que pueden impactar en su desarrollo (Matud-Aznar, 2008).
- Proyectos con un enfoque interseccional: las políticas públicas pueden impactar de forma directa sobre las prácticas de salud (OPS, s.f). En este sentido, es necesario trabajar sobre políticas y proyectos que puedan garantizar servicios fonoaudiológicos accesibles para la diversidad de personas, identidades, necesidades y experiencias existentes. Las políticas públicas y los proyectos debieran apuntar a considerar la variabilidad de factores que pueden interseccionar en la realidad de nuestros consultantes y modificar determinantes estructurales de salud que impacten de forma global en factores sociales que ayuden a reconfigurar patrones sociales opresores. Las investigaciones disciplinares deben ir en la línea de buscar respuestas a las necesidades locales, levantar narrativas y voces propias del saber, es decir, no sólo de poblaciones generalizadas, sino que también de corporalidades marginalizadas e invisibilizadas con el fin de adoptar políticas efectivas y adaptadas a las realidades individuales (Rebolledo y Galaz, 2022).

REFLEXIONES FINALES

Se ha expuesto que la aplicación de un enfoque interseccional en la fonoaudiología puede ser un desafío al implicar cambios no solo propios de quienes son profesionales de la fonoaudiología, sino que también a nivel estructural y sistémico. Este desafío planteado nos invita a (re)pensar en cómo comprendemos la salud, los servicios que ofrecemos, la calidad de nuestros acompañamientos y el impacto que pueden tener las experiencias de las personas que consultan en nuestros servicios.

Sabemos que la formación de profesionales de la salud bajo un enfoque biomédico tradicional de salud resulta insuficiente, ya que implica que la diversidad de profesionales de la salud tenga una mirada universalista y centrada en el diagnóstico más que en la persona y su contexto, cuestión que deja fuera otras categorías de análisis de una corporalidad. Desde aquí, avanzar hacia una formación de profesionales de la salud que trabajen con un enfoque interseccional parece ser el camino hacia servicios de salud centrados en la persona, sus necesidades y que den reconocimiento a las vivencias personales y ambientales en el proceso de salud.

La falta de conocimiento y formación sobre temáticas relacionadas a los determinantes sociales de la salud, interseccionalidad y perspectiva de género en profesionales de la salud pudiese ser uno de los principales desafíos a trabajar. No obstante, incorporar estrategias en nuestras prácticas profesionales y tener una formación en estas temáticas psicosociales y comunitarias permite una comprensión más integral de la comunicación de las personas.

La fonoaudiología con un enfoque interseccional no parece ser una cuestión solo de justicia social, sino que también de responsabilidad en nuestro rol en salud. Reconocer, dar espacio y conciencia a las múltiples identidades, privilegios y opresiones que puedan afectar a quienes son consultantes permite que podamos ofrecer acompañamientos más precisos, personales y respetuosos con sus experiencias. Trabajemos hacia un sistema de salud más inclusivo y equitativo para todas las corporalidades y su comunicación.

REFERENCIAS

- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA]. (2004). *Preferred practice patterns for the profession of speech-language pathology*. <https://www.asha.org/siteassets/publications/pp2004-00191.pdf>
- American Speech-Language-Hearing Association. (s. f.). Cultural responsiveness. <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/cultural-responsiveness/>
- Bauer, G. R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*, 110, 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022>
- Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Vintage Books.
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Garden City: Doubleday.
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality—an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267–1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>
- Butler, J. (1990). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Routledge.
- Butler, J. (1993). *Los cuerpos que importan: Sobre los límites de los 'límites' del sexo*. Paidós.
- Castañeda, H. (2010). Im/migration and health: Conceptual, methodological, and theoretical propositions for applied anthropology. *NAPA Bulletin*, 34(1), 6–27. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4797.2010.01049.x>
- Connell, R. (2002). *Género*. Polity Press.
- Couto, M., Barbosa, R. y da Silva, S. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: Revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*, 15, e1994. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>
- Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385–1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- Crisafulli, B., Wasil, M. y Singh, J. (2019). Managing patient expectations through understanding health service experiences. *British Journal of Medical Practitioners*, 12(2), 1–3.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: The need for a new approach. *BMJ*, 323(7320), 1061–1063. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7320.1061>
- Estay, F., Valenzuela, A. y Cartes, R. (2020). Health-care on LGBT+ people: Perspectives from the local community from Concepción. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85(4), 351–357. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262020000400351>
- Foucault, M. (1978). *La historia de la sexualidad: Volumen I. Una introducción*. Penguin Books.
- Foucault, M. (1992). *Saber y verdad: Entrevistas, textos y conferencias* (H. París, Ed. y trad.). Ediciones La Piqueta. (Trabajo original publicado en 1980).
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.
- González, M. y Quintero, L. (2024). Determinantes sociales de la salud y su influencia en la calidad de vida en Ecuador. *Revista Venezolana de Salud Pública*, 24(2), 155–170.
- Gumperz, J. J. (2009). Prosody in conversation. In *Discourse strategies* (pp. 100–129). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511611834.007>
- Hancock, A. B. y Haskin, G. B. (2015). Speech-language pathologists' knowledge and attitudes regarding lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer (LGBTQ) populations. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(2), 206–221. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0095
- Hankivsky, O. (2014). Rethinking Care Ethics: On the Promise and Potential of an Intersectional Analysis. *American Political Science Review*, 108(2), 252–264. <https://doi.org/10.1017/S0003055414000094>

- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599.
- Henton, C. G. y Bladon, R. A. (1985). Breathiness in normal female speech: Inefficiency versus desirability. *Language & Communication*, 5(3), 221–227. [https://doi.org/10.1016/0271-5309\(85\)90012-6](https://doi.org/10.1016/0271-5309(85)90012-6)
- Hill-Collins, P. (1990). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Routledge.
- Holmes, J. (2014). Language and gender in the workplace. En S. Ehrlich, M. Meyerhoff, & J. Holmes (Eds.), *The handbook of language, gender, and sexuality* (2ª ed., pp. 433–447). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118584248.ch22>
- Lugones, M. (2007). *Pilgrimages/Peregrinajes: Theorizing coalition against multiple oppressions*. Rowman & Littlefield.
- Matud-Aznar, M. P. (2008). Género y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 75–93.
- McLeod, S., Verdon, S., & Bowen, C. (2013). International aspirations for speech-language pathologists' practice with multilingual children with speech sound disorders: Development of a position paper. *Journal of Communication Disorders*, 46(4), 375–387. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2013.04.003>
- Oliver, M. (1990). *La política de la discapacidad*. Palgrave Macmillan.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s. f.). *Determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (s.f.). *Determinantes sociales de salud*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Pernalet, M. (2015). Una reflexión acerca de la pobreza y la salud. *Salud de los Trabajadores*, 23(1), 69–79.
- Rebolledo, J., y Galaz, C. (2022). *Interseccionalidad: Aspectos conceptuales y recomendaciones para las políticas públicas*. Dirección de Estudios de PRODEMU. Santiago.
- Sen, A. (2002). *Desarrollo y libertad*. Oxford University Press.
- Simpson, A. P. (2009). Phonetic differences between male and female speech. *Language and Linguistics Compass*, 3(2), 621–640. <https://doi.org/10.1111/j.1749-818X.2009.00125.x>
- Tannen, D. (1994). *Talking from 9 to 5: Women and men at work*. William Morrow.
- Tellez, A., Irazoqui, E., Zamorano, P., Varela, T., Barros, J., Muñoz, P., Rain, C., Espinoza, M. y Campos, S. (2020). *Modelo de atención centrado en la persona con morbilidad crónica MACEP. Redireccionando los servicios de salud según complejidad*. Centro de Innovación en Salud ANCORA UC. https://innovacion.ancorauc.cl/wp-content/uploads/sites/6/2023/03/MACEP_2019-1.pdf
- Vázquez-Mandujano, S. M. y Trujano-Ruiz, P. (2022). Influencias de los discursos cisnormativos en el cuidado físico y psicoemocional de jóvenes trans de México. *Salud Colectiva*, 18, e4136. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4136>
- Verdon, S., McLeod, S., & Wong, S. (2015). Supporting culturally and linguistically diverse children with speech, language and communication needs: Overarching principles, individual approaches. *Journal of communication disorders*, 58, 74–90. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2015.10.002>
- Wittig, M. (1992). *La mente heterosexual y otros ensayos*. Beacon Press.
- Zimman, L. (2018). Transgender voices: Insights on identity, embodiment, and the gender of the voice. *Language and Linguistics Compass*, 12(8), 1–16. <https://doi.org/10.1111/lnc3.12284>