

logopèdia

Revista del Col·legi de Logopedes de Catalunya
[24] gener/juny de 2013

Entrevista a
Orietta Calcinoni

7es Jornades
de Logopèdia i Odontologia

Inauguració
de la seu nova

Hem començat una etapa...





La logopeda col·legiada Àngels López, que és també soprano, ens va complaure amb diferents peces musicals el dia de l'inauguració de la seu nova.

Foto: Ferran Barjuan

Normativa per a la publicació

- Estem oberts a qualsevol tipus de col·laboració. Així i tot, la Revista es reserva el dret a publicar només aquells escrits que no es considerin atacs a cap persona o institució o bé qüestions personals.
- És important que les vostres col·laboracions arribin per correu electrònic o correu ordinari en format informàtic, i que hi feu constar les vostres dades personals.
- No s'acceptaran cartes anònimes.
- Segons el volum d'escrits ens veurem obligats a fer-ne una selecció per donar entrada a diferents temes.

Edició Col·legi de Logopedes de Catalunya
Ptge. Pagès, núm. 13 • 08013 Barcelona
Tel. 93 487 83 93 • Fax 93 487 94 52 • info@clc.cat

Coordinadora Diana Grandi

Equip de redacció Marta Esteve, Diana Grandi, Carme López, Catherine Perelló, Olga Rion, Eduardo Ríos i Anna Vila.

Col·laboradors Maite Amigo, Judith Ejarque, Teresa Feliu, Marisa García, Àngela Nebot, Juan Luis Puente, Andreu Sauca i Francesc Vila.

Correcció lingüística Consorci de Normalització Lingüística

Disseny i maquetació Santi Duran

Dipòsit Legal B-6850-2001- ISSN 1696-1544

La Revista del CLC és una publicació del Col·legi de Logopedes de Catalunya. No s'autoritza la reproducció total o parcial d'aquesta publicació. La Revista del CLC accepta la diversitat d'opinions dels seus col·laboradors, els quals són responsables.

Junta de govern del CLC

Anna Civit (degana)
Diana Grandi (sotsdegana)
M. Carme Martín (secretària)
Catherine Perelló (comptadora)
M. Victòria González Sánchez (tresorera)
Ingríd Fontanals (vocal de Barcelona)
Anna Vila (vocal de Girona)
Noemí Rodríguez Mitjavila (vocal de Lleida)
Olga Rion (vocal de Tarragona)
Eduardo Ríos (vocal de Benestar i Família)
M. del Mar Arriaga (vocal d'Educació)
M. Carme López García (vocal de Salut)

Gerència

Daniel Domínguez

Direcció tècnica

Elisabeth Dulcet i Diana Grandi

Administració

Neus Albado, Marta Esteve i Carme Pijuan

Editorial

Hem començat una nova etapa...3

L'espectador

2n Congrés de L'European Society
for Swallowing Disorders4

Entrevista a...

...Orietta Calcinoni
ORL i foniatra a l'INAIL6

Racó científic

El mètode Padovan de reorganització neurofuncional (RNF)
Cap a una logopèdia integrativa8

La evaluació de pèrdua auditiva en nens12

Vida col·legial

Inauguració de la seu nova14

Conferències mensuals a la seu del CLC

Conferència del mes de octubre de 201218

Conferència del mes de novembre de 201219

Pèrits judicials logopèdics

Torn d'Intervenció Professional (TIP) del CLC20

Presentació del Protocol d'Avaluació Logopèdica
de l'Àfàsia21

Dossier

Criteris de la comissió de formació21

Agenda de formació continuada del CLC22

Recursos, llibres23

Fòrum Dental Internacional

7es Jornades de Logopèdia i Odontologia
Casos Clínics Interdisciplinaris24

Reflexió

Jornades de Logopèdia i Odontologia
Evolució de la formació en motricitat orofacial26

Racó jurídic

Les conseqüències de la mala praxi professional
del logopeda quan es causa un dany al pacient28

Cartes dels lectors31

Racó informàtic

e-logopèdia (XXIV) eHealth32

Prensa

Bilingüisme34

Racó lúdic35

Hem començat una etapa nova...

En l'editorial anterior us dèiem que segurament després de l'estiu ja seríem al passatge Pagès. Efectivament, a l'octubre vam fer el trasllat, va arribar el dia de l'esperada inauguració i finalment s'ha engegat la nova etapa. Ja tenim seu nova!

Us dèiem que seria com tenir un llibre amb capítols en blanc, per anar emplenant-los amb experiències noves, en un altre lloc, però tenint cura, a la vegada, de la nostra història. I d'això es tracta: hem d'escriure capítols nous perquè la logopèdia continuï creixent... Però per posar lletra als nous capítols us necessitem a tots vosaltres!

Volem que la seu nova sigui un lloc de trobada per compartir experiències professionals, per portar idees, per respondre dubtes, per fer cursos de formació continuada, per assessorar la ciutadania, per posar en marxa activitats noves...

I com succeeix normalment en aquests casos, amb el trasllat a la casa nova també es renoven les voluntats i els desitjos... Una onada d'aire fresc inunda l'ambient i sorgeixen idees noves, ens imaginem projectes nous, que s'han de portar endavant amb il·lusió i empenta.

Estem il·lusionats. Desitgem que el 2013 sigui un any fructífer, que millori la situació general i personal, que cadascú trobi el seu lloc i mai no perdi l'esperança d'un futur millor!

Junta de Govern

2n Congrés de L'European Society for Swallowing Disorders

Olga Rion, Vocal de Tarragona i M. Carme López, Vocal de Salut

Del 25 al 27 d'octubre de 2012, es va celebrar el 2n Congrés de l'European Society For Swallowing Disorders, al World Trade Center de Barcelona. El 25 d'octubre va tenir lloc el curs precongrés: Disfàgia Orofaríngia (DO) en Ictus i el 26 i 27, el congrés amb el tema *Uniting Europe against Dysphagia*.

Sembla mentida com un sol tema, la disfàgia, pot donar tant de si: més de 30 conferències, 60 comunicacions orals, 90 pòsters; especialistes no només d'Europa sinó d'arreu: el Japó, Sud-àfrica, Israel, Corea, la Xina, Austràlia, Brasil, el Canadà...; otorinolaringòlegs, metges internistes, neuròlegs, físics, nutricionistes, radiòlegs, metges rehabilitadors... i, sobretot, molts logopedes. Una vegada més, es va fer palesa la visió interdisciplinària de la DO. En una paraula: impressionant. 3 dies intensos, enriquidors, emocionants. En alguns casos pensant "que lluny que som...", i en d'altres: "doncs no ho fem tan malament...".

Pel que fa al curs, es va parlar sobre prevalença de la DO en ictus, fisiopatologia de la DO en ictus, conseqüències i tractament. En finalitzar el curs, es va fer una posada en comú per consensuar què hauria de reflectir-se en una guia clínica sobre DO en ictus, que properament es difondrà mitjançant la Societat.

Quant al Congrés, el primer bloc va estar dedicat a les diferents tècniques de detecció i tractament de la disfàgia en pacients adults, en infants i en pacients geriàtrics. Per acabar, dissabte hi va haver un espai dedicat a la nutrició del pacient amb DO: possibles complicacions, avaluació de la nutrició, etc. També es va fer una crida a intentar trobar un consens internacional sobre la denominació de les diferents textures dels aliments.

El segon dia de congrés es va iniciar amb les complicacions respiratòries de l'OD, i es va fer una menció especial a les pneumònies per aspiració i a la importància de mantenir una bona salut oral per evitar-les. A continuació, es va discutir sobre les DO en diferents patologies com les malalties neurodegeneratives i els càncers de cap i coll.

El darrer bloc va estar dedicat al tractament rehabilitador, des de metodologies clàssiques fins a les més innovadores, i també a l'adaptació dietètica.

Paral·lelament, van tenir lloc la presentació de pòsters i de les diferents comunicacions orals. Molts logopedes col·legiats van participar en el Congrés presentant

pòsters o comunicacions orals. Us en fem una relació (requadre inferior).

Com a conclusió, podem dir que va ser un Congrés molt enriquidor, en especial perquè ens va brindar la possibilitat de veure com es treballa la Disfàgia Orofaríngia a tot el món, i va fer possible l'intercanvi de coneixements entre professionals de diverses disciplines i nacionalitats. ■

- **Benefits of the implementation of a swallowing test in a stroke unit .preliminary results.** Sagalés, Maria; Cocho, Dolores; Homs, Isabel; Cobo, Marivi; Bao, Pilar; Pou, Marina; Mas, Pilar; Aloy, Andreu; Melià, Sussagna; Perez, Gemma; Pujol, Gemma; Sabaté, Rosa; Serra, Jordi; Tantiñà, Silvia, Hospital General de Granollers. Pharmacy Department, Granollers, Spain.
- **Dysphagia in huntington disease: a proposal for speech therapy.** Montagut Colomer, Núria; Molinuevo, José Luis; Barreiro, Soledad; Gazulla, Dolores; Muñoz, Esteban; Hospital Clínic, Barcelona, Spain
- **Screening dysphagia in parkinson's disease. Comparative study in two stages of evolution.** Rion, Olga; Garnica, Almudena; Roquer, Esther; Hospital Universitari St. Joan de Reus, Reus, Spain
- **Detection of signs of dysphagia in patients in home care.** López García, Carme; Arroyo Aljaro, Ramon; Bistuer Lacarra, Anna; Moller Parera, Mercedes; Valles, Esther, Institut Català de la Salut - CAP Drassanes, Barcelona, Spain; Institut Català de Salut - Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, Spain
- **Swallowing rehabilitation in a young patient with total glossectomy due to neoplasm in fanconi's anemia: a case report.** Clemente, Ivet; Aviñó, Conxa; Tobed, Marc Hospital de Palamós (Girona), Palamós, Spain; Hospital de Palamós, Palamós, Spain; Hospital J.Trueta, Girona, Spain
- **Implementation of an oral-motor rehabilitation program in a department of pediatric gastroenterology and nutrition.** Pinillos, Sergio; García, Raquel; Milá, Anna; Ortiz, Catalina; Meavilla, Silvia; Castejón, Esperanza; Martín de Carpi, Javier; Vila, Víctor; Varea, Vicente; Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Spain
- **Oropharyngeal dysphagia in children. Evaluation and treatment in a specific unit of a department of pediatric gastroenterology and nutrition.** Pinillos, Sergio; García, Raquel; Meavilla, Silvia; Gutiérrez, Alejandra; Milá, Anna; Márquez, Adela; Trías, Marta; Alcaraz, Ricard; Ortiz, Catalina; Varea, Vicente; Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Spain
- **Evaluation protocol of oropharyngeal dysphagia developed by CLC,** Marisa García i Judith Ejarque (que va ser escollit, entre d'altres, per tenir una breu presentació oral).
A la foto: Autores del protocol del CLC



EVALUATION PROTOCOL OF OROPHARYNGEAL DYSPHAGIA DEVELOPED BY COL·LEGI DE LOGOPEDES DE CATALUNYA (CLC)

J. Ejarque, M. García, B. Pastor - Speech therapists. CLC Members
D. Grandi - Speech therapist. CLC Comission coordinator of protocols. CLC Vice Dean

INTRODUCTION

The incidence of oropharyngeal dysphagia is very high in patients of any age with neurological diseases, with the institutionalized elderly, and for others as a negative consequence of other disorders and surgical treatments. Speech pathologists specializing in dysphagia are involved in the detection, evaluation, recommended instrumental explorations, interpretation of clinical trials, and treatment. A consensus is needed on the warning signs and symptoms that are important in determining whether swallowing is effective and safe.

MATERIALS AND METHODOLOGY

Due to the absence of specific assessment tools for each pathology in speech therapy, in 2008 the CLC encouraged the development of evaluation protocols. This initiative, the first of its kind in Spain, was built on proposals made in 2006 by the CLC Judicial Commission of Experts, a collegial group responsible for drafting the speech therapy evaluation protocol of Oropharyngeal Dysphagia. In 2011, the proposal was presented to the collegiate for suggestions and consensus and also presented at the 3rd congress of the CLC. Currently it is under review for publication and diffusion.

RESULTS

This protocol is the result of a literature review and of the experience of the participating team. It consists of introduction and assessment protocols for swallowing in children and adults.

INTRODUCTION

- Definition • Etiology • Incidence
- Diagnostic: the history and clinical examination of swallowing provide indirect evidence that the patient has impaired swallowing (Terre, 2002). It can identify signs and symptoms of dysphagia, and patients at risk of aspiration. Recommended instrumental explorations determine the need for treatment strategies.
- Severity scale ***

EVALUATION PROTOCOL OF SWALLOWING IN INFANCY (0-5 years, developmental age) AND MATURE SWALLOWING

CLINICAL HISTORY

- Diagnosis and prognosis
- Pharmacological treatment
- General condition
- Respiratory function
- Muscular or neuromuscular disorder
- Cognitive and behavioral impairment
- Feeding via use of compensatory strategies
- Symptoms of dysphagia
- Environment and availability of caregiver

CLINICAL EXAMINATION

Anatomical and functional exploration

If necessary it can be completed with the CLC Oral Dysfunction Evaluation Protocol and Voice Evaluation Protocol.

Clinical examination tables

Procedure to pass the clinical examination tables

Swallowing of saliva	
Alteration of lip seal-sialorrhoea	
Swallowing on request	
Swallowing fractional	
Swallowing reflex retardation	
Alteration of laryngeal ascent	
Cough	
Wet voice	

Clinical examination of swallowing with oximeter and feeding syringe. Parameters for assessment	
Consistency: nectar-pudding-liquid	
Volume: 2.5 ml, 5 ml, 10 ml, 15 ml	
Altering efficacy	
Alteration of lip seal	
Oral swallowing not initiated	
Oral transit time increased	
Fractional swallowing	
Nasal regurgitation	
Oral residue	
Safety alteration	
Lingual propulsion alteration	
Swallowing reflex alteration	
Laryngeal ascent alteration	
Pharyngeal residue feeling	
Ostruction sensation	
Absence of respiratory apnea (with stethoscope)	
Silent aspiration + Low saturation O ₂	
Cough (before/during/post-swallowing)	

Adaptation of MECV-V; Clave, P, 2006

Non-nutritive sucking (with a thumb-sized baby nipple)	
Bite force	
Tone of the tongue	
Respiratory noise	
Nutritive sucking (in semi supine incorporated to 60° + normal use nipple)	
Lip seal	
Cupped tongue	
Sucking/swallowing	1/1 2/1 3/1
Sucking-swallowing-breathing coordination	
Nasal regurgitation	
Cough	
Desaturation O ₂	
Duration (< 15-20 min)	

Mastication (with easy to chew diet)	
Alteration of lip seal	
Vertical mastication	
Unilateral mastication	
Rotatory mastication	
Force	
Oral residue	

*** Severity scale of dysphagia	
Normal swallowing	
Mild dysphagia	
Moderate dysphagia	
Severe dysphagia	
Very Severe dysphagia	

CONCLUSION

The CLC Evaluation Protocol of Oropharyngeal Dysphagia is an effective tool to obtain the data necessary for the detection, assessment and rehabilitation of this pathology. The implementation of the protocol in clinical practice will allow the validation of the document and start the next stage: the process of developing a clinical practice guideline.

REFERENCES

- Arvedson JC. Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. Dev Disabil Res Rev. 2008;14(2):118-27. • Bernabeu, M. Disfagia Neurógena. Evaluación y tratamiento. Blocs 14. Badalona: Fundació Institut Guttmann; 2002. • Bleeck D. Disfagia: Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución. ed. Mc Graw Hill, 1ª edición. 2004. • Bours GJ, Speyer R, Lemmens J, Limburg M, de Wit R. Bedside screening tests vs. videofluoroscopic or fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing to detect dysphagia in patients with neurological disorders: systematic review. J Adv Nurs. 2009 Mar;65(3):477-93. • Clavé, P, Arreola V. Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECVV) para la detección de la disfagia orofaríngea. Novartis Medical Nutrition, 2006. • Clave, P et al. Disfagia orofaríngea en el anciano. Med Clin. Barcelona. 2005;124(19):742-8 • Cot, F. et al. La disfagia oro-faríngea chez l'adulte. Canada: Maloine 1986. • Daniels SK, Anderson JA, Wilson FC. Valid items for screening dysphagia risk in patients with stroke: a systematic review. Stroke. 2012 Mar;43(3):892-7. • Hinchey JA, Shephard T, Furie K, Smith D, Wang D, Tonn S. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. Stroke. 2006; Sep;37(9):1972-6. • Jaume, G.; Tomás, M. et al. Manejo de la disfagia y aspiración. Barcelona: Ergon 2007. • Leslie P, Driman MJ, Finn P, Ford GA, Wilson JA. Reliability and validity of cervical auscultation: a controlled comparison using videofluoroscopy. Dysphagia. 2004 Fall; 19 (4): 231-40. • Lim SH, Liu PK, Phua SY, Seshadri R, Venkatasubramanian N, Lee SH, Choo PW. Accuracy of bedside clinical methods compared with fiberoptic endoscopic examination of swallowing (FEES) in determining the risk of aspiration in acute stroke patients. Dysphagia. 2001 Winter;16(1):1-6. • Logemann, JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. 2nd ed. Austin, Texas: Proed, 1998. • Martino R, Fron G, Diamant N. Screening for oropharyngeal dysphagia in stroke: insufficient evidence for guidelines. Dysphagia. 2000 Winter;15(1):19-30. • Martino R, Silver F, Teasell R, Bayley M, Nicholson G, Streiner DL, Diamant NE. The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST): development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. Stroke. 2009 Feb;40(2):555-61. • Perry L, Love CP. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. Dysphagia. 2001 Winter;16(1):7-18. • Ramsey DJ, Smithard DG, Kain L. Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. Stroke. 2003 May;34(5):1252-7. Epub 2003 Apr 3. • Roig-Quilis M, Pennington L. Oromotor disorders in childhood Barcelona: Vígara,2011. • Rosemary Martino, PhD; Norine Foley, BAsc; Sanjit Bhogal, MSc; Nicholas Diamant, MD; Mark Speechley, PhD; Robert Teasell, MD. Dysphagia After Stroke: Incidence, Diagnosis, and Pulmonary Complications. Stroke. 2005; 36: 2756-2763. • Santoro PP, Furia CL, Forte AP, Lemos EM, Garcia RI, Tavares RA, Imamura R. Otolaryngology and speech therapy evaluation in the assessment of oropharyngeal dysphagia: a combined protocol proposal. Braz J Otorinolaryngol. 2011 Mar-Apr;77(2):201-13. • Silbergleit AK, Schultz L, Jacobson BH, Beardley T, Johnson AF. The Dysphagia handicap index: development and validation. Dysphagia. 2012 Mar;27(1):46-52. • Simental AA, Carrau RL. Assessment of swallowing function in patients with head and neck cancer. Curr Oncol Rep. 2004 Mar;6(2):162-5. • Trapi M, Enderle P, Novotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachertshausen A, Grainin M. Stroke. Dysphagia bedside screening for acute-stroke • Terré, R. Tesis doctoral: Disfagia orofaríngea secundaria a daño cerebral: diagnóstico, evolución, factores pronósticos y tratamiento con toxina botulínica. Directores de tesis: Dr. Mesirri, F y Monés, J. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina de la UAB. Barcelona, 2009. • Velasco, M. et al. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutrición clínica en medicina. 2007. Vol 1-nº3:174-202. • Woisard V, Puech M. La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte. Marseille: Solal 2003. • Wolf, L, Glass, R. Feeding and swallowing disorders in infancy: assessment and management. USA, 1992.



Entrevista a Orietta Calcinoni



ORL i foniatra a l'INAIL

Eduardo Ríos Vocal de Benestar i Família

El passat mes de novembre de 2012, a la ciutat de Milà, vam mantenir una entrevista amb Orietta Calcinoni, ORL i foniatra a l'INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro) i al Teatro alla Scala, sobre el present i el futur de la logopèdia, i per conèixer el seu punt de vista sobre la nostra professió.

Com veu la situació de la logopèdia a Itàlia?

Igual que en la major part d'Europa. En aquests moments de crisi i de retallades en sanitat, la prevenció és un dels sectors que més pateix, fins i tot amb presència d'un alt nivell professional entre els logopedes.

Vostè treballa en l'àmbit de l'art (Teatro alla Scala) i en l'àmbit de la medicina del treball (INAIL), entre d'altres. Com ha de ser el paper del logopeda en aquests sectors?

En l'àmbit de l'art, el logopeda pot tenir almenys dos objectius: els estudiants, però també de vegades els professionals, que no han tingut uns estudis reglats al començament de la seva carrera artística i necessiten sovint reajustar les bases de la respiració i de la parla quan, en intensificar-se els compromisos professionals, no són suficients els dots innats. Per això, si un logopeda aprèn la tècnica particular del cant i de la veu teatral, pot col·laborar amb els professors de cant, de teatre,

amb els ORL i amb els foniatres per ajudar l'artista. A causa de les diferències que existeixen entre els actors i cantants, especialment en els diferents tipus de veu per al cant, crec que un logopeda hauria de centrar-se, sobretot al principi, en un tipus d'artista i, solament amb l'experiència, treballar en altres tipus d'ús de la veu artística.

Com hauria de ser la relació entre l'ORL i el logopeda?

El metge especialista, ORL o foniatre, i el logopeda tenen una formació i experiència diferents, encara que estan units per "l'aparell", que cuiden i guareixen. Des del respecte dels propis rols, la col·laboració és necessària, tenint sempre present les diferències que calguin dels seus punts de vista.

En quin país o països hem d'inspirar-nos per aconseguir la màxima excel·lència professional?

Hi ha certament països com el Regne Unit o els països del nord d'Europa que

tenen una història en la prevenció i en la investigació mèdiques, però cada país hauria de trobar una via pròpia per a l'excel·lència de les professions, avaluant les necessitats de la seva societat i de la manera més idònia, per la seva cultura i mitjans, per dur a terme solucions pràctiques. Un bon exemple d'això em sembla l'escola mexicana, i també la polonesa.

Què en pensa de la utilització dels miralls laringis, la rinoscòpia, l'endoscòpia, etc., per part dels logopedes per fer una avaluació contínua en el procés de la rehabilitació de la veu?

Un logopeda ha de tenir un bon coneixement anatomofisiològic per comprendre les dinàmiques del camp de què s'ocupa en la rehabilitació. Utilitzar habitualment aquests instruments permet observar diferents modalitats de la veu amb objectivitat. Sovint, també després de la visita de l'especialista mèdic i després del cicle de rehabilitació logopèdica

En l'àmbit de l'art, el logopeda pot tenir almenys dos objectius: els estudiants, però també de vegades els professionals, que no han tingut uns estudis reglats al començament de la seva carrera artística i necessiten sovint reajustar les bases de la respiració i de la parla quan, en intensificar-se els compromisos professionals, no són suficients els dots innats. Per això, si un logopeda aprèn la tècnica particular del cant i de la veu teatral, pot col·laborar amb els professors de cant, de teatre, amb els ORL i amb els foniatres per ajudar l'artista.

passen setmanes, si no mesos. Per tant, un quadre objectiu pot variar i el logopeda ha de poder adonar-se d'això i contactar de nou amb l'especialista per comentar-ho.

Què poden aportar a la professió sanitària de la logopèdia aquestes tècniques?

Es poden utilitzar també com a feedback per al mateix logopeda: veure la "desaparició" de dos nòduls vocals, o la reparació del moviment d'una corda vocal, o una compensació correcta de la corda sana en una paràlisi, pot donar una "tornada" visual de la percepció acústica d'una veu "millorada", que permet compartir amb el pacient, en el cas del vídeo, aquesta retroacció.

Quina formació necessita un logopeda per utilitzar aquestes tècniques de manera correcta?

Ha de ser una formació tècnica guiada per un metge especialista, però recordant que es "veu" la mateixa cosa amb dues

intencions diferents: l'especialista ORL o foniatre observa per obtenir un diagnòstic i establir una teràpia (també logopèdica algunes vegades); i el logopeda avalua la reserva funcional del sistema i on s'ha d'aplicar la tècnica logopèdica per adaptar-la a mida, pacient per pacient.

Quines patologies mostren més incidència en l'àmbit de la professió sanitària de la logopèdia? A què és degut?

En general les malalties de la infància. El pes de l'atenció dels mestres sobre els alumnes, la necessitat d'"actuar" en el projecte de vida d'un nen o un adolescent són, en general, els ressorts més forts a l'hora d'activar una rehabilitació.

Creu que la prevenció està prou present al nostre país? Què hem de millorar?

Discurs complex... Una prevenció es decideix per un projecte nacional. Quines coses li interessin, al país? Volem ser més forts, resistents i sans en els propers deu

o vint anys? Establerts aquests objectius, s'han de programar els projectes i assignar els pressupostos necessaris per dur-los a terme. Però en aquest període els polítics pensen més en les eleccions properes i en els deutes immediats que en els països d'aquí a deu o vint anys... Encara que algunes decisions de "no fer prevenció" podran augmentar els costos de la sanitat després. Els col·legis professionals, les associacions, les universitats no han de deixar de recordar això als polítics.

Quin paper pot tenir el logopeda per millorar la prevenció en els trastorns de la comunicació?

Indispensable. La comunicació és l'element "vital" de la nostra societat. Prevenir els trastorns de la comunicació permet al logopeda "romandre en el joc". Millorar la prevenció dels trastorns de la comunicació és el punt sobre el qual es jugarà la prevenció del futur. I si no se n'ocupen els logopedes, certament ningú no ho farà per ells. ■

El mètode Padovan de reorganització neurofuncional (RNF)

Cap a una logopèdia integrativa

Teresa Feliu Bas, col. 08-2083

El Mètode Padovan de RNF és una aproximació terapèutica que consisteix a recapitular les fases del neurodesenvolupament per tal d'habilitar o rehabilitar el sistema nerviós.

Qualsevol infant, durant el desenvolupament, passa per unes fases anomenades etapes neuroevolutives, a través de les quals va madurant i organitzant el seu sistema nerviós (SN). Aquestes fases són el recorregut de l'ésser humà independentment del lloc i la cultura a què pertany. Cada una és el resultat de les seves precedents, i alhora el requisit i l'eina per arribar al pròxim graó de desenvolupament, d'integració i d'organització del SN.

Aquestes fases es desenvolupen a molts nivells: en l'adquisició del caminar (tot el procés implicat en el bon caminar), de la motricitat fina, del parlar (parla, llenguatge, veu i comunicació) i en l'elaboració del pensament, l'organització del psiquisme, etc. Les etapes neuroevolutives ens mostren externament com s'ha organitzat internament el SN humà. L'evolució és molt lenta si la comparem amb la d'altres animals, per arribar al final a un resultat d'una gran complexitat. Per exemple, en la fase d'adquisició del caminar, una criatura, en un començament, gira sobre el seu cos, s'arrossega amb un patró primitiu, de seguida en fa un de més elaborat i eficaç, després gateja i no tarda gaire a caminar. Aquest primer caminar és homolateral, i posteriorment, al voltant dels tres anys, si tot ha anat bé, ja camina amb el patró adult, creuant els membres superiors en relació amb els inferiors.

En una teràpia normal de RNF-Padovan es recapitulen els moviments neuroevolutius del cos des del bressol fins a l'adquisició de la verticalitat amb la riquesa i llibertat necessàries de cada part del cos, els moviments neuroevolutius de les mans, dels ulls, d'organització muscular complexa, i finalment els moviments neuroevolutius orals, que porten fins al domini de la musculatura de la parla. Per tant, utilitzarem els mateixos camins que habiliten el SN per rehabilitar-lo o habilitar-lo (quan per si sol hi ha dificultat en aquest procés d'habilitació) segons els casos.

Aquests moviments els acompanyem sempre de poemes que recitem amb la intenció de donar una qualitat al ritme i la coordinació dels moviments, aspecte importantíssim en la integració del SN com un TOT, ja que sabem que el seu llenguatge fonamental és de freqüències, sincronitzacions i coherència. A més

a més d'això, els poemes serveixen de model de llenguatge clar i estructurat, per tal d'imprimir un bon model de llenguatge al cervell, i com a suport i estímul a les associacions mentals, que són la base de l'organització del pensament i la imaginació i el que això comporta quant a flexibilitat en tots els camps.

La tècnica es pot utilitzar en molts casos sense la col·laboració del pacient. Es du a terme, una part bàsica del programa, i els seus estímuls continuen sent efectius. Sempre hem de respectar el punt on es troba la persona.

Si tot va bé, ni ens fixem en els actes quotidians, ja que la majoria els tenim automatitzats, i a més a més el nostre cap està immers en tot de pensaments en una inacabable pel·lícula interior. Tot funciona gràcies a aquesta xarxa de comunicació complexa que és el SN, però quan per qualsevol causa deixa de funcionar de forma "coherent", salten les alarmes i apareixen els símptomes, que no deixen de ser només les fulles de l'arbre. Aquestes persones tan observadores del desenvolupament humà (R. Steiner, T. Fay, B. Padovan i d'altres) ja havien intuït que **hem d'intentar arribar a organitzar les bases-arrels per donar l'oportunitat al sistema nerviós de trobar o retrobar els camins més eficaços, ràpids i econòmics per al nostre dia a dia.**

Avui se sap que la plasticitat neuronal necessita REPETICIÓ, RITME i REGULARITAT. Padovan hi afegeix RECAPITULACIÓ en els casos en què tenim una tasca terapèutica a fer. Encara que, com diu Sònia Padovan, "tots som pseudo-normals compensats".

EN QUÈ ES FONAMENTA LA RNF-PADOVAN

1 – En les observacions del filòsof Rudolf Steiner (1861-1925), fundador de l'antroposofia, de la qual es troben aplicacions pràctiques en la pedagogia (escoles Waldorf), les ciències socials, la medicina, la farmacologia, l'agricultura i el desenvolupament personal.

Sobretot va basar-se en un treball sobre pedagogia i en un apartat on parlava d'estar realment **atents a la riquesa de les interdependències entre els processos de CAMINAR-PARLAR-PENSAR**.

2 – En el treball de Temple Fay (1895-1963), neuròleg i neurocirurgià americà que junt amb un equip multidisciplinari van observar el desenvolupament motriu de nens i nenes de tot el món. Va veure que tots els infants seguien un "patró" comú que es repetia, i a més a més, que els que tenien lesions cerebrals no podien dur a terme aquest patró de desenvolupament.

La seva observació el va dur a dir que l'ontogènesi (desenvolupament de cada individu) porta a dins alguns aspectes de la filogènesi (evolució de les espècies). Aquest procés, que porta de la posició horitzontal a la vertical, el va anomenar **ORGANITZACIÓ NEUROLÒGICA**.

El seu alumne Edvard Le Win en va fer aquesta definició: **"L'organització neurològica és el procés a través del qual l'organisme, subjecte a forces mediambientals, aconseguix el potencial inherent al seu codi genètic"**.

3 – En l'observació de **la pròpia NATURALESA, que ens mostra sovint el camí a fer**, però com que no duem les ulleres adequades per veure'l, sovint ens quedem en la simptomatologia i prou. La natura és simple i complexa alhora, i només hi ha certes persones que poden fer un ús convenient d'aquestes ulleres, i trobar-les és una bona tasca personal i professional.

4 – En el treball de recopilació, observació i desenvolupament de Beatriz Padovan (1927), pedagoga i logopeda brasilera, que després d'ensopegar amb casos difícils com a mestra d'una escola Waldorf, va saber posar-se les ulleres d'observar i després d'uns anys de recerca i provatures va confeccionar el seu mètode de treball.

La seva filla, Sonia Padovan, metgessa especialitzada en neuropsicologia i psicoteràpia, ha posat l'explicació a tota la profunditat neurològica d'aquests exercicis.

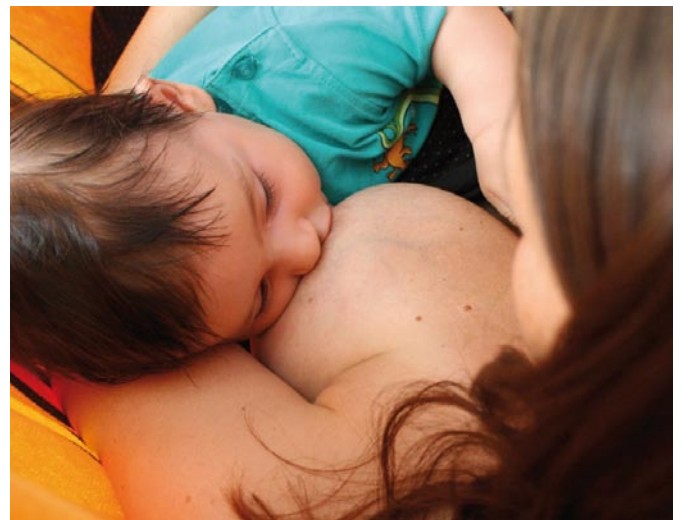
L'estada de B. Padovan a la Facultat d'Odontologia de Sao Paulo com a professora i alumna durant set anys, la va fer aprofundir en totes **les funcions reflexovegetatives orals (respiració, succió, masticació i deglució), conegudes com a funcions pre-lingüístiques, o sigui, que preparen la neuromusculatura per fer possible l'articulació dels fonemes i de les paraules**.

El fet de treballar amb ortodontistes i veure les recidives que apareixien en els seus tractaments, va fer que s'adonés que aquí també hi havia la possibilitat de treballar la neuromusculatura responsable de les funcions de respirar, succionar, mastegar i deglutir, i en va dir Mioteràpia Funcional Integrada (1970). Després, però, va veure que no podia treballar per parcel·les i ho va ajuntar tot: cos, mans, ulls i funcions orals, per dir-ne Mètode Padovan de Reorganització Neurofuncional.

COM ES TREBALLA

Com hem dit, seguim la seqüència neuroevolutiva de l'ésser humà que té una direcció i una organització temporals, que

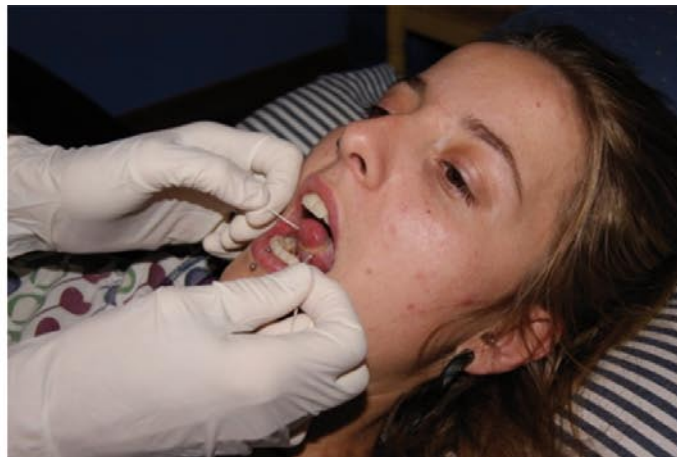
En una teràpia normal de RNF-Padovan es recapitulen els moviments neuroevolutius del cos des del bressol fins a l'adquisició de la verticalitat amb la riquesa i llibertat necessàries de cada part del cos, els moviments neuroevolutius de les mans, dels ulls, d'organització muscular complexa, i finalment els moviments neuroevolutius orals, que porten fins al domini de la musculatura de la parla.



La succió en la lactància materna prepara la neuro-musculatura oral per a facilitar les funcions prelingüístiques.



El terra és el millor camp d'entrenament pel desenvolupament neuro-motor d'un infant.



Un cop acabats els exercicis corporals, manuals i oculars, tenim un bloc amb el treball de les funcions neuro-vegetatives orals (respiració, succió, masticació i deglució).

segueix un ordre preestablert genèticament. Això és el que procurem reimprimir de forma consistent i organitzada en el SN, com un tot. Els camins desviats sovint estan mal construïts, funcionen d'una forma poc econòmica i lenta per al SN, per tant, tornen les maniobres mentals menys ràpides, menys eficaces, les connexions amb més interferències negatives i les representacions mentals menys nítides. A més a més d'això, quan treballem amb les funcions orals s'estimulen els parells cranials directament i les estructures del tronc encefàlic de manera eficaç, així es contribueix a millorar i restablir funcions relacionades amb aquest nivell del SN, com a respostes del SN autònom, millora del son/vigília, atenció/concentració, per exemple.

En una sessió de 45-50 minuts fem un repàs al desenvolupament motor del cos seguint una seqüència que té en compte la idea de neuroevolució, passant de forma gradual de la posició horitzontal a la vertical: els exercicis de les mans, també seguint el seu procés evolutiu des del naixement fins a la pinça d'escriure; els dels ulls, en què també es respecta aquest procés que va des dels moviments horitzontals fins a tots els moviments que fan més lliure la musculatura de l'ull (no és un treball optomètric, en cap cas podem ni volem suplantar aquest treball més específic), i els jocs populars infantils, com la corda o la pilota, que els introduïm com a moments que ens permeten ajuntar la part visomanualmotora.

Un cop acabats els exercicis corporals, manuals i oculars, ve un bloc amb el treball de les funcions neurovegetatives orals (respiració, succió, masticació i deglució). Posteriorment, hi afegim el que necessita cada persona concretament. Si cal situar bé els fonemes, farem uns exercicis; si cal potenciar la lectoescriptura, en farem uns altres; i així amb totes i cada una de les persones, sempre dependent de la demanda per la qual ens arriba.

També és cert que a vegades, quan expliquem el nostre treball, dóna peu a suspicàcies com ara que volem fer-ho tot: "més val que us cenyiu al vostre camp", etc. Mai no ocuparem el camp d'altres professionals, ja que no és la nostra tasca, ni en tenim els coneixements; i més aviat penso que podem ser molt complementaris. Jo aquí sempre dic el que la mateixa Beatriz Padovan respon i que per aquest motiu em va engrescar: "Mentre per la porta de la meua consulta entri una persona, jo treballaré tot el conjunt; això sí, el dia que entri una boca sola només treballaré aquella boca".

I una altra frase que també és sempre a la cloenda dels seus cursos: "Sembla que aquest mètode és molt senzill perquè els exercicis no són complicats. És tan senzill com la naturalesa i jo **penso que el que segueix el que la sàvia naturalesa ens mostra i ensenya té menys possibilitats d'equivocar-se**". ■

BIBLIOGRAFIA

- AEPPLI, W. La teoría de los sentidos según R. Steiner. Cuadernos Pau de Damasc. Barcelona, 1996.
- BENIANS, J. Los años de oro. Ed. Rudolf Steiner. Madrid, 1996.
- DELACATO, C.H. O diagnóstico e tratamento dos problemas de fala e leitura. Centro de Reabilitação Nossa Senhora da Glória. 7ª Ed. Rio de Janeiro, 1963.
- KÖNIG, K. Los tres primeros años del niño. Andar, Hablar, Pensar. Ed. Rudolf Steiner. Madrid, 1995.
- LE WINN, E.B. Human neurological organization. Charles C. Thomas Publisher, Illinois, 1969.
- PADOVAN, B.A.E. - Conferència 1r Congrés Internacional de Fonoaudiologia de Guadalupe. Març 1976.
- PADOVAN, B.A.E. - Reorganisaçao Neurológica (Método Padovan). Temas sobre desenvolvimento. Memnon Edições Científicas. LTDA, São Paulo v.3, n17, p. 13-21.
- PADOVAN, B.A.E. - Reorganización Neurofuncional (Método Padovan) Módulo I cursos de formación (1996) Revisado 2009.
- QUIRÓS, J.B. & SCHRAGER, O.L. Lenguaje, aprendizaje y psicomotricidad. Panamericana. Buenos Aires, 1969.
- STEINER, R. Andar, Hablar y Pensar. Editora Antroposófica. Sao Paulo.
- VIGOTSKI, L.S., LURIA, A.R., LEONTIEV, A.N. Lenguaje, desarrollo y aprendizaje. Icone Ed. E Editora da Universidade Sao Paulo, 1988.
- RATEY, John. El cerebro manual de instrucciones. Ramdom House Mondadori, S.L., 2002.
- FERRE, J. El desarrollo neurofuncional y sus trastornos. Ed. Lebón. Barcelona, 2002.
- MACHADO, Angelo B.M. Neuroanatomia funcional. São Paulo. Editora Atheneu, 2006.

Serveis col·legials

ASSESSORIA LABORAL

L'assessoria laboral ofereix assessorament sobre qualsevol dubte o problema en relació a la vostra situació laboral (drets, reclamacions, acomiadaments, salaris, jubilacions...)

Podeu consultar de forma puntual i gratuïta, o bé per telèfon a la seu del Col·legi o bé personalment, concertant cita prèviament.

ASSESSORIA FISCAL

L'assessoria fiscal ofereix assessorament sobre tributacions, dubtes referents a impostos i altres aspectes econòmics relacionats amb l'exercici lliure de la professió per compte propi.

Es pot fer per telèfon o bé personalment concertant cita prèvia.

ASSESSORIA JURÍDICA

L'assessoria jurídica ofereix assessorament sobre qüestions jurídiques, civils o penals, derivades de la pràctica professional o bé de l'entorn professional. Es pot consultar per telèfon o concertant cita prèviament.

ASSEGURANCES

El Col·legi ha subscrit un conveni amb la corredoria d'assegurances Eurogestió Bcn, S.L., per tal de donar cobertura i informació a tots els col·legiats. Aquesta corredoria és la que proporciona la pòlissa de responsabilitat civil als col·legiats inclosa en la quota. Els col·legiats acollits a la quota de No Exercent no tenen aquest servei. Per qualsevol dubte podeu contactar amb el Col·legi.

SERVEI FINANCER

El conveni amb el Banc de Sabadell Atlàntic-Professional BS, ofereix als col·legiats diferents productes financers amb notables avantatges econòmiques i fiscals:

- Crèdits especials als col·legiats
- Assessorament bancari i financer, sense cost
- Comptes corrents d'alta rendibilitat, amb targetes especials per als col·legiats
- Productes d'estalvi i pensió, a curt i llarg termini
- Finançaments mitjançant pòlisses de crèdit, préstecs per a primera instal·lació o modernització de la consulta, préstec per a automòbils, hipoteques per a la vivenda, leasing per maquinària...

Contactar amb el Col·legi o amb l'oficina del Banc de Sabadell més propera.

FULL INFORMATIU

Els col·legiats reben l'actualitat del Col·legi i tot allò que sigui d'interès per a la professió i els professionals a través de la informació del Full informatiu.

REVISTA LOGOPÈDIA

El CLC edita una revista de periodicitat semestral, amb notícies, ressenyes de llibres, articles, entrevistes... d'interès per a la logopèdia.

FORMACIÓ

El CLC organitza activitats formatives, fòrums de debat... segons necessitats i expectatives dels professionals de la logopèdia, cursos, xerrades, col·loquis... Amb importants descomptes pels col·legiats.

BORSA DE TREBALL

Servei per a tots els col·legiats que busquin o vulguin canviar de feina. Caldrà demanar per correu electrònic l'usuari i la contrasenya per poder accedir a la borsa de treball.

DERIVACIÓ D'USUARIS

Servei per a col·legiats exercent que vulguin que se'ls derivin usuaris. Només cal omplir i signar el qüestionari.

CONVENIS ALTRES ENTITATS

El CLC ha signat conveni amb les empreses següents: Viatges Ecuador, Viatges Iltrida, Eurodatos (protecció de dades) i Club Natació Barcelona.

GESTIÓ COL·LEGIAL

Compulses de documents, certificats

SERVEI D'INFORMACIÓ PROFESSIONAL

Informació sobre convocatòries d'oposicions, cursos, postgraus, seminaris, jornades...

FUTUR

S'accepten tota mena d'idees per obrir nous serveis col·legials. Adreçar-les a gerència.

La evaluación de pérdida auditiva en niños

Maite Amigo - Audióloga

El principal objetivo de la evaluación audiológica es proporcionar un diagnóstico que sea la base para la intervención. Esta se realiza a través de una serie de pruebas que nos permiten determinar el grado de pérdida y la localización del problema. Existen algunos puntos importantes para recordar:

- Los niños pueden ser evaluados a cualquier edad.
- Para realizar un diagnóstico apropiado se necesita emplear una batería de pruebas que incluyan las subjetivas y las objetivas (también llamadas electrofisiológicas). Dichas pruebas deberán ser elegidas en base a la edad de desarrollo del niño. Como dice el Dr. Noel Matkin (1990) no existe un método único para la evaluación pediátrica.
- Se necesita obtener datos frecuenciales específicos, no basta saber si el niño responde al sonido y cómo lo hace, sino también en qué frecuencias responde o no.
- Con las pruebas se busca no solamente diagnosticar el tipo y grado de pérdida auditiva, sino interpretar el impacto de la pérdida en la comunicación hablada, así como proporcionar las ayudas auditivas necesarias.

En todos los casos, sin importar la edad del pequeño, se deben obtener:

- Anamnesis del paciente
- Observaciones de los padres
- Inspección otoscópica
- Impedanciometría

Para la mejor comprensión de las pruebas realizaremos una división entre las que son:

- Subjetivas
- Objetivas

Las subjetivas (de observación del comportamiento) son aquellas en las que las respuestas al sonido son observadas, y se infiere así el funcionamiento del sistema auditivo. Por ejemplo, si se le presenta un sonido al niño y éste responde levantando la mano, se infiere que lo ha escuchado. Se ha medido la respuesta al sonido, pero no el sistema auditivo directamente. Requieren de la colaboración del sujeto.

En contraste, las pruebas objetivas nos proporcionan una medida directa del sistema auditivo. Como ejemplo están las mediciones del oído medio, las respuestas neurales del tronco cerebral. No requieren de la colaboración de la persona.

Dentro de las pruebas objetivas utilizadas con niños tenemos:

- Emisiones Otoacústicas. Investigaciones de los últimos años han encontrado que la cóclea produce energía acústica. Estas emisiones son el producto de las acciones de la micromecánica de la cóclea. Si estas emisiones están presentes se dice que las células ciliadas están íntegras. Pueden ser espontáneas, cuando se producen en ausencia de estímulos sonoros, y evocadas, cuando se obtienen con la estimulación del oído. Para medir las otoemisiones evocadas se requiere introducir una pequeña sonda en el oído, se presentan los sonidos y se registran las respuestas. No es una prueba invasiva y no se requiere que el niño colabore, sólo que permanezca quieto por unos minutos. Son muy utilizadas como parte de los procedimientos de screening neonatal. Sin embargo, tienen sus limitaciones: una de ellas es que los resultados se ven afectados si hay problemas de oído medio, por lo que su interpretación debe ser cautelosa.

- Potenciales Evocados Auditivos de Tallo Cerebral. Es una prueba segura y no invasiva que tampoco requiere de la colaboración del niño. Debe aplicarse durante el sueño natural o cuando el niño tenga calma motora y sensorial, en algunas ocasiones se requiere medicación sedativa ligera. Se colocan una serie de electrodos en la cabeza y alrededor de los oídos y por medio de auriculares se pasan estímulos auditivos. Los electrodos recogen las variaciones en la actividad eléctrica de la vía auditiva (VIII par). Si se aplica correctamente se puede inferir la sensibilidad de cada oído (en las frecuencias entre 2 KHz y 4 KHz). Si un niño tiene Potenciales auditivos normales se puede inferir que la audición periférica se encuentra dentro de límites normales. Cuando los resultados no son normales, la interpretación de pérdida auditiva resulta más ambigua ya que existen otros factores que pueden alterarlos, como son los retrasos neurológicos.

- Impedanciometría. Son las medidas objetivas de la función del oído medio. Esta no es una prueba auditiva. Existen tres componentes de esta prueba: timpanometría, impedancia estática y reflejos acústicos. Durante su aplicación se inserta una pequeña oliva en el canal auditivo del niño, se pasa un tono continuo y cambios en la presión de aire para provocar el movimiento del tímpano, esto es registrado. Se miden también los reflejos acústicos. En esta prueba el niño también debe permanecer quieto, ya que cualquier movimiento puede alterar los resultados. Cualquier problema de oído medio puede ser detectado por esta prueba. El análisis de los resultados del reflejo estapedial nos permite determinar una posible pérdida. Si los reflejos acústicos están ausentes se puede detectar un problema auditivo. Sin embargo, es importante considerar que esta prueba por sí sola no es suficiente para realizar un diagnóstico. En muchos aspectos se puede considerar que esta técnica es menos precisa que las anteriores, sin embargo, es parte indispensable de la batería y se debe incluir.

Una consideración a tener en cuenta es que estas tres pruebas no son excluyentes sino complementarias para realizar un diagnóstico de la pérdida auditiva.

Ahora se explicarán algunas de las valoraciones subjetivas. En éstas se requiere la colaboración del niño. Se comentarán las

más importantes, siguiendo un orden de las más sencillas a las que tienen mayor complejidad.

- **Audiometría de observación del comportamiento.** Es la prueba más sencilla en referencia a lo que se requiere del bebé / niño. Se le presenta un sonido a través de bocinas en una cabina sonoamortiguada y se observan los comportamientos de respuesta del pequeño. Los resultados obtenidos no son a nivel de umbral, sino los que se denominan Nivel de Respuesta Mínima, o sea el nivel más bajo al cual el niño muestra cambios en sus reacciones. Esto será considerado por encima de su umbral auditivo. Existen muchas consideraciones importantes para interpretar los resultados, entre las que se encuentran :
 - Estado de alerta del niño. Si se encuentra dormido, inquieto o llorando los resultados pueden no observarse claramente.
 - Metodología. Se debe conocer qué respuestas podrán ser observadas en el niño. Se pueden hacer listas de los cambios en comportamientos a observar, así como el grado de certeza por parte del evaluador.
 - Los parámetros del estímulo. Se puede usar el habla, tonos puros, tonos de banda estrecha / ancha; intensidad (suave / fuerte); duración (usualmente 2 segundos); intervalos entre los estímulos. Todas estas consideraciones se deben incluir en el informe.
 - Tipos de respuestas. Muchas veces los niños con pérdida auditiva tienen algún grado de problema en el desarrollo, por lo tanto se debe hacer una distinción entre los comportamientos observables, entre los cuales están: abrir los ojos, calmarse, intentos de búsqueda del sonido que pueden indicar una respuesta de mayor nivel en el procesamiento auditivo. También están el parpadeo, movimiento de los brazos / piernas, chupeteo, cambios en respiración, que pueden indicar un procesamiento de un nivel menor.

Esta prueba nos puede proporcionar una gran cantidad de información acerca de la audición de un niño. Se puede utilizar para estimar la función auditiva en algunas frecuencias. En muchas ocasiones es la única prueba subjetiva con la que se cuenta.

- **Audiometría con refuerzo visual.** Es una prueba de condicionamiento al sonido. Se le muestra al niño que cada vez que se presenta un sonido y él gira la cabeza, el examinador hará que un muñeco se ilumine dentro de una caja. Así su respuesta de giro es recompensada y se pueden obtener respuestas en el audiograma. Se requiere que el niño tenga alrededor de 7 meses, que posea un buen control de cuello, que se encuentre despierto y alerta. Los estímulos pueden presentarse a través de bocinas o auriculares y se variarán en frecuencia e intensidad. A través de este procedimiento se pueden obtener respuestas bastante confiables.
- **Audiometría por juego.** En esta prueba se condiciona al niño al sonido, indicándole que cada vez que escuche el tono

debe poner un objeto dentro de un recipiente o armar una torre con dados. La mayoría de los niños entre los 2 a 2.6 años pueden llevar a cabo esta tarea de manera satisfactoria. El condicionamiento algunas veces no es posible en niños con retrasos en el desarrollo. A través de esta prueba se pueden obtener resultados a nivel de umbral de la respuesta, ya que el niño está maduro y emplea estrategias de escucha activas, además de mantener la atención por más tiempo. Más adelante se puede pedir como respuesta al sonido que levante la mano o que apriete un botón, sin embargo si se trata de una sesión relativamente larga se puede requerir del condicionamiento por juego.

- **Audiometría verbal / logaudiometría.** Es un componente esencial de la valoración audiológica, ya que nos permite saber cómo impacta la pérdida auditiva en la comunicación. Se realiza pasando una lista de sílabas, palabras u oraciones y se le pide que las repita o las señale. Se pueden medir los Umbrales de Recepción Verbal, que es el nivel al cual el niño puede repetir /señalar el 50 % de lo que escucha. Se valora también el Nivel de Discriminación Máxima, que es el grado de discriminación de las mismas. Existe una correlación entre el grado de pérdida auditiva y los resultados de la audiometría verbal. Para realizarla se requiere que el niño tenga un nivel de comprensión de la palabra hablada.

Como podemos observar, la evaluación audiológica pediátrica requiere de un conocimiento de las pruebas a aplicar y su interpretación. De esta manera se podrán proporcionar las ayudas auditivas necesarias y planear un programa efectivo de intervención. La calidad y e integridad del manejo de la audición en los niños es probablemente uno de los factores más importantes para su habilitación / rehabilitación. ■



BIBLIOGRAFIA

- Flexer, C. (1999). Facilitating hearing and listening in young children. San Diego, Ca.: Singular Publishing Group, Inc.
- Flores, L.; Berruecos, P. (2006). Los problemas de audición en la edad preescolar. México, D.F.: Trillas.
- Gravel, J. (2000). Audiologic Assessment for the Fitting of Hearing Instruments: Big Challenges from Tiny Ears. En R.C. Seewald (Ed.) A Sound Foundation Through Early Amplification. Proceedings of an International Conference. Chicago, Ill: Phonak.
- Ling, D.; Moheno, C. (2002). El maravilloso sonido de la palabra. México, D.F.: Trillas
- Stach, B. A. (1998). Clinical audiology: an introduction. San Diego, Ca.: Singular Publishing Book.



Inauguració de

Catherine Perelló - Comptadora del CLC

El passat 5 d'octubre, a les 11 h del matí, van començar a arribar col·legiats i col·legiades per visitar la seu nova. A mesura que anaven arribant, els acompanyàvem per tot el recinte i els explicàvem com s'utilitzaria cada espai. Els comentaris generals eren sempre molt satisfactoris, cosa que compensa la dedicació de temps i esforços que es van invertir en el seguiment de l'obra durant tot el curs passat, a més de les tasques habituals que corresponen als membres de la Junta de Govern del Col·legi.

Una pregunta que diversos col·legiats van fer va ser, si aquesta meravella tindria un cost afegit a les quotes col·legials, i els varem explicar que la quantitat que pagarem per la hipoteca d'ara endavant és més baixa que el cost del lloguer a fons perdut que destinàvem a la seu de Bruc. Totes les estances tenen ventilació directa i llum natural, no depenen de la calefacció ni de l'aire condicionat central, que sempre aportaven massa calor o massa fred, no tindrem els embolics de porteria els caps de setmana i, a més, la seu serà patrimoni, o sigui propietat, de totes les persones col·legiades. Creiem que ha estat una molt bona inversió econòmica.



Després de veure totes les instal·lacions, vam anar a la Sala de Juntes a prendre una copa de cava amb unes pastes preparades per a l'ocasió.

A la tarda, les autoritats, altres col·legis professionals i institucions convidades a la inauguració van ser molt puntuals i a les cinc i deu minuts, l'Eduard Ríos, vocal de Benestar i Família de la Junta de Govern del CLC, va fer de presentador de l'acte i va introduir la degana, Anna Civit, que va fer un petit resum de la història del Col·legi.

A continuació, va presentar la Sra. Alba Spot, secretaria general del Departament



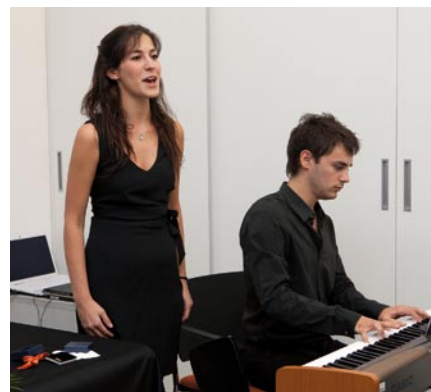
Fotos: Ferran Barjuan

la seu nova



d'Educació, que va expressar satisfacció per ser present a l'acte i el seu agraïment a la tasca magnífica duta a terme pel Col·legi, tant en la col·laboració en tots els àmbits educatiu com en l'elaboració de tots els protocols que s'han presentat conjuntament amb el seu Departament.

Posteriorment l'Eduard va explicar que hi havia una sorpresa per a la nostra benivolguda degana, l'Anna. En un PowerPoint amb fotos i textos explicatius, es feia un repàs de tot el que ha fet per al nostre Col·legi i per a la professió. Se la veia en congressos, amb consellers, en cursos, reunions diverses amb altres col·legis, tant de logopedes com d'altres especialitats, etc. Al final, la Diana Grandi, sotsdegana, li va donar el pin d'or amb el logo del Col·legi, que li va posar a la solapa del vestit. Tothom va aplaudir



a l'ocasió. El públic no parava d'aplaudir-la i ella es va haver d'excusar dient que havia de marxar per unes classes al Liceu de Barcelona. Se li va donar un ram de flors en agraïment a la seva inestimable col·laboració.

molt i va ser un moment absolutament entranyable i emotiu. També se li va fer entrega d'un cistellet amb plantes, perquè li recordin sempre que l'estimem molt i que li agraïem tot el que ha fet per a tots nosaltres.

Després d'aquests moments tan sensibles, l'Eduard va presentar el Sr. Josep Davins, director general d'Estratègia i Coordinació del Departament de Salut, en substitució del Sr. Boí, que era a Madrid. Malgrat que estava malalt el Sr. Davins va voler ser present en l'acte. Segons va explicar, entre molts altres temes volia remarcar la col·laboració estreta que ha tingut sempre, des de fa anys, amb el Col·legi en la Comissió Mixta.

També, l'Eduard va presentar el Sr. Agustí Hernández, comissionat de Participació Ciutadana i Associacions, en representació de l'alcalde de l'Ajuntament de Barcelona. Va excusar l'alcalde, ja que per motius de l'accelerament de les eleccions havia d'estar a massa llocs al mateix temps i va afegir la importància que tenen els col·legis professionals com a institucions que treballen per a la comunitat i ajuden l'administració a portar la seva tasca endavant.

Finalment, l'Eduard va afegir que una col·legiada logopeda, l'Àngels López, que és també soprano, ens complauria amb quatre peces musicals. Va aparèixer amb un jove pianista que l'acompanyava amb el teclat. En un silenci sepulcral, tothom es va sorprendre, donada la joventut de l'Àngels, de la qualitat i la potència de la seva veu, una tècnica acurada i de les peces tan ben triades per



Va ser llavors quan tots els presents es van dirigir al vestíbul del Col·legi per descobrir la placa commemorativa de la inauguració.

Al final, tots els presents van visitar la seu, van fer tota mena de comentaris i van compartir agradablement fins molt tard la companyia dels representants de les diferents institucions, tot bevent una copa de cava i menjant unes pastes.



Els membres de Junta estàvem molt cansats al vespre, després de totes les corredisses dels darrers dies, però comentàvem que havia valgut la pena l'esforç per l'èxit de la inauguració.

Ens hem fet grans i ara comença una etapa nova. Esperem que totes les persones col·legiades es facin seva la seu i participin al màxim de totes les activitats. ■





Conferències mensuals a la seu nova del CLC

El passat mes d'octubre de 2012, i coincidint amb la inauguració de la seu nova del CLC, es va engegar un cicle de conferències mensuals gratuïtes. En aquesta Revista trobareu una breu ressenya de les conferències que s'han portat a terme fins ara. Agraïm als col·legiats l'assistència i donem les gràcies de manera especial als col·legiats que han col·laborat amb la Revista fent un breu resum de les conferències portades a terme. Aquesta nova activitat ha tingut molt bona acollida per part dels logopedes; tant és així que en alguna ocasió ens hem vist obligats a fer la conferència en un lloc més gran, encara que un dels objectius de les xerrades mensuals és promoure l'ús de la seu. Us hi invitem per a les properes i us recomanem reservar la vostra plaça amb antelació, ja que l'aforament de la sala del CLC és limitat.

Conferencia del mes de octubre de 2012

Juan Luís Puente Porqueras - Logopeda 08-0019



El pasado 17 de octubre se dio inicio, con una gran asistencia de colegiados, al ciclo de conferencias gratuitas que viene organizando el CLC.

En esta primera ocasión la conferencia estuvo a cargo de **María D. Hargrove**, Fonoaudióloga, que presentó el tema **"Avances tecnológicos y terapéuticos para comprender y tratar la tartamudez desde la clínica logopédica"**.

La señora Hargrove inició su exposición con una revisión del concepto de tartamudez, aportando datos recientes sobre la prevalencia de las disfluencias, tanto en niños como en adultos. Aportó criterios para el diagnóstico diferencial de la tartamudez y el farfullero. Además de la observación directa, mencionó distintas herramientas de evaluación estandarizadas para el diagnóstico cuantitativo y cualitativo de la tartamudez: SSI-3/4, Cat-R, OASES y PSI entre otros.

Abordó el tratamiento desde una perspectiva multidisciplinar, desde un enfoque psicológico, logopédico, neurológico, con el empleo de distintos fármacos y las aportaciones que nos ofrece el mapeo cerebral: Fmri, Pet scans. En el campo de la genética, expuso los estudios del Dr. Dennis Drena que apuntan a la existencia de genes que pueden disparar la tartamudez. Por último, expuso el tratamiento logopédico utilizando dispositivos electrónicos para facilitar la

fluidez. Habló de diversos dispositivos, tanto de uso personal como de uso terapéutico durante las sesiones, DAF (Retroatimentación Auditiva Demorada) y del FAF (Retroatimentación de Frecuencia Alterada).

Cerró su exposición explicando en qué consiste el SpeechEasy. Un dispositivo completamente portátil que facilita la fluidez del habla. Está basado en más de 10 años de investigaciones científicas sobre los efectos que provoca la utilización de la "señal coral" sobre las personas con dificultades en la fluidez. Este dispositivo, a modo de audífono, combina los efectos de la retroalimentación auditiva demorada con la retroalimentación de frecuencia alterada, dando como resultado la señal coral. $DAF + FAF = AAF$ (Señal coral). Simula el efecto que ocurre cuando las personas disfémicas hablan al unísono, facilitando la fluidez en la mayoría de las personas disfluentes. El efecto puede ser instantáneo, sin esfuerzo a la vez que permite una modulación del habla natural. María D. Hargrove lo considera como el inhibidor más potente de la tartamudez.

La señal coral inhibe disfluencias involuntariamente, mediante la utilización del sistema de neuronas espejo, y no requieren el control cortical. Por el contrario, las técnicas tradicionales inhiben las disfluencias de forma voluntaria, cambiando el patrón de habla, lo que requiere el control cortical. ■

Conferència del mes de novembre de 2012

Anna Vila Oliveras - Col·legiada 08-1746 - Vocal de Girona

El passat dissabte 24 de novembre, la pell se'ns va posar de gallina quan vam escoltar el que havia patit i el que pateix, encara ara, per comunicar-se, la nostra estimada logopeda **Montserrat Massana**, col·legiada d'honor del CLC, en la conferència titulada **"Vivència d'una afàsia patida per una logopeda"**.

Eren les 10.00 del matí i la sala del Col·legi d'Agents Comercials de Barcelona (espai on es va haver de portar a terme aquest acte, a causa de la gran acollida) era plena de gom a gom... Logopedes, familiars, amics, companys afectats també de dificultats per comunicar-se... Tots bocabadats i a la vegada amb el cor encongint escoltàvem les paraules que en alguns moments sortien amb dificultat de la boca de la Montserrat, llicenciada en Medicina per la Universitat Autònoma de Barcelona, en la promoció 1977-83, i especialista en pertorbacions de llenguatge i audició (logopèdia) a l'Escola de Patologia del Llenguatge de l'Hospital de Sant Pau, en la promoció 1983-86.

Com pot ser que a ella, que havia treballat en diversos centres de logopèdia, tant privats com públics, escoles, hospitals, en un CDIAP (centre de desenvolupament infantil i atenció precoç)..., que havia impartit durant molt anys algunes assignatures, tant teòriques com pràctiques, a l'Escola de Patologia del Llenguatge de l'Hospital de Sant Pau, i també havia estat tutora de molts estudiants de pràctiques de logopèdia, als quals ens ensenyava de meravella i amb tota la il·lusió del món, ara li estigui passant això? Que a vegades no pugui triar les paraules més adequades per dir en cada situació i hagi de fer un gran esforç per comunicar-se quan no li surt el que vol dir. Ara, ella sent que és a l'altra banda: abans era logopeda i ara és pacient. Està

vivint en primera persona el que durant tant de temps ha estat exercitant amb els seus pacients per recuperar-se d'una afàsia.

Doncs aquest dia ens va explicar la seva història, amb una naturalitat impressionant. Les seves paraules ressonaven per tota la sala mentre tots ens les escoltàvem i a la vegada ens emocionàvem. També hi va haver moments que ens va fer riure, quan explicava les seves "anècdotes lingüístiques", les paraules que s'inventava i les parafràses que feia per tal d'accedir al nom.

Cal dir que la Montserrat portava la xerrada molt ben preparada. Es va mostrar molt tranquil·la i segura, perquè sabia que tots els que l'escoltàvem érem conscients del que li passava i un públic (majoritàriament logopedes) molt sensible als problemes de comunicació i, alhora, amb molt d'interès sobre com tractar, connectar i emfatitzar amb els nostres pacients. Això, ja ens ho va dir, li donava molta confiança. També sabia que li perdonàvem els dubtes, les encallades...

Tot li va començar un dimecres de la darrera setmana del mes de febrer de l'any 2008. Va agafar el telèfon per trucar a la tècnica de joventut de l'ajuntament i, quan estava a mitja conversa, va patir la primera crisi de llenguatge. No li sortia cap so, cap paraula, ni una frase... Tot plegat li va durar poc (10 o 15 segons), i després ja tornava a parlar com sempre. Ella mateixa ens deia que no va donar gaire importància al que havia passat, que ho associava al cansament... Però la situació es va anar repetint fins que, al cap de tres dies, va fer una crisi convulsiva i el resultat del TAC va mostrar la presència d'un tumor cerebral localitzat al lòbul frontal esquerre, a l'àrea motora

suplementària. Després de la intervenció quirúrgica que li van fer a l'Hospital de Bellvitge no podia parlar; ho entenia tot però no podia dir res. Tot això ens ho anava explicant amb un sentiment d'impotència, de ràbia, de dol, de frustració...

Però, a la vegada, ens va explicar molt emocionada tot el que havia fet per anar recuperant el llenguatge gràcies a l'ajuda de la seva família, de tots els professionals, de totes les estratègies que ella utilitzava (escrivia, dibuixava, cantava, recitava, explicava...) i tots els exercicis de logopèdia que algunes seves col·legues li preparàvem i ella no parava de fer, repetir i repetir. Ens va assegurar que els exercicis que fem perquè es comuniquin millor els nostres pacients serveixen de molt!

També ens va parlar del seu llibre Tractament i prevenció de la dislàlia, que va escriure molt abans de tot això, a l'abril del 2003; d'un conte que ha escrit recentment sobre un avi que pateix afàsia, i que actualment porta com a voluntària un grup de pacients afàsics... Tot això ho podeu veure en el seu bloc montserrat-massana.blogspot.com. Us animem que hi entreu i el mireu.

I moltes i moltes altres coses, ens va explicar, que, tal com hem dit només començar, ens van fer posar la pell de gallina i, sobretot, ens han servit i ens serviran per poder entendre què és el que senten els nostres pacients amb problemes de comunicació i, així, poder ajudar-los a recuperar millor les habilitats lingüístiques malmeses.

Per acabar, ens queda dir-li a la Montserrat: gràcies per la teva experiència, la teva sinceritat, amabilitat, generositat... GRÀCIES, MONTSERRAT. ■

"Estic molt contenta de com va anar la xerrada, va ser molt emotiva, vaig explicar la meva vivència des de la doble vessant, primer com a logopeda i després com a pacient. Éreu un col·lectiu sensible a la comunicació i per això em sentia segura. Però tot i així va ser un repte per a mi."

Montserrat Massana



Pèrits judicials logopèdics Torn d'Intervenció Professional (TIP) del CLC

Com cada any el mes de desembre, el Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya va requerir al CLC perquè abans del dia 21 de desembre de 2012 actualitzés i confeccionés la nova llista de pèrits judicials per a l'any 2013 amb totes aquelles persones col·legiades que hagin manifestat expressament la seva voluntat d'incorporació, i hagin autoritzat al CLC a cedir al Departament de Justícia les seves dades personals per a tal fi.

Per aquest motiu, mitjançant un correu electrònic que vam enviar oportunament, us vam informar que podíeu apuntar-vos a formar part del torn d'intervenció professional del CLC i per tant, a integrar-vos com a membres d'una o de les dues llistes de pèrits existents: 1) la llista de pèrits judicials prevista per la Llei 1/2000, de 7 de gener, d'Enjudiciament Civil –LEC– (articles 341 i següents), i/o 2) la llista de pèrits judicials que estan disposats a actuar en els supòsits i condicions fixats per l'Ordre JUS/419/2009 relativa als peritatges on el pagament d'aquests va a càrrec del Departament de Justícia.

La incorporació a les llistes de pèrits judicials esmentades és totalment voluntària. En aquest sentit, cal tenir

present que des del moment en què un professional accedeix a aquestes llistes està subjecte a un conjunt de drets i deures que ha de conèixer i complir i, ha de saber que l'incompliment d'aquests deures pot provocar que s'incorri en responsabilitats de caràcter penal, civil i/o disciplinari.

Concretament, la persona col·legiada que s'incorpori a qualsevol de les dues llistes de pèrits ha de triar el/s partit/s judicial/s on estarà disposada a actuar, i ha de tenir present que en qualsevol moment pot ésser cridada per un òrgan jurisdiccional de l'àmbit on ha declarat la seva voluntat de treballar per tal de formular-li un encàrrec d'un peritatge judicial.

En cas que sigui així, la LEC únicament preveu que el pèrit pugui excusar-se d'acceptar el càrrec si al·lega una causa justa i el Jutge o el Tribunal l'admet. Per tant, des de la Generalitat i des del CLC es demana a totes les persones col·legiades que tinguin interès en formar part de la llista de pèrits, que abans d'incorporar-s'hi, valorin si tenen la disponibilitat necessària per tal que, si són cridats per un òrgan judicial, i tenen els coneixements adequats a l'objecte del dictamen, puguin acceptar l'encàrrec.

Pel que fa a les llistes que contempla l'Ordre JUS/419/2009, us informem que en el cas que un pèrit adscrit a aquesta llista sigui cridat per un òrgan jurisdiccional i no atengui degudament l'encàrrec judicial, podrà ser exclòs d'aquesta llista. ■

Logopedes col·legiats que pertanyen al TIP per fer peritatges judicials logopèdics (any 2013):

Georgina Batet Vidal 08-1538 • M. Dolors Ceperuelo Sánchez 08-1375
Elisabeth Dulcet i Valls 08-0003 • Eva Fló Montoya 08-1244
Roser Garganta i Colomé 08-0110 • Anna Gerbolés Sánchez 08-1580
Victoria González Sánchez 08-1263 • Diana Grandi de Trepà 08-0011
M. Belén Novoa González 08-3747 • Pilar Rebull Príncep 08-0472
Immaculada Rojas Rabaneda 08-1737 • Anna Sangrà Puig 08-3723
Marta Sardà Escolà 08-0392 • M. Blasa Vílchez Giménez 08-3742

Presentació del Protocol d'Avaluació Logopèdica de l'Àfàsia

Dissabte 24 de novembre, a la seu del COACB, (Col·legi Oficial d'Agents Comercials de Barcelona), les nostres companyes **Pilar Fité, Mireia Fusté i Eulàlia Pell** ens van presentar la seva proposta de **Protocol d'Avaluació Logopèdica de l'Àfàsia**.

Es va tornar a posar de manifest la gran tasca que aquest grup i la resta dels grups de la Comissió de Protocols d'avaluació logopèdica per patologies estan portant a terme.

No és senzill elaborar un protocol d'avaluació adreçat a logopedes que sigui, a la vegada, complet i àgil. L'aportació de tots és molt important en aquesta etapa. Els autors dels diferents grups fan la seva feina, posteriorment és analitzada per un parell d'experts en la matèria, externs al grup, i finalment la proposta es posa a disposició dels logopedes que assisteixen a les diferents presentacions perquè donin el seu parer, facin preguntes i comentaris, etc.

Dissabte hi havia molta gent al COACB que hi havia assistit per escoltar la presentació del protocol i també la **Montserrat Massana, col·legiada d'honor del CLC** (en trobareu tota la informació en aquesta revista), que ens va fer gaudir d'una estona molt entranyable i enriquidora a la vegada amb la seva xerrada "Vivència d'una afàsia patida per una logopeda".

Agraïm moltíssim a les autores de la proposta de Protocol d'Avaluació Logopèdica de l'Àfàsia i a la Montserrat Massana la seva presentació. ■



Criteris de la comissió de formació

Benvolguts col·legiats,

La Junta de Govern ha considerat interessant que conegueu els criteris que la Comissió de Formació Continuada té en compte a l'hora de proposar uns determinats cursos de formació:

- 1- Nivell de professionalitat demostrada del docent.
- 2- Demanda dels col·legiats per tenir formació en aquella àrea.
- 3- Que la Junta de Govern consideri el tema d'interès per a la professió.
- 4- Els cursos es faran si hi ha un nombre mínim de persones inscrites.
- 5- En el cas que quedin fora del curs un nombre important de col·legiats, se li proposarà al ponent repetir el curs en unes altres dates, i els que han quedat fora tindran prioritat per a realitzar-lo.
- 6- Malgrat el col·legiat truqui al CLC i s'apunti en un curs, això no assegura la reserva de plaça. El col·legiat haurà de fer una transferència per considerar-se inscrit en el curs.
- 7- En cas que no s'hi pugui assistir per causa major, s'haurà d'informar al Col·legi dos dies abans perquè se'ls torni la matrícula.
- 8- En cas que sigui una conferència gratuïta el col·legiat haurà d'avisar també dos dies abans si no pot venir per poder oferir la possibilitat d'assistència a un altre col·legiat. En cas que no avisi no podrà assistir a les següents 3 conferències gratuïtes, doncs ha privat l'assistència a un altre company/a.
- 9- El col·legiat que desitgi oferir-se per impartir activitats formatives pot adreçar la seva proposta a la Comissió de Formació Continuada.
- 10- En cas que el docent sigui membre de la Junta de Govern, com que aquest no té cap remuneració econòmica, la Junta considera que no hi ha cap incompatibilitat per poder donar cursos.
- 11- Els dies en els quals s'imparteixen els cursos, no depenen directament del CLC, sinó de la disponibilitat del docent.

La Comissió de Formació Continuada demana als col·legiats que li facin arribar les seves peticions de cursos que creuen interessants per tal de poder-los organitzar. ■

AGENDA FORMACIÓ CONTINUADA DEL CLC

FEBRER

Curs Detecció, diagnòstic i tractament de les disfuncions orofacials. 1r nivell (17a edició)

A càrrec de: Diana Grandi i Yvette Ventosa

Dates: 2, 16 i 23 de febrer

Horari: de 10 a 14 i de 15 a 18 h **Durada:** 21 hores

Conferència Gratuïta "Instruments d'avaluació de la veu. La Dosimetria"

A càrrec de: Orietta Calcinone i Eduardo Ríos

Dates: 9 de febrer de 2013

Horari: de 10 a 12 h **Durada:** 2 hores

Presentació Comercial "Mètode Tomatis: estimulació auditiva neurosensorial. Aplicació en l'àmbit de la logopèdia"

A càrrec de: Núria García Pérez i Valerie Gas

Data: 14 de febrer de 2013 **Horari:** de 13 a 14.30 h

MARÇ

Curs Anàlisi del discurs narratiu en el TELL

A càrrec de: Encarna Pérez Pérez

Dates: 2 i 16 de març de 2013 **Horari:** de 9 a 14 h **Durada:** 10 hores

Jornada del Dia Europeu de la Logopèdia

Data: 6 de març de 2013 **Horari:** 16.30 h presentació ALE 2

Conferència Gratuïta "PECS (Picture Exchange Communication System)"

A càrrec de: Sonia Vilaltella

Data: 20 de març de 2013 **Horari:** de 10 a 11.30 h

ABRIL I MAIG

Curs Teràpia miofuncional en disfuncions orofacials 2n nivell (7a edició) (curs interdisciplinari)

A càrrec de: Diana Grandi, Yvette Ventosa i ponents invitats.

Dates: 20 i 27 d'abril i 4, 11 i 25 de maig de 2013

A més a més, si t'interessa l'àrea miofuncional, reserva't aquesta data:

DIVENDRES 12 d'abril de 2013

**7es JORNADES DE LOGOPÈDIA i ODONTOLOGIA
Fòrum Dental del Mediterrani Internacional**

Pots veure el programa en aquesta revista a les pàgines 24 i 25.

T'HI ESPEREM!

Reserveu-vos les dates!

Llibres



Abecedario de los fonemas Programa de intervención articulatoria

Editorial: EOS - Talleres Educativos

Autoras: Elena Campo Martínez y María del Carmen Romero Blanco

El libro se divide en una parte teórica y otra práctica.

La parte teórica consta de:

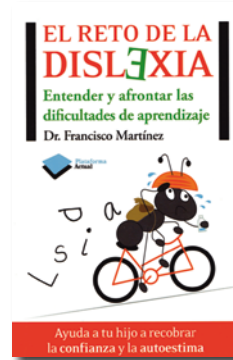
- Anatomía de los órganos bucofonatorios.
- Clasificación de los fonemas.
- Orden de adquisición de los fonemas.
- Explicación de los diferentes apartados del libro.

La parte práctica de esta obra presenta una intervención para cada uno de los 24 fonemas de la lengua española.

- Representación del grafema asociada a su dactilología.
Se relaciona el sonido con la grafía o grafías que lo representan. Además, se ofrece un apoyo visual a través de la dactilología del sonido.
- Representación del fonema. Dime ... ¿cómo suena?
Utilizando onomatopeyas se realiza una aproximación al fonema
- Articulación del fonema. Aprendemos a decir la / ... /
Colocación de los órganos bucofonatorios.
Corrección del fonema.
Respiración y praxias. ¿Movemos nuestra boca?
Emisión. Aprendemos a pronunciar el sonido.
- Discriminación fonológica. Jugamos a escuchar palabras.
En este caso, se dirige la atención a la discriminación auditiva del fonema, a través de actividades donde el alumno debe percibir auditivamente si una palabra tiene o no el fonema e incluso,

discriminar el sonido en pares mínimos (parejas de palabras que se diferencian únicamente en un sonido).

- Producción del fonema en lenguaje repetido, dirigido o inducido.
Aprovechando un estímulo visual, este apartado posibilita la producción del fonema en lenguaje repetido, dirigido o inducido. Ofrece vocabulario que responde a diferentes criterios (a) el fonema se combina con cada uno de los sonidos vocálicos; (b) el fonema aparece en posición inicial, media y final; (c) el fonema está en posición directa e inversa en la sílaba; (d) el fonema se localiza en palabras de distinta longitud silábica (monosílabas, bisílabas,...). Todos estos criterios se han buscado en un vocabulario cercano y cotidiano para el alumno. Este apartado finaliza con una actividad dirigida a favorecer la memoria auditiva.
- Producción del fonema en oraciones.
Con el desarrollo de este apartado se trabaja la emisión del fonema dentro de oraciones.
- Generalización del fonema.
Una vez trabajada la reeducación del fonema en lenguaje repetido, dirigido e inducido, se busca su generalización en los diferentes entornos del alumno: aula de referencia y hogar. Para ello proponemos dos tipos de actividades, para las cuales encontrará en el Anexo del libro los materiales necesarios
- Competencia comunicativa. En el día a día decimos muchas palabras con ...
Para favorecer la implicación familiar se ofrece este último apartado, dirigido a trabajar directamente la competencia comunicativo- lingüística. Porque la educación tiende, cada vez más, a aprendizajes prácticos para la vida, este apartado tiene la finalidad de utilizar el sonido intervenido en contextos naturales, sobre todo en situaciones reales de la vida, buscando su generalización.



El reto de la dislexia Entender y afrontar las dificultades de aprendizaje

Autor: Francisco Martínez

Publicación: Plataforma Editorial. Año: Abril 2012. Nº pág. 199

El libro que presentamos está escrito por el doctor en medicina Francisco Martínez.

Después de detectarle dislexia a su hija pequeña, se ha dedicado a estudiar y divulgar el conocimiento científico de la dislexia, colaborando con diferentes asociaciones para tratar de explicar qué es esta "desventaja", como él la denomina. También es editor de varios blogs dedicados a la dislexia: "Noticias-Dislexia" y "Dislexia sin complejos".

El libro consta de doce capítulos donde, a través de la propia experiencia vivida, da definiciones, orientaciones y plantea nuevos retos de lo que significa hoy la dislexia y de los últimos avances en genética; todo ello en un lenguaje muy ameno y enormemente creativo.

Al final del libro recoge una extensísima bibliografía, ya que menciona que existe una base de datos sobre la dislexia en la US National Library of Medicine, de más de siete mil artículos, y él tiene en su biblioteca particular cerca de un millar.

Lo recomendamos porque de verdad es encantador.

*Reseñas a cargo de:
Àngela Nebot, col. 08-0359*

Blog d'interès

www.montserratmassana.blogspot.com

Fòrum Dental

7es Jornades

Normes per a la presentació de pòsters

Els professionals que presentin pòsters a les 7es Jornades de Logopèdia i Odontologia organitzades pel Col·legi de Logopedes de Catalunya, cal que s'ajustin a les instruccions que es detallen a continuació: Hauran d'enviar un resum del pòster en format word o PDF al Comitè Científic (info@clc.cat) perquè aquest faci una valoració inicial i doni la corresponent notificació d'acceptació.

El resum ha de portar:

- 1. Títol:** en majúscules i negreta (quinze paraules com a màxim).
- 2. Autors:** inicial del nom i primer cognom i el nom de cada autor separat per una coma. No cal indicar els càrrecs. Subratllar el primer autor.
- 3. Centre:** nom del centre i el servei on treballen els autors. Fer-hi constar la població.
- 4. Contingut:** introducció, desenvolupament, conclusions i bibliografia. En un full a part han de constar (per a ús intern) les dades del primer autor: Nom i Cognoms, Adreça, Població, Codi Postal, Telèfon, Fax i Adreça electrònica.

El Comitè Científic farà la valoració dels resums dels pòsters i amb suficient antelació comunicarà al primer autor si el seu treball ha estat acceptat. En cas afirmatiu, el pòster serà confeccionat d'acord a les següents indicacions:

- A la part superior esquerra: **Títol; Autor/s; Centre i població**
- Contingut: **Introducció; Desenvolupament; Discussió i/o Conclusions; Bibliografia.**
- Format: les **dimensions** del pòster hauran de ser de **90cm d'amplada per 110cm d'altura**, i es recomana utilitzar una lletra no inferior a mida 24.
- El material del pòster haurà de ser lleuger i susceptible de ser enganxat en els panells destinats a aquest fi en l'àrea assignada pels organitzadors.
- El mateix dia de les 7es Jornades l'autor ha de portar el pòster i el material necessari per a posar-ho en el lloc adient.

OBSERVACIONS

- Tots els treballs acceptats pel Comitè Científic podran aspirar al premi al millor pòster.
- No s'acceptarà cap pòster sense la inscripció prèvia i el corresponent pagament del primer autor signant.
- **Termini màxim** de presentació dels resums: **11 de març de 2013**
- Els treballs no s'acceptaran si:
 - 1)** Es reben després del 11 de març de 2013 - **2)** Són incomplets - **3)** El primer signant no està inscrit i/o no ha efectuat el pagament corresponent - **4)** L'objectiu de la presentació es considera comercial
- **Premi per al millor pòster: 500 €**

Tallers post Jornades

Taller 1: Aparatologia ortodòntica i tractament logopèdic: com treballar de manera conjunta per aconseguir major efectivitat. **A càrrec de:** Dr. Joan Pau Marcó de Garriga.

Taller 2: La rehabilitació funcional en casos quirúrgics: lo que el logopeda ha de conèixer. **A càrrec de:** Dra. Esther Mandelbaum Gonçalves Bianchini

Data: dissabte 13/ 04/ 12

Horari: **Taller 1:** de 9.30 a 11.30h
Taller 2: de 11.45 a 13.45h

Lloc: seu del CLC, Ptge. Pagès, 13 - Barcelona

	Col·legiats exercents	Col·legiats no exercents	No col·legiats	Estudiants (acreditació)
Preus d'inscripció	65€	75€	105€	50€
Inscripcions a: www.forum-dental.es				
Important: Per obtenir descomptes en la teva inscripció i que pugui aplicar-se la tarifa que et correspon, has de demanar al CLC el teu codi.				
Inscripció als Tallers trucant al CLC.				
Taller 2h	40€	50€	60€	
Amb entrada FDM	30€	40€	50€	
Si t'apuntes al FDM i a 2 tallers, només en pagaràs un.				
• El FDM Internacional es desenvoluparà en castellà i anglès, per tant, la llengua de les 7es Jornades de Logopèdia i Odontologia serà el castellà.				

Internacional de Logopèdia i Odontologia

Casos Clínics Interdisciplinaris

12 d'abril de 2013 / Fira de Barcelona

Programa

9.00 a 9.30 Lliurament de documentació



9.30 a 9.45 Obertura de les Jornades:

Josep Lluís Navarro Majó President del COEC i Anna Civit i Canals - Degana del CLC



9.45 a 11.00 Conferència Inaugural:

Actuació interdisciplinària en Motricitat Orofacial: de la respiració oral a la Cirurgia Ortognàtica.

Esther Mandelbaum Gonçalves Bianchini - Dra. en Fonoaudiologia, Sao Paulo (Brasil)

11.00 a 11.30 Cafè (lliure)



11.30 a 12.00 La Motricitat Orofacial: la nostra realitat, avenços i reptes.

Diana Grandi - Logopeda, Lda. en Fonoaudiologia (Barcelona)



12.00 a 13.00 Tècniques quirúrgiques que afavoreixen la rehabilitació logopèdica en alteracions del fre lingual i en anquilòsia.

Anna Albertí - Metgessa adjunta del servei t'ORL i



Yvette Ventosa - Logopeda (Hospital Comarcal de l'Alt Penedès HCAP, El Vendrell, Tarragona)

13.00 a 13.30 Taula rodona. Coordina: Anna Civit

13.30 a 16.00 Exposició comercial • Dinar (lliure)



16.00 a 16.30 Prevenció de maloclusions en la 1a infància.

Gema Redondo - Odontòloga. Màster en Odontopediatria UB. Pràctica privada en Odontopediatria (Barcelona)



16.30 a 17.00 Importància de l'actuació primerenca en maloclusions en la 1a infància.

Xavier Maristany - Metge Estomatòleg especialitzat en Rehabilitació Neuroclusal (Barcelona)

17.00 a 17.45 Exposició comercial • Cafè (lliure)



17.45 a 18.15 És possible evitar les recidives en ortodòncia?

Emma Vila - Doctora en Odontologia per la UB. Especialista en Ortodòncia i Post grau en Medicina Bucal. Ortodontista d'Especialitats pediàtriques de l'Hospital Sant Jaume (Manlleu, Barcelona)



18.15 a 18.45 Protocol d'exploració inicial interdisciplinària de la disfunció crànio mandibular

Pablo Echarri - Ortodontista. Pràctica exclusiva (Barcelona).



Francisco Fernández Martín - Fisioterapeuta. Centro Tarsus (Badalona).



Joan Pau Marcó - Ortodontista. Pràctica exclusiva (Barcelona)

18.45 a 19.15 Taula rodona. Coordina: Diana Grandi

19.15 Lliurament del premi al millor pòster i cloenda de les jornades.

Recinte Gran Via de Fira Barcelona

Passeig Juan Carles I, 64, Palau 1 - Entrada Sud
08908 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Les Jornades d'Odontologia i Logopèdia

Evolució de la formació en motricitat orofacial

Diana Grandi - Sotsdegana i directora tècnica del CLC

Com sabeu, des de l'any 2001 el CLC organitza les Jornades de Logopèdia i Odontologia que es fan cada dos anys dins del Fòrum Dental del Mediterrani (FDM).

La novetat d'enguany és que els organitzadors del FDM han decidit obrir-lo al món i per això, a partir d'aquesta edició, participarem en el Fòrum Dental Internacional.

És una activitat que aglutina tant l'aspecte científic com l'industrial, ja que a més de les jornades científiques per a odontòlegs, logopedes, protètics i higienistes dentals, hi ha una important fira comercial amb empreses del sector, oberta a tots els professionals inscrits a les diferents jornades científiques.

Les properes seran les 7es Jornades de Logopèdia i Odontologia i estaran dedicades a casos clínics interdisciplinaris. En les edicions anteriors, hem tingut com a ponents molts professionals de l'odontologia, la logopèdia, la medicina, la psicologia, tant d'àmbit públic com privat, provinents de centres sanitaris i educatius, d'universitats, així com representants de l'administració, d'entitats catalanes i d'altres comunitats autònomes. Alguna vegada també hi va participar algun ponent estranger de l'Argentina i d'Itàlia; però, sobretot, sempre hem portat professionals del nostre país, perquè volem que es vegi el que fem, que els participants puguin veure que la motricitat orofacial creix de manera ferma.

Com a coordinadora d'aquestes jornades, us he de dir que no és senzill organitzar una activitat del gènere, tenint en compte que es repeteix cada dos anys, termini massa curt per portar novetats.

Perquè sempre volem portar coses noves, temes atractius, implicar més professionals. Volem que la interdisciplina, paraula que utilitzem molt en la teoria, però que a la pràctica malauradament no sempre es concreta, pugui ser una realitat veritable i contrastada en aquesta àrea de la logopèdia.

Fent una mica d'història i sobretot per posar al dia les persones que no han participat encara en aquestes jornades, volem recordar els ponents que han col·laborat amb nosaltres en les diferents ocasions. Alguns d'ells hi han participat més d'una vegada, i sens dubte les seves aportacions han estat clau per al creixement de l'àrea:

José Carriere, Enrique Perelló, Graciela Donato, Pere Haster, Ramón Boj, Nidia Zambrana, M. José Giménez Prats, Antonia Domínguez Reyes, Jordi Coromina, Emili Sangenís, Salvador Jiménez, Carmen Miranda Pallarès, Caterina Noguera, Juan José Huertas, Penélope González Pareja, Juan Rumeu Milà, Joan Pau Marcó, Hugo Aravena, Josep Lluís Grau, Antonio Galán González, Pasqualina Andretta, Maribel Giral, Mónica Egea, Eva Errando, Maria Jaume, Judith Serra, Eva M. Rodríguez Calderón, Penélope González Pareja, Anna Vila, Cati Domínguez, Olga Mora, Sara Mejuto, Anna Civit,

Abel Cahuana Cárdenas, Ma. Carmen Navarro Martínez, Elisabeth Dulcet, José Risco Arenas, Pablo Echarri, Xavier Maristany, Eduardo Padrós, Ana Molina, Juan Carlos Rivero, Mònica Miralles, Elsa Bottini, Lyda Lapitz, Laura Carasusán, Yvette Ventosa, Anna Casals, Anna Pujol, Alberto Carrasco, Natalia Pons, María Céspedes, Mar Costa, Elisenda Peradejordi, M. Carme López García, Esther Vallès, Esther López Almunia i Tomasa Pastor.

A tots ells tornem a agrair-los la participació!

Aquest any, i malgrat la crisi, farem l'esforç de portar des del Brasil una ponent excepcional: la Dra. en Fonoaudiologia Esther Mandelbaum Gonçalves Bianchini, especialitzada en motricitat orofacial, que farà la conferència inaugural: "Actuación Interdisciplinar en Motricidad Orofacial: de la respiración oral a la Cirugía Ortognática".

Hi haurà també excel·lents professionals del nostre àmbit, tant del món logopèdic com odontològic i fisioterapèutic, que ens presentaran novetats en relació amb la detecció, l'avaluació, el diagnòstic i l'abordament interdisciplinari, tant conservador com quirúrgic, de les disfuncions orofacials.

7es Jornades de Logopèdia i Odontologia

Des de la creació del CLC, l'octubre del 98, i durant tots aquests anys, sobretot des de les 1es Jornades, l'any 2001, fins ara, molts logopedes s'han interessat per aquesta àrea i s'han anat formant amb cursos de formació continuada diversos.

El coneixement i el maneig de les alteracions orofacials han crescut i millorat de manera important. Així i tot, encara hi ha professionals, incloent-hi també molts logopedes, que no donen importància a la motricitat orofacial, teràpia miofuncional, disfuncions orofacials (hi ha qui utilitza un terme o un altre per referir-se a aquesta àrea de la logopèdia). Tant és així que, malauradament, per a alguns logopedes fer teràpia miofuncional significa fer quatre pràxies amb la llengua i poca cosa més. I sense saber ben bé amb quin objectiu. I com que pensen que són quatre pràxies, es posen a fer-les i el pacient no arriba a cap resultat positiu, a vegades inclús empitjora, i a sobre ha perdut temps, esforç i diners.

Com us podeu imaginar, aquesta és una situació gens favorable, tant per al mateix pacient (perquè sense un diagnòstic clar no rebrà el tractament adequat i per tant aquest no serà efectiu), com per al professional (no exercir correctament la professió no solament parla malament

del professional en qüestió, sinó que es pot incórrer en faltes d'imperícia, imprudència, negligència...).

A més a més, com penseu que queda la nostra professió de cara als altres professionals sanitaris que confien en nosaltres i ens deriven els pacients? Què us sembla? La nostra responsabilitat professional transcendeix les portes de la nostra consulta. El que fem arriba no solament al pacient, sinó també a les seves famílies i als professionals que hi intervenen.

Per això, com succeeix amb qualsevol patologia logopèdica, si no tenim prou formació en una patologia determinada, seria bo formar-nos abans d'acceptar un cas. I si no estem en condicions encara de fer-nos-en càrrec, seria convenient derivar el cas a un company o companya que estigui format, i el següent, potser, ja l'acceptarem!

Quan parlem de motricitat orofacial no ens referim únicament a la llengua i als llavis, parlem del sistema estomatognàtic en conjunt, de la seva fisiologia i fisiopatologia. Hem de saber que les funcions primàries –tant respiratòria com alimentària– són el substrat fisiològic de la parla i de la veu, per tant, si alguna o diverses de les funcions primàries estan alterades, podran comprometre el de-

svolupament de la parla i la veu. En molts casos, per exemple, no té cap sentit treballar sobre les alteracions articulatòries de la parla sense tenir clar, abans, si l'oclusió i el biotipus facial del pacient ens permeten aconseguir els nostres objectius terapèutics. Forma i funció estan estretament relacionades.

Treballar en motricitat orofacial i dir que estem especialitzats en aquesta àrea de la logopèdia, requereix una formació sòlida i constant per poder estar al dia dels avenços continus que es van produint, humilitat per reconèixer els nostres límits i ment oberta per voler comptar amb els altres professionals de l'equip, des de la mateixa avaluació del pacient.

Hem de tenir cura no solament de fer el diagnòstic correcte, base imprescindible per decidir l'abordament terapèutic, sinó que hem de saber fer el pronòstic del cas, que també ens orientarà cap al resultat final. I hem d'estar convençuts de quan hem de donar l'alta del tractament logopèdic miofuncional... De tot això dependrà que la resta de professionals que hi intervenen, com odontopediatres, ortodontistes, ORL, cirurgians maxil·lofacials, periodontistes, etc., confiïn en nosaltres cada vegada més, i així contribuirem que la logopèdia, en totes les seves vessants, sigui una professió de qualitat. ■

Les conseqüències de la mala praxi professional del logopeda quan es causa un dany al pacient

Francesc Vila i Rodríguez - Advocat CLC

El professional logopeda té el deure d'actuar amb diligència i prudència, seguint les normes deontològiques i complint el que fixen els Estatuts del Col·legi de Logopedes de Catalunya (d'ara endavant CLC). Tanmateix, és obvi que és un ésser humà i, com a tal, pot equivocar-se. Així doncs, ja sigui per imperícia, imprudència, negligència o bé per error, el logopeda pot actuar de forma contrària a la bona praxi que se li exigeix com a professional sanitari, i pot arribar a causar un dany al pacient, ja sigui físic, psíquic o patrimonial. És en aquest moment en què pot haver de respondre dels seus actes i reparar aquest dany causat, ja que una acció o omissió contrària a la bona praxi pot tenir conseqüències.

En aquest article es pretén recordar de forma genèrica l'essència de la bona praxi professional del logopeda, i les conseqüències que es deriven de la mala praxi, tant des d'un punt de vista penal, civil com disciplinari, i l'obligació legal i estatutària de disposar d'una assegurança de responsabilitat civil per tal de cobrir qualsevol possible indemnització pel dany causat a un pacient en exercici de la professió.

1.- La bona praxi professional és un deure exigible a tots els professionals de la logopèdia

En primer lloc, l'article 4.5 de la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries (d'ara endavant LOPS), que és norma bàsica estatal, estableix que "Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos

generales propios de su profesión." En aquest sentit, en el marc de la relació entre els professionals sanitaris i les persones ateses per ells, l'article 5.1a) de la LOPS estableix que "Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta Ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables."

D'altra banda, l'article 8.1 de la Llei 7/2006, de 31 de maig, de l'exercici de les professions titulades i els col·legis professionals, estableix que "Els professionals titulats tenen el dret i el deure d'actuar segons les normes i les tècniques pròpies del coneixement de la professió, prenent en consideració les experiències pròpies del sector".

En darrer lloc, l'article 19.1a) dels Estatuts vigents del CLC, aprovats per l'Assemblea General Extraordinària de 2 de juliol de 2008 i publicats al Diari Oficial de la Ge-

neralitat de Catalunya número 5.460, de 8 de setembre de 2009, estableix que "els professionals logopedes tenen el deure d'exercir la professió èticament, respectant les normes establertes en aquests Estatuts i les que es dictin en matèria de deontologia professional".

Conseqüentment, per tal de saber què s'entén per "bona praxi professional", serà necessari analitzar amb detall la normativa aplicable. Tanmateix, abans d'entrar en aquest estudi, creiem necessari apuntar la definició de "praxi professional" que ha fixat la jurisprudència dels Tribunals dins de l'àmbit de les professions sanitàries, en què es troba la logopèdia com a professió sanitària reconeguda i regulada per la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries (LOPS).

1.1.- Concepte de bona praxi professional segons la jurisprudència dels Tribunals

La jurisprudència dels Tribunals ha anat acotant el concepte de "praxi profes-

sional" dels professionals sanitaris en diferents sentències on se n'ha valorat l'actuació. Si bé és cert que actualment no hi ha sentències que entrin a valorar la bona o mala praxi professional en l'actuació logopèdica, sí que ens en trobem moltes de mala praxi relatives a actuacions mèdiques.

Així doncs, entenem que el concepte de "bona praxi" que es deriva d'aquestes sentències es pot aplicar per analogia a la resta de professionals sanitaris, i concretament als professionals logopedes.

La jurisprudència dels Tribunals defineix el concepte com l'obligació de posar a disposició del pacient els mitjans adequats per tal d'aconseguir el fi pretès, comproment-se no només a dur a terme aquelles tècniques previstes per a tractar el trastorn en qüestió, sinó també a aplicar-les amb la màxima precisió exigible d'acord amb cada circumstància, i proporcionant a l'usuari la informació necessària que li permeti consentir o rebutjar qualsevol tractament.

1.2.- Concepte de bona praxi professional segons el Codi d'Ètica Professional

El Codi d'Ètica Professional del CLC recull en diferents preceptes el contingut de la "bona praxi professional" definit per la jurisprudència dels Tribunals, que d'acord amb l'article 19.1a) dels Estatuts del CLC és un deure que han de seguir tots els professionals logopedes.

En primer lloc, l'article 5.1 del Codi d'Ètica estableix de forma clara que "la responsabilitat essencial del logopeda és ajudar a millorar el benestar dels seus pacients". Aquesta responsabilitat s'aconsegueix "donant la millor atenció possible als seus pacients, evitant ultrapassar les seves competències i sol·licitant la intervenció d'altres professionals, si la situació així ho requereix", tal com estableix l'article 4.2 del Codi d'Ètica.

En aquest sentit, cal tenir present que d'acord amb l'article 4.5 "el logopeda ha de posar sempre a l'abast del pacient els recursos adequats a cada cas i la millor disposició possible a fi i efecte de procurar l'objectiu terapèutic de la seva actuació utilitzant de manera adequada els progressos tècnics i científics en benefici de l'usuari" tal com s'indica en l'article 3.4 del Codi. Per aquest motiu, d'acord amb el que disposa l'article 5.3

del Codi, el logopeda "ha de proposar finalitzar el tractament quan és evident que el pacient no aprofita la intervenció" en un exercici de responsabilitat professional.

En definitiva, "el logopeda ha de respectar els principis socials, morals i legals de la societat en la qual està immers", tal com s'indica en l'article 3.6 del Codi d'Ètica Professional i, per tant, ha d'exercir la professió d'acord amb una bona praxi.

Així doncs, qualsevol infracció de l'obligació d'actuar d'acord amb la bona praxi professional es considera mala praxi i, per tant, si d'aquesta actuació de mala praxi es causa un dany al pacient, el professional logopeda podrà haver de respondre de les conseqüències dels seus actes.

2.- La responsabilitat professional del logopeda com a conseqüència de la mala praxi

El Diccionari de la Gran Enciclopèdia de la Llengua Catalana estableix diferents accions per a la paraula responsabilitat, totes encaminades a l'assumpció de les conseqüències que es derivin dels propis actes, ja siguin morals o professionals. En efecte, en primer lloc s'indica que la responsabilitat és "la capacitat de respondre d'alguna cosa, de garantir l'acompliment d'una tasca, el compliment d'un deure, de donar-ne raó, etc.", i posteriorment, en l'àmbit jurídic s'estableix que la responsabilitat és "la capacitat que té tot subjecte actiu de dret de conèixer i d'acceptar les conseqüències d'un acte propi conscient i lliure", que és aquella sobre la qual centrem aquest article.

La responsabilitat professional del logopeda és la conseqüència jurídica que es pot derivar de la infracció de l'obligació d'exercir la professió d'acord amb les normes de la bona praxi professional fixades en la legislació aplicable: LOPS, Estatuts del CLC i Codi d'Ètica Professional, entre d'altres. En determinats casos, aquesta infracció provoca un dany o perjudici al pacient. Aquestes conseqüències s'agrupen en tres grans àmbits: les conseqüències penals (pena de presó i inhabilitació especial per a l'exercici de la professió), les conseqüències civils (reparació del dany causat mitjançant una obligació de fer, no fer o d'indemnitzar econòmicament) i les con-

seqüències administratives i disciplinàries (sancions econòmiques i d'inhabilitació professional).

2.1.- La responsabilitat penal d'una mala praxi professional

En l'àmbit professional sanitari els delictes que es produeixen amb més freqüència com a conseqüència d'una mala praxi són el d'homicidi imprudent (article 142 de la Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal) i el de lesions per imprudència (article 152 del Codi Penal).

Tanmateix, és difícil que un logopeda pugui incórrer en responsabilitat penal, ja que hauria de vulnerar un bé jurídic protegit del seu pacient, com és la vida humana (homicidi), o bé la integritat corporal i la salut física o mental de la persona (lesions), i caldria que es donessin tots els requisits per tal que la seva actuació pogués ésser considerada com un il·lícit penal.

En qualsevol cas, cal advertir que el Codi Penal no només preveu penes de presó de tres mesos a dos anys per a la persona que comet un delictes de lesions per imprudència, i d'un a quatre anys per a qui comet un delictes d'homicidi imprudent, sinó que també preveu penes d'inhabilitació especial per a l'exercici professional d'un a quatre anys per al delictes de lesions, i de tres a sis anys per al delictes d'homicidi.

2.2.- La responsabilitat civil del professional logopeda com a conseqüència d'un dany provocat en l'exercici de la professió

En general, quan el pacient va a la consulta per tal que el logopeda li faci un diagnòstic i li recomani el tractament corresponent, es genera una relació contractual en la qual el professional es compromet a actuar de forma diligent i prudent per tal de millorar la qualitat de vida del pacient, i aquest, a canvi, es compromet a retribuir econòmicament el logopeda pels serveis prestats.

La responsabilitat civil del professional logopeda és l'obligació que neix en el moment en què incompleix la seva obligació contractual de ser diligent i prudent envers el pacient, i com a conseqüència d'aquest incompliment (ja sigui per im-

perícia, imprudència, negligència, error o mala fe) causa un dany físic o psíquic en el pacient, dany que ha de ser reparat mitjançant una actuació professional o bé una indemnització econòmica.

En efecte, l'article 1.101 del Codi Civil estableix que "quedan sujetos a la indemnización de los daños y perjuicios causados los que en el cumplimiento de sus obligaciones incurrieran en dolo, negligencia o morosidad, y los que de cualquier modo contravinieren al tenor de aquella"; i l'article 1902 del Codi Civil estableix que "el que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado". Per tant, qualsevol acció o omissió culposa o negligent que provoque un dany hauria d'ésser reparada.

Per tal que hi hagi responsabilitat civil del professional logopeda és necessari que es donin tres requisits.

En primer lloc, hi ha d'haver un dany físic o psíquic, que sigui efectiu, avaluable econòmicament i individualitzable, i que pugui ésser acreditat per la persona que l'ha sofert.

En segon lloc, cal que hi hagi una actuació professional negligent, imprudent o amb falta de perícia que produeixi aquest dany o bé que aquest dany sigui causat per l'absència d'aquesta actuació professional quan s'havia d'haver dut a terme. En tercer lloc, s'exigeix que l'acció o omissió comesa sigui la causant del dany, és a dir, que hi hagi un nexce de causalitat entre l'acció o omissió i el dany cert produït.

Només si es donen aquests tres supòsits es pot considerar que ha nascut l'obligació del professional logopeda de reparar el dany causat al pacient, i per tant, el pacient podrà reclamar-li'n la reparació.

Tanmateix, hem de dir que en la major part de casos és difícil per al pacient acreditar l'existència d'un dany causat per l'actuació professional, ja sigui per la falta de proves que acreditin aquest nexce causal, ja sigui perquè hi ha altres factors externs que són els que l'han provocat (causa de força major i casos fortuïts). És

per aquest motiu que s'han d'analitzar cas per cas cadascun dels supòsits que es presentin, ja que els matisos són molt importants a l'hora de concloure l'existència o no de responsabilitat civil del professional logopeda.

Així doncs, hi podria haver responsabilitat civil del logopeda quan cometi un error inexcusable en el diagnòstic o en el tractament que s'ha dut a terme o actui sense la diligència deguda, i aquest error o falta de diligència provoqui un dany al pacient.

Per exemple, imaginem-nos que per diagnosticar una patologia és necessari fer unes proves fixades per un protocol acordat per la comunitat científica, i el professional logopeda omet una de les proves, la qual cosa el porta a diagnosticar una patologia diferent de la que realment té el pacient. En aquest cas, si l'actuació professional del logopeda provoca un dany al pacient, que haurà estat diagnosticat de forma errònia, i per tant és probable que rebi un tractament equivocant, i es demostra el nexce de causalitat entre el dany i l'actuació negligent del logopeda, el professional podrà ser responsable de la seva actuació i haurà de reparar el dany provocat, probablement mitjançant una indemnització econòmica.

D'altra banda, també podria existir responsabilitat civil del logopeda quan el dany s'hagués produït com a conseqüència de la manca dels coneixements científics en cada moment o de la falta dels mitjans tècnics necessaris per efectuar el diagnòstic o fer el tractament corresponent; o bé quan el dany s'hagués produït com a conseqüència d'haver omès el deure que té el pacient d'ésser informat o de no haver-se obtingut el seu consentiment.

2.3.- La responsabilitat administrativa i/o disciplinària

Tant la Llei 7/2006, de 31 de maig, d'exercici de les professions titulades i dels col·legis professionals, com els mateixos Estatuts del CLC reconeixen com a infracció aquella actuació professional derivada d'un incompliment dels deures professionals fixats per la Llei 7/2006 i

pels Estatuts, que provoca un perjudici al pacient destinatari del servei professional prestat.

En aquest sentit, l'article 18 de la Llei 7/2006 qualifica d'infracció greu: "a) La vulneració de les normes essencials de l'exercici i la deontologia professionals" i "b) L'incompliment dels deures professionals quan d'això en resulti un perjudici per a les persones destinatàries del servei del professional o la professional"; i aquesta infracció greu pot ésser sancionada amb una multa d'entre 1.001 € i 5.000 € i la inhabilitació professional durant un temps no superior a un any (article 21.2 de la Llei).

A més, l'article 17b) de la Llei estableix que aquesta infracció serà molt greu quan aquest perjudici causat com a conseqüència de l'incompliment dels deures professionals sigui un perjudici greu. En aquest cas, d'acord amb l'article 21.1 de la Llei 7/2006, la sanció pot consistir en una multa d'entre 5.001 € i 50.000 € i/o la inhabilitació professional durant un temps no superior a cinc anys.

D'altra banda, els Estatuts del CLC qualifiquen aquestes infraccions de lleus, greus o molt greus en funció de la gravetat del perjudici/dany que l'actuació professional causi al pacient. Així doncs, de conformitat amb el que disposa l'article 89 dels Estatuts, el CLC podria arribar a sancionar la persona col·legiada infractora amb una multa d'una quantitat no superior a 1.000 €, i/o un escrit amonestador per haver comès una infracció lleu, amb una multa d'entre 1.001 € i 5.000 €. També se'l podria suspendre de l'exercici professional durant un termini no superior a un any per cometre una infracció greu, i amb una multa d'entre 5.001 € i 50.000 € i/o una suspensió de durant un temps no superior als cinc anys, per una infracció molt greu.

3.- L'obligatorietat de tenir una assegurança de responsabilitat civil

En els darrers anys, les denúncies per responsabilitat civil de professionals sanitaris s'han incrementat substancialment, així

com les quanties que els Tribunals estan acceptant com a bases indemnitzatòries dels danys causats per imperícia, negligència o imprudència professional. És per aquest motiu que en un primer moment el Govern de l'Estat, i posteriorment la Generalitat de Catalunya, varen establir l'obligatorietat als diferents professionals sanitaris de contractar una assegurança de responsabilitat civil.

L'article 46 de la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries, ja va establir aquesta obligatorietat: "Los profesionales sanitarios que ejerzan en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como las personas jurídicas o entidades de titularidad privada que presten cualquier clase de servicios sanitarios, vienen obligados a suscribir el oportuno seguro de responsabilidad, un aval u otra garantía financiera que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios".

I l'article 9.1 de la Llei 7/2006, de 31 de maig, d'exercici de les professions titulades i de col·legis professionals, recollit en l'article 19.1i) dels Estatuts del Col·legi, exigeix a tots els professionals logopedes que contractin una assegurança de responsabilitat civil professional per tal de poder fer front a qualsevol obligació de pagament d'una indemnització per danys.

Cal destacar que l'incompliment d'aquest deure està qualificat per l'article 18.d) de la Llei 7/2006 com una infracció greu que d'acord amb l'article 21.2 pot ésser sancionat amb una multa d'entre 1.001 € i 5.000 € i la inhabilitació professional durant un temps no superior a un any.

Així doncs, quan el logopeda exerceix la professió, ha d'actuar amb perícia, diligència i prudència, aplicant els coneixements científics de cada moment en benefici del pacient amb els nivells de qualitat i seguretat exigibles, i essent responsable de totes les decisions que pren en l'exercici professional, ja que qualsevol actuació contrària a la bona praxi professional que causi un dany al pacient podrà tenir conseqüències que haurà d'assumir. ■

En aquesta secció trobareu resposta a moltes preguntes que alguns de vosaltres ens heu fet per telèfon o per correu electrònic, i que encara que en aquell moment ja us vam respondre, pensem que hi ha algunes qüestions que, per la seva importància, val la pena reproduir-les, així tothom podrà informar-se i tenir-les en compte davant de situacions del dia a dia de la nostra feina.

Us convidem a fer-nos arribar els vostres comentaris i els vostres dubtes i inquietuds

Peritatge judicial logopèdic

Arrel de l'enviament que vam fer per correu electrònic sobre el TIP (Torn d'Intervenció Professional) del CLC, diversos col·legiats s'han interessat pel tema dels peritatges i han demanat més informació.

Us informem que podeu llegir els següents articles per conèixer en què consisteix ser Pèrit Judicial, els deures que comporta, etc.:

Revista 22 – gener 2012 –

"Moments de canvi"

Revista 18 – gener 2010 –

"Règim jurídic del logopeda que compareix davant del tribunal. El que cal saber."

Revista 15 – setembre 2006 –

"Pèrit judicial logopèdic".

Revista 14 – gener 2008

(Secció l'espectador) Acte d'obertura.

Revista 12 – gener 2007 –

"La Comissió de Pèrits Judicials del CLC".

Revista 7 – juliol 2004 –

"La prova pericial logopèdica", "Un peritatge logopèdic és determinant per posar fi a un litigi", "Un altre pas endavant: els peritatges".

A més a més, encara que amb la nova normativa no és obligatori tenir formació específica en Peritatge Judicial per pertànyer al TIP, tenint en compte que el tipus de feina requereix un coneixement jurídic bàsic, durant el 2013 el CLC té previst organitzar cursos de formació voluntària que es publicaran oportunament.

Els càrrecs de la junta de govern no són remunerats

Ens ha arribat una pregunta d'un col·legiat sobre quan es cobra per exercir un càrrec a la Junta de Govern. Els nostres Estatuts són molt clars i assenyalen que: **"...Els càrrecs de la Junta de Govern no seran remunerats, si bé les despeses ocasionades pel seu exercici seran sufragades pel Col·legi, en els termes previstos en el Reglament de Règim Interior" (Estatuts del CLC, Cap. II, Art. 35.3).**

Encara que per alguns sigui difícil d'entendre com és que es treballi tant sense rebre una remuneració econòmica, és així: els membres de la Junta de Govern exerceixen la seva funció amb una gran dosi de solidaritat envers el col·lectiu, posant a disposició de tots molt d'esforç i temps (personal, familiar i, a vegades fins i tot en detriment de la pròpia feina).

Per això, aprofitem per agrair una vegada més a tots els companys que van ocupar un càrrec a la Junta de Govern del CLC des de la seva creació a l'octubre del 98 fins ara.

Gràcies a tots hem construït un Col·legi dinàmic i en creixement constant.

e-logopèdia (XXIV)

Andreu Sauca, col·legiat núm. 08-0101

eHealth

L'any 2003, al congrés del Col·legi de Logopedes de Catalunya va tenir lloc una Taula Rodona sobre el futur dels programes terapèutics, Internet i Teleteràpia, en la qual hi vaig participar. El dia anterior, Josep M. Vila va dir a la seva intervenció que Internet aviat seria una eina terapèutica per a nosaltres, els logopedes. Jo vaig parlar de la tecnologia al nostre abast en aquell moment i de les limitacions que hi havia per a la e-logopèdia o Teleteràpia a la nostra professió.

Han passat més de 9 anys i les coses han canviat moltíssim (i a partir d'aquest any 2013 hem d'estar alerta per l'adveniment d'una nova revolució tecnològica de la que ja se sent parlar).

En aquests 9 anys hem assistit a un esclat tecnològic sense precedents, en canvi, al nostre país l'aprofitament d'aquesta tecnologia en innovació accelerada no ha estat el mateix que en altres parts del món. Aquí, la medicina ha pujat a aquest tren des de fa temps, però no encara de manera clara i decidida la logopèdia, que sí ho està fent als Estats Units, Canadà, Itàlia,... Bé, no és cert que nosaltres tinguem un desert d'iniciatives. Ja va haver-hi una experiència pionera a Catalunya i a Espanya, en l'àmbit logopèdic des de fa uns anys per l'Escola de Patologia del Llenguatge de l'Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau, de Barcelona, i fa poc s'ha afegit el Servei de Rehabilitació d'aquest mateix hospital amb un projecte de telemedicina pel tractament logopèdic de la Disfàgia Orofaríngia.

No hem d'oblidar que els logopedes som, es digui el que es digui i per moltes "mencions" que es configuren als Graus universitaris, sols i exclusivament "personal sanitari" (LOPS). Això ens obliga a pujar als trens que ja circulen a l'àmbit sanitari i a més a més fer-ho amb una decidida vocació per a l'orientació a la evidència. Les noves tecnologies ens allarguen una mà en aquest sentit que no podem deixar passar.

Però què és i què no és la e Logopèdia?

No és Telelogopèdia si per tal entenem "Logopèdia a distància": La Telelogopèdia és la concreció d'una nova manera d'entendre les possibilitats terapèutiques.

No és Software per subscripció a través d'Internet: Hi ha empreses que venen el software terapèutic sota la modalitat de subscripció de pagament aprofitant la Xarxa WWW. No es compra el software, sinó que es lloga el seu ús on-line. La e logopèdia va més enllà, el servei no és sols un accés remot al software, són també uns serveis de supervisió i seguiment clínic per part de professionals.

No és un Tractament exclusivament virtual: Del punt anterior se'n deriva que els pacients no poden efectuar ells sols la teràpia on-line, es necessita que un logopeda faci el seguiment i l'ajust constant, amb les sessions presencials que siguin necessàries.

No és una forma per prescindir del Logopeda: Ja ho hem vist. Res més lluny de la realitat. El logopeda és més necessari que mai i l'atenció als seus pacients és sempre individualitzada i personal, la qual cosa és difícil de trobar en molts tractaments logopèdics presencials avui dia.

És eHealth:

Per "Salut en Xarxa", o "eHealth", es fa referència a l'ús d'eines basades en TIC per donar suport i promoure la prevenció, el diagnòstic, el tractament i el seguiment de malalties i la gestió de la salut i l'estil de vida.

És una manera d'estalviar recursos. És una via per intensificar teràpies a un cost assequible tant per als pacients com per als centres: Sovint, en certes patologies, ens trobem amb la necessitat d'una teràpia intensiva que el pacient no pot assumir econòmicament i/o el logopeda no pot oferir per manca de disponibilitat. La Telelogopèdia proporciona la possibilitat d'aquesta intensificació a un preu més assequible i en unes condicions de disponibilitat força millors.

És una forma d'abastar poblacions de pacients més nombroses: A vegades, és necessari arribar amb teràpia a col·lectius de pacients massa nombrosos perquè aquesta sigui possible, o també a pacients amb moltes dificultats per assistir-hi a la teràpia logopèdica.

És una forma per tenir evidències del progrés derivat de la tasca terapèutica

RACÓ DEL PROGRAMARI

TRUC SEL·LECCIONAT

El vídeo és una eina cada vegada més útil a la nostra tasca logopèdica i, parlant de eHealth, cada dia és més freqüent compartir-lo amb altres professionals. Evidentment, estem obligats al secret professional més estricte i a un alt nivell de seguretat en quant a la protecció de dades personals. Si compartim un vídeo en un mitjà al que puguin tenir accés altres persones, per exemple amb objectius docents, hem de preservar sempre la identitat dels pacients.

Un dels serveis que es fan servir més és YouTube, i els seus directius ja han pensat en aquest problema i han desenvolupat eines per resoldre'l, de manera que pot detectar les cares a un vídeo i difuminar-les automàticament, sense que haguem d'editar els nostres arxius de vídeo fotograma a fotograma abans de pujar-los (que és l'altra alternativa i a vegades l'única en altres serveis o quan el fem servir en una classe des dels nostres equips).

Per aconseguir-ho hem d'entrar en el nostre compte de YouTube que hem fet servir per pujar l'arxiu, premem sobre el nostre nom d'usuari i fem clic en el Gestor de Vídeos. Accedirem així al nostre magatzem de vídeos pujats. Seleccionem el que volem modificar i premem Editar. En el desplegable seleccionem Millores.

Ara sols queda entrar en Funcions addicionals, i en el seu desplegable seleccionar Difuminar totes les cares. Finalment, Aplicar.

Per acabar, eliminem el vídeo original i guardem la feina.

WEBS INTERESSANTS:

Logopedia.mail:

<http://www.logopediamail.net>

<http://www.logopediamail.com>

Telelogopedia:

<http://www.asha.org>

<http://www.telelogopedia.it>

Programaris de Logopèdia:

MIRELO: www.mirelo.net

WEBS DE COL·LEGIATS:

Si teniu web personal i voleu comunicar-ho a la resta de col·legiats en aquest espai, envieu un E-mail al CLC, indicant el vostre nom, núm. de col·legiat/da i la URL de la vostra web. El CLC no es fa responsable del contingut d'aquestes Webs.

ca: L'ús de les TIC proporciona la facilitat de registre i també la possibilitat de posar en comparació els resultats desats en diferents moments del procés terapèutic. En conseqüència, ens proporciona la comprovació de l'evidència de la efectivitat i ens permet quantificar-la.

És una via per millorar la comunicació entre els professionals implicats al voltant d'un cas: correu electrònic, neuroimatge, fotos, mostres d'àudio, RX, i altres moltes informacions poden ser intercanviades entre professionals independentment de la seva localització geogràfica i disponibilitat, i amb immediatesa.

Fa 9 anys feia la pregunta de si la "Teleteràpia" havia de ser regulada. Ara és evident. Ja hi ha multitud de normes legals que ho fan, però també ha de quedar regulada pels codis deontològics col·legials i altres disposicions d'aquestes entitats. Les noves tecnologies no sols evolucionen, sinó que també obren nous camins als que hem d'estar-hi atents. Hem de ser capaços d'adaptar-nos a la novetat que dia rere dia pugui anar sorgint i de reinventar-ho per als nostres objectius logopèdics.

No podem però, fer de la tecnologia, o fins i tot de la eHealth un fi en sí mateix. Aquest ha de ser el propi acte terapèutic. La tecnologia és un modus d'interactuar amb el pacient per maximitzar l'eficàcia i l'eficiència de la teràpia.

La nostra feina ja no pot mantenir-se al marge de la eSalut o eHealth. ■

Més informació:

- Lewis, T., Synowiec, C., Lagomarsino, G., i Schweitzer, J.: E-health in low- and middle-income countries: findings from the Center for Health Market Innovations (<http://www.who.int/bulletin/volumes/90/5/11-099820/en/>)
- ASHA: Articles about Telepractice for Speech-Language Pathology and Audiology Services (<http://www.asha.org/practice/telepractice/TelepracticeReferences/>)
- SocietÀ Italiana di Telelogopedia e Telesalute: Telelogopedia e Telemedicina (<http://www.telelogopedia.it/>)
- Position Paper on The Use of Telepractice for CASLPA Speech-Language Pathologists and Audiologists (<http://www.telelogopedia.it/luso-della-telelogopedia-caslpa-canadian-speech-language-pathologists-and-audiologists/>)
- @Health, Ministero della salute: eHealth - Sanità in rete (<http://www.nsis.salute.gov.it/eHealth/archivioDocumentiEHealth.jsp>).

Bilingüisme

Catherine Perelló Scherdel - Comptadora del CLC

D'entrada hi ha mites o conceptes erronis sobre el bilingüisme. Els especialistes en el camp de la lingüística i camps propers no es posen d'acord sobre com definir exactament el bilingüisme o quines són les seves característiques. En molts països la majoria de les persones pensen que el bilingüisme no és massa corrent i que només existeix a Catalunya, Bèlgica, Suïssa i al Canadà, però la realitat ens mostra que en cada país del món, en totes les classes socials existeix el bilingüisme. Alguns estudis han demostrat que la meitat del món és bilingüe degut als nacionalismes i federalismes, als matrimonis mixtes, a la globalització i a les migracions de tota mena, econòmiques, educatives, polítiques, etc.

Suposem que tots nosaltres coincidim que bilingüe vol dir que una persona té unes competències, habilitats i control de la parla i d'escriure, equivalents, en dues o més llengües durant la seva vida quotidiana; que les parla sense accent i que les pot traduir fàcilment sense preparació. Aquest és el cas de molts intèrprets i traductors. Així doncs, no és una persona que, a més de la seva llengua materna, pot parlar perfectament una altra o més llengües, per tant, per dir-ho d'altra manera, un bilingüe no és dues vegades monolingüe.

Les investigacions que estudiaven els processos que intervenen en la producció, percepció, comprensió i memorització dels diferents llenguatges parlats i escrits, havien confirmat, que l'estructura del cervell funciona de la mateixa manera en els monolingües i en els bilingües, (Zatorre, 1989), ben al revés del que han demostrat els estudis actuals.

Les persones bilingües adopten primer la llengua materna de base per estructurar el seu llenguatge sobre el qual, posteriorment, organitzaran la segona llengua. En els moments més emotius, quan estan enfadats, estressats, etc., s'expressen i tornen automàticament a la llengua materna.

Els bilingües no es donen compte de tots els factors psicològics i sociolingüístics

que els porten a emprar una llengua o una altra. Succeeix que quan interrelacionen amb altres persones bilingües, durant la mateixa conversa, una paraula, una situació, un tema específic o una frase, facilita que canviïn d'una llengua a una altra, que agafin l'expressió més adient en cadascuna de les llengües, que adaptin morfològicament o fonològicament una paraula sense adonar-se del procés (Vaid, 1986; Harris, 1992).

Concepte antic sobre el bilingüisme

Antigament, durant la primera meitat del segle XX, inclús fins a 1960, molts investigadors estaven d'acord amb Jespersen, que deia al 1922, que un nen que aprèn una segona llengua, no ho feia tan bé com si es limités només a una, doncs el cervell havia d'esforçar-se per aprendre més d'una llengua. Així doncs, la representació que es tenia sobre el bilingüisme era que, aprendre a parlar amb dos idiomes feia que les habilitats cognitives fossin menors en cada llengua, ja que, no només els aprenentatges en una llengua no es traspassaven com aprenentatges a l'altra, sinó que tot el que s'aprenia en una llengua deixava menys espai cognitiu per aprendre'n una segona. D'aquesta manera els estudis de l'època demostraven que els nens bilingües tenien problemes acadèmics, menor vocabulari i estructures gramaticals, errors en morfologia, quequeses i puntuaven pitjor en els tests d'intel·ligència, especialment en les proves verbals, (Darcy 1953). No fa pas tants anys, Macnamara (1966) amb la seva fórmula de balance hypothesis, demostrava que els humans tenen una certa capacitat neurològica i fisiològica per aprendre, i per tant, les habilitats lingüístiques d'una llengua obstruïen les possibilitats d'una segona, fent que els nens tinguessin una pitjor articulació, menor nivell de llengua escrita i més errors gramaticals. Així mateix, Carrow, (1957) explicava que aquests nens tenien deficiències en habilitats no-verbals, i en càlcul. Saer, (1931) afegia que també tenien problemes de lateralitat. Però el problema era que els subjectes analitzats, per Saer (1923),

per exemple, provenien de comunitats completament diferents, amb nens americans i nens mexicans o italians vivint als USA, o així mateix els estudis de Darcy (1946) amb nens anglesos bilingües de grans ciutats i nens bilingües de zones rurals, o alemanys i turcs vivint a Alemanya. Aquestes recerques no tenien en compte les variables d'un entorn completament diferent, desigualtats socioeconòmiques, diversitats de classes socials, de gènere, nivell de bilingüisme, d'edat, de tests emprats etc. Per tant, es podria concloure una manca de validesa en la mostra de subjectes estudiats i en les variables aplicades.

És per aquest motiu que, antigament, molts pares i inclús professors no facilitaven l'aprenentatge d'una segona llengua o arribaven inclús a prohibir-la.

És veritat que en l'aprenentatge de les dues llengües, al inici, cada llengua pot referir-se en assumptes o contextos diferents de comunicació i amb persones diverses. Emprar la llengua materna amb la mare i una segona amb el pare, per exemple, o utilitzar una determinada llengua a casa i una altre a l'escola. Si parlem de l'aprenentatge de més de dues, podrem trobar-nos que el nen faci alguna confusió o entremescla. Per exemple, si un nen de pares catalans està en un context nord-americà, por dir pish que és la unió de peix i fish (peix en anglès) o en el cas de pares francesos que viuen en un context anglès el seu fill pot dir corn (corne en francès) en comptes de horn. Passat el temps la llengua acaba emprant cada idioma en el seu àmbit doncs cada una de elles bloqueja l'aparició de l'altre

Concepte actual sobre el bilingüisme

Benaüradament actualment els conceptes han canviat i es pensa que ser bilingüe ajuda als nens a comparar les diferències entre llengües, més creixement lingüístic, més facilitat per aprendre encara unes altres llengües amb el conseqüent creixement cognitiu (Murray & Kouritzin, 1997; Grosjean, 1982; Roseberry-McKibbin &

ENDEVINALLES

1.)

Semblo una enorme libèl·lula.

No tinc volant tinc governall.

En lloc de rodes, tinc patins.

Saps qui sóc???

2.)

Els policies em fan servir.

Quan estic aturada, m'aguanto sobre un cavallet.

Puc anar de pressa perquè sóc molt lleugera.

Saps qui sóc???

3.)

Estic molt content quan vaig per camins de terra.

Només tinc un seient.

Abans que jo existís, es feia servir la força dels cavalls.

Saps qui sóc???

Brice, 2000; Hawson, 1997; Gonzales & Yawkey, 1994), (Grosjean, 1982; Hakuta, 1986 Edwards, 1995).

Els estudis sobre els que basen, tenen en compte totes les variables abans esmentades que mancaven en els estudis anteriors. Els seus resultats són completament diferents: els nens bilingües manipulen dos o més categories amb les seves pròpies regles, tenen més creativitat verbal, més flexibilitat mental en estructures sintàctiques complexes i obtenen millors puntuacions en les proves tan verbals com no-verbals (Romaine, 1995; Edwards, 1995). Endemés aquests autors afegeixen que de tots aquests resultats, no es podia desprendre que els nens intel·ligents accedissin més fàcilment al bilingüisme.

Després de totes aquestes investigacions, les concepcions que tenim sobre el bilingüisme avui dia són ben a l'inrevés, doncs els aprenentatges de cada llengua s'influencien. Si un infant aprèn ciències en una llengua, automàticament sabrà els continguts en l'altre i així automàticament per cada matèria i per tant la representació escrita d'una llengua serveix també automàticament per a l'altre. És més la gramàtica i l'ortografia poden ajudar-lo a tenir recursos davant les dificultats ortogràfiques.

Els bilingües consideren normal ser-ho i per tant hi veuen més avantatges que inconvenients. Ser bilingüe representa més fluïdesa verbal que els monolingües, té un efecte positiu en la memòria remota ja que els bilingües tenen més memòria semàntica (Grosjean, 1982; Hakuta, 1986 Edwards, 1995). Ser bilingüe representa tenir una concepció mental del món més amplia, representa que coneixen dues o més paraules per cada concepte, una concepció més complexa dels mots, que els porta a més flexibilitat cognitiva des de la infància.

Ellen Bialystok i Kenji Hakuta exposen que dominar dues llengües és molt més que la suma de cada llengua, es desperta una major sensibilitat i conscienciació metalingüística doncs els nens reben

més inputs lingüístics que requereixen un major anàlisi del llenguatge. Així mateix Segalowitz (1977) explica que ser bilingües aporta molts beneficis doncs l'estructura i les idees de les dues llengües, que poden ser molt diferents tan oralment com amb les seves grafies com el mandarí i l'anglès (Ellen Bialystok, Gigi Luk and Ernest Kwan) els força a pensar de manera més complexa que si només parlessin una sola llengua. També els resultats eren significatius i reafirmen que els bilingües realitzaven les proves millor que els monolingües, i a més eren capaços de llegir el subtil llenguatge no verbal.

Un altre estudi fet per Ellen Bialystok i Michelle Martin va justificar que els bilingües són millors filtrant i ignorant la informació irrellevant per centrar-se en la informació adequada. Aquesta habilitat l'apliquen en altres àrees educatives, en matemàtiques per exemple, en la resolució de problemes, centrant-se en la informació rellevant del que es demana.

La importància de totes aquestes investigacions permeten assegurar clarament els avantatges de la immersió lingüística a Catalunya pel fet de la cohesió social, no separar les comunitats lingüístiques i possibilitar l'aprenentatge d'una segona o tercera llengua als infants el més aviat possible.

És curiós veure que les persones que defensen tenir una educació en llengua castellana a Catalunya, no es plantegen aquesta suposició si haguessin de viure en un altre país de la comunitat europea. Trobarien normal, i un avantatge, que els seus fills estudiessin en la llengua pròpia del país. M'agradaria afegir que els immigrants estrangers d'altres països, com els magribins, pakistanesos, etc., o d'altres provinents de la comunitat europea o americana estan orgullosos que els seus fills aprenguin el català. Aquests nens desenvoluparan unes millors capacitats i obtindran grans beneficis de ser bilingües o trilingües en la adultesa especialment i actualment en el món globalitzat.

Catherine Perelló Scherdel

Solució 1: Un helicòpter. Solució 2: La moto
Solució 3: Solució: Un tractor

Professional BS

BS Compte Professional

OFERTA PER A:



Col·legi
de Logopedes
de Catalunya

«**No em cobren comissions
pel meu compte. Això sí que
és un tracte diferencial**»

BS Compte Professional és el compte que **ho té tot, excepte comissions¹**:

0

comissions

- **0 euros** de manteniment¹
- **0 euros** d'administració¹
- **0 euros** per ingrés de xecs

Obrí ara el seu compte i accedeixi a la resta de condicions preferents que Professional BS li ofereix pel fet de ser membre del seu col·lectiu professional.

Ara, a més a més, només pel fet de fer-se client, aconseguirà **un regal ben pràctic**.



Memòria USB
de 8 Gb*

Informi's sobre Professional BS a les nostres oficines, al **902 383 666** o directament a **professionalbs.es**.

NOMÉS PER A PROFESSIONALS

1. Excepte comptes inoperants en un període igual o superior a un any i amb un saldo igual o inferior a 150 euros.

* Promoció vàlida per un ingrés mínim de 300 €. Exclusivament per nous clients. En cas que s'exhaureixi aquest regal, es substituirà per un altre del mateix valor o superior.

