

logopèdia

Revista del Col·legi de Logopedes de Catalunya
[37] desembre de 2020



ENS REINVENTEM



AQUESTA REVISTA
CONTÉ UN PÒSTER

Normativa per a la publicació

Estem oberts a qualsevol tipus de col·laboració. És important que les vostres propostes arribin per correu electrònic i que hi feu constar les vostres dades personals. No s'acceptaran cartes anònimes. Cal que utilitzeu la plantilla que trobareu a www.clc.cat. L'equip de redacció es reserva el dret de no publicar aquells treballs que, per defectes de redacció, de presentació o de contingut, no es considerin adequats, així com aquells treballs que, per problemes d'espai, no puguin ser inclosos en la publicació.

Edició Col·legi de Logopedes de Catalunya

Ptge. Pagès, núm. 13 · 08013 Barcelona

Tel. 93 487 83 93

info@clc.cat

Equip de redacció Neus Calaf, Marta Esteve i Diana Sebastián

Col·laboradors Montserrat Bonet, Núria Bonet, Margarida Crous, Marta Ecurriol, Alicia Grünig, Alba Lucas, Montserrat Mañé, Antoni Ruiz, Ariadna Urroz, Francesc Vila i Equip de logopedes d'entitats associades a FEPCAT

Disseny www.estudisantielena.com

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 en són responsables.

Junta de govern del CLC

Mireia Sala (degana)

Núria Duaso (sotsdegana)

Xon Belmonte (secretària)

Núria Plava (sotssecretària)

Montserrat Costa (comptadora)

Núria Argelich (tresorera)

M. Victoria González (vocal de Benestar i Família)

Marina Pintanel (vocal d'Educació)

Ana Bistuer (vocal de Salut)

Núria Oriol (vocal d'Ètica i Deontologia)

Judit Guim (vocal de Territoris)

Mariona Clofent (vocal d'Estudiants i Joves)

Direcció tècnica

Neus Calaf

Suport a direcció tècnica

Celia Alba, Diana Sebastián

Cap d'Administració

Bernadette Campano

Administració

Neus Albado, Marta Esteve i Carme Pijuan



LOGOPÈDIA 37

Ens reinventem.

Foto: CLC

Disseny: estudisantielena

Editorial

La viralització de l'esperança3

Vida col·legial

Sessions informatives al CLC4

Una assemblea diferent5

Logopedes de diversos punts del territori comparteixen impressions en temps de pandèmia6

Covid-19

El CLC i l'Observatori dels Drets de la Infància7

Conseqüències de la Covid-19 a la pràctica logopèdica8

Telepràctica logopèdica10

Cantar amb pantalles versus mascaretes en època de COVID-19.

Eficàcia i confortabilitat12

Comunicació i mascaretes16

Recursos

Pòster de la campanya

Un logopeda fa molt més del que penses18

L'espectador

Paraules de Color Verd20

Racó Jurídic

La legislació vigent prohibeix al CLC fixar i difondre recomanacions o barems orientatius d'honoraris professionals21

La mare d'un pacient major d'edat m'ha demanat l'informe del seu fill, puc donar-li-hi?24

Cartes dels lectors

És legal?24

Tastet de llengua

COVID-19 i vacil·lacions lingüístiques diverses25

Experiències professionals

La Matriu de Comunicació i les Fites per a la Comunicació26

Medidas de identificación y formación para aumentar la seguridad de pacientes que requieren espesante en líquidos31

Obituari

La Dra. Cristina Jackson-Menaldi ens ha deixat34

El Col·legi recorda amb tendresa l'Araceli Oubiña35

Feliç 2021

La mirada somriu si tu somrius36

La viralització de l'esperança

Des del març d'aquest any, la malaltia per coronavirus (COVID-19) ha alterat la vida tal com la coneixíem fins ara. Les cases, les feines, les escoles, els espais de socialització... tot s'ha trastocat i ha canviat l'estructura, les maneres de fer. Nosaltres, al nostre torn, hem hagut de mutar també. Hem hagut de cercar dins nostre diferents variants, altres fórmules d'expressar-nos, de fer comunitat i, és clar, també altres formes de fer logopèdia.

En certa manera, ja estem començant a fer-nos experts en gestió de les crisis. L'anterior crisi econòmica va ser demolidora per a molts sectors i la logopèdia no en va ser una excepció. Quan els logopedes ja començàvem a mirar cap a nous horitzons, ens n'ha caigut a sobre una de nova i ens hem hagut de tornar a reinventar.

Aquest nou paradigma ens ha recordat com en som, de fràgils. També, i potser això era més insospitat, ens ha fet veure com en som, de forts, i de què som capaços. Enmig del caos, els logopedes hem hagut de revisar el que teníem entre mans: què era urgent i què era important; què era possible i què era impossible; què era principal i què era accessori. Hem creat xarxes d'assistència en línia i per telèfon. Hem digitalitzat els exercicis i hem salvaguardat la cooperació amb altres professionals a través d'eines que fa un any només feien servir uns pocs. Així, la primavera de la COVID va acabar convertint-se també en la primavera de la creativitat, de l'esperança.

Des del Col·legi també hem hagut de reinventar-nos per poder donar suport a tots els col·legiats en matèria de seguretat, de formació contínua i d'assessorament financer, per garantir que l'assistència logopèdica es pogués seguir oferint amb el màxim nivell de qualitat enmig d'una situació i d'unes dificultats econòmiques que ens anaven en contra. El Col·legi ha treballat intensament en la defensa de la professió davant les institucions, en la cooperació amb organismes, en la gestió d'ajuts i en la comunicació de les informacions que s'anaven publicant a tots els col·legiats.

En aquesta línia, el Col·legi va celebrar una reunió interterritorial en línia per posar en comú les impressions dels professionals dins d'aquest marc de treball. Les percepcions de la pràctica

logopèdica en temps de pandèmia des de diferents punts del territori es recullen en un article d'aquest número.

També seguim de prop l'exploració d'aquestes noves maneres de fer i parem atenció a l'ús de mascaretes. D'una banda, presentem un estudi de Montserrat Bonet i Núria Bonet sobre la utilització de mascaretes en corals que compara fins a quin punt es perd informació i intensitat amb l'ús de mascareta i pantalla. D'una altra, Xon Belmonte i Marina Pintanel expliquen com les mascaretes afecten la comunicació.

Presentem els resultats de l'enquesta realitzada pel Col·legi per valorar l'impacte de la crisi de la COVID en el sector professional de la logopèdia i una revisió de la implementació de la telepràctica en la intervenció logopèdica.

En aquest número també trobaràs un article que revisa les matrius de comunicació, una eina d'avaluació i millora de la planificació logopèdica en alumnes i usuaris amb greus dificultats de comunicació. Aquest sistema, juntament amb les fites de comunicació, és de gran utilitat per unificar les denominacions i el llenguatge que empren per referir-nos als casos.

El Col·legi, a més, va formar part de dos grups de treball de l'Observatori dels Drets de la Infància i del Departament de Treball. En aquest context es va proposar una nova definició del concepte de pobresa infantil, tot incloent-hi el dret a l'assistència logopèdica. En aquest número també fem una ressenya dels avenços d'aquesta col·laboració que encara segueix en marxa. No perdem de vista aquells que són més vulnerables, aquells que necessiten, ara més que mai, el nostre suport i la nostra creativitat.

L'era de la pandèmia ha fet aflorar unes defenses basades en la cooperació, en l'ajuda mútua i en la visibilització d'aquells que ja patien situacions de desigualtat, no només de la banda de l'usuari, sinó també de la banda del professional. Des del Col·legi mantenim el focus, les forces i la intenció en aquesta lluita, que és la que sempre hem mantingut i alhora una de ben diferent. Igualment, no oblidem els que hem perdut, els que la malaltia s'ha endut de manera directa o indirecta.

Sessions informatives al CLC

La situació de la logopèdia a l'àmbit educatiu i les actuacions del CLC en matèria d'intrusisme professional, objecte de les sessions informatives celebrades al juliol

No hi ha dubte que hi ha problemes que preocupen, i molt, a la majoria dels logopedes col·legiats al Col·legi de Logopedes de Catalunya. Alguns d'aquests problemes són preocupacions compartides pels logopedes de tot l'Estat espanyol, com per exemple la situació de la logopèdia a l'àmbit educatiu. D'altres preocupacions són compartides no només pels logopedes de tot l'Estat espanyol sinó també per totes les professions: és el cas de la lluita contra l'intrusisme professional.

El Col·legi de Logopedes de Catalunya ha treballat intensament des de la seva creació tant en la direcció d'aconseguir l'accés dels logopedes a Educació com en la lluita contra l'intrusisme professional. Tanmateix, ambdues problemàtiques segueixen existint i, òbviament, continuen preocupant als col·legiats i, per extensió, també a la Junta de Govern. Per aquest motiu, el passat 2 de juliol el CLC va celebrar dues sessions informatives on es van poder analitzar les dues problemàtiques i exposar a tots els col·legiats assistents l'actuació del CLC al respecte.

La primera de les dues sessions informatives, titulada **«Situació de la logopèdia a l'àmbit educatiu»**, va anar a càrrec de Mireia Sala (degana), Neus Calaf (directora tècnica) i Francesc Vila (advocat). Es van revisar els antecedents històrics de la situació actual, així com totes les accions realitzades, al·legacions presentades i vies de solució explorades pel CLC en la seva llarga relació amb el Departament d'Educació en el camí d'intentar aconseguir el reconeixement del grau de Logopèdia (abans, de la diplomatura) com a únic requisit per accedir al lloc de treball de logopeda a Educació. Es va revisar la normativa vigent, que encara no preveu la incorporació de logopedes que no tinguin la titulació de mestre, i les accions del Consell General de Col·legis de Logopedes amb el Ministeri d'Educació i Formació Professional i els grups parlamentaris del Congrés dels Diputats en l'intent de modificar aquestes normatives.

La segona de les sessions, titulada **«Actuacions del CLC en matèria d'intrusisme professional»**, va estar a càrrec de Núria Duaso (sotsdegana), Núria Oriol (vocal d'Ètica i Deontologia), Neus Calaf (directora tècnica) i Francesc Vila (advocat). Es van revisar els objectius de la Comissió d'Ètica i Deontologia (que es poden trobar al Portal ètic del web del Col·legi), entre els quals hi ha fomentar una cultura de compliment deontològic i normatiu per protegir de les males pràctiques i l'intrusisme professional i coordinar l'exercici de la jurisdicció disciplinària que porta a terme el Col·legi per mediació de la Junta.

Es va revisar la normativa vigent aplicable estatal i catalana (Llei 2/1974, de 13 de febrer, sobre Col·legis Professionals, Llei 7/2006, de 31 de maig, de l'exercici de professions titulades i dels col·legis professionals i Estatuts del CLC), així com el procediment que se segueix per combatre l'intrusisme professional i les males pràctiques, establert pels Estatuts del CLC.

Es va informar que es consideren intrusisme professional els següents supòsits: **1** l'exercici de la logopèdia sense tenir la titulació requerida, **2** l'exercici de la logopèdia per

part d'un logopeda no col·legiat, **3** l'exercici de la logopèdia per part d'un logopeda col·legiat com a no exercent. En cap d'aquests casos es compleix el requisit legal que habilita per a l'exercici de la professió. Tanmateix, es va exposar que **l'intrusisme professional no és l'únic motiu de les denúncies que es reben al CLC**. Encara que en menor mesura, **també es reben denúncies a col·legiats per mala praxi, per competència deslleial i per assetjament laboral**.

Amb aquestes dues sessions es va donar testimoni de tota la feina feta en l'abordatge d'aquestes problemàtiques. La sessió va ser gravada i l'enllaç al vídeo està disponible a la zona restringida del web, accessible per a tots els col·legiats. ■



1. Situació de la logopèdia a l'àmbit educatiu

A càrrec de:
Mireia Sala, degana del CLC
Neus Calaf, directora tècnica del CLC
Francesc Vila, advocat (Roca Junyent)



2. Actuacions del CLC en matèria d'intrusisme professional

A càrrec de:
Núria Duaso, sotsdegana del CLC
Núria Oriol, vocal d'Ètica i deontologia del CLC
Neus Calaf, directora tècnica del CLC
Francesc Vila, advocat (Roca Junyent)



Clica per veure la Presentació de les Sessions Informatives



Una assemblea diferent

El passat 23 d'octubre es va celebrar l'Assemblea General Ordinària del Col·legi de Logopedes de Catalunya

El passat 23 d'octubre es va celebrar l'Assemblea General Ordinària del Col·legi de Logopedes de Catalunya, inicialment convocada per al 27 de març però desconvocada el 18 del mateix mes en aplicació del Reial decret 463/2020, de 14 de març, pel qual es declara l'estat d'alarma per a la gestió de la situació de crisi sanitària ocasionada per la COVID-19 publicat al BOE el 14 de març de 2020.

La convocatòria de l'assemblea del 23 d'octubre preveia la seva celebració per videoconferència, a l'empara del que preveu l'article 4 del Decret Llei 10/2020, de 27 de març, pel qual s'estableixen noves mesures extraordinàries per fer front a l'impacte sanitari, econòmic i social de la COVID-19 modificat per l'article 10 del Decret Llei 26/2020, de 23 de juny, de mesures extraordinàries en matèria sanitària i administrativa.

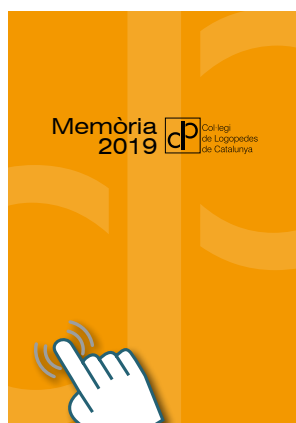
Així mateix, el 19 de setembre es va publicar al BOE la Ley 3/2020, de 18 de septiembre, de medidas procesales y organizativas para hacer frente al COVID-19 en el ámbito de la Administración de Justicia, que en la seva disposició final primera modifica la Llei 2/1974, de 13 de febrer, sobre col·legis professionals, i **permet de forma expressa que els òrgans col·legials de les corporacions col·legials (col·legis i consells generals) es puguin constituir, convocar, celebrar les seves sessions, adoptar acords i remetre actes tant de forma presencial com a distància, excepte que es prevegi expressament el contrari.**

Així doncs, l'Assemblea es va reunir de forma no presencial, a través de la mateixa plataforma de videoconferències que s'utilitza per a les activitats de formació continuada i reunions d'ençà de l'inici de la pandèmia.

Aquesta nova modalitat de reunió va facilitar l'assistència de col·legiats i col·legiades que, pel seu lloc de residència o pel domicili professional, habitualment tenen més dificultat per assistir a les reunions presencials. Podem dir que l'experiència va ser, en general, molt positiva.

En el marc de l'Assemblea es va presentar i aprovar la **Memòria 2019**, disponible al web del CLC, on trobareu les activitats més rellevants que es van portar a terme al CLC durant el 2019. Cal destacar que en aquell any hi va haver **canvis de càrrecs**

a la Junta de Govern: l'Elizabeth Estrada, la Mireia Torralba i l'Anna Vila van deixar el càrrec i s'hi van incorporar la Xon Belmonte i la Marina Pintanel amb els càrrecs de secretària i vocal, respectivament.



Clica per veure la Memòria 2019 del CLC

Ressaltem aquí dues fites d'aquest 2019, entre les moltes accions dutes a terme. La primera va ser la participació del CLC al **Fòrum de Diàleg Professional**, una iniciativa del Departament de Salut impulsada per la consellera Vergés, amb el lema «**Construïm la salut del futur**». El CLC va contribuir amb la seva participació a **fer present la logopèdia a l'hora d'imaginar la sanitat que volem**. D'altra banda, es va crear el **Consell Tècnic de Logopèdia** dins el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries, el qual es considera clau per aconseguir posicionar millor la nostra professió en tots els àmbits de la seva

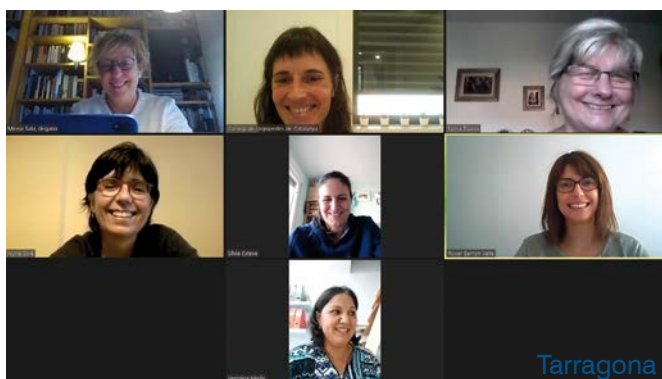
competència. Tota aquesta informació, i molta més, la podeu consultar, com sempre, a la memòria d'activitats. ■



Campanya de precol·legiats

Logopedes de diversos punts del territori comparteixen impressions en temps de pandèmia

Aprofitant les noves oportunitats d'interacció que ofereixen les noves tecnologies, aquesta tardor el CLC ha obert uns espais per afavorir l'apropament dels col·legiats al Col·legi i compartir inquietuds des dels diferents territoris.



Concretament, es van convocar quatre reunions: el 5 d'octubre amb col·legiades de Tarragona, el 6 d'octubre amb col·legiades de Lleida, el 13 d'octubre amb col·legiades de Girona i el 19 d'octubre amb col·legiades de Barcelona. Es va plantejar aquesta acció per territoris per tal de poder atendre les particularitats de cadascun d'ells.

En aquestes sessions es va poder comprovar que, tal com es podia preveure, **la majoria de les preocupacions actuals tenen a veure amb l'atenció logopèdica en el marc de la pandèmia per COVID-19. Les participants van poder compartir experiències i neguits en relació amb la seguretat en els tractaments, amb la dificultat de treballar amb mascareta, amb l'ús de la mascareta transparent i amb la necessitat de la seva homologació com a mascareta sanitària, amb les sessions en línia amb diferents poblacions, amb la gestió dels pacients positius a la consulta, amb les mesures de seguretat i protecció dins de la consulta o amb la neteja de joguines.**

Altres inquietuds que es van apuntar per ser abordades en aquestes sessions van ser la cerca de treball i formacions, la

formació actualitzada, el reconeixement de la professió, les condicions laborals i sortides professionals, l'assessorament laboral i fiscal, les sortides professionals del logopeda sense experiència o estudis específics, les tarifes de les sessions de logopèdia, la implicació dels mitjans de comunicació en les problemàtiques amb què ens trobem, la precarietat del servei logopèdic, i les necessitats de connectar la recerca amb la pràctica clínica. Totes aquestes inquietuds van quedar al tinter per a noves ocasions.

Es van aprofitar les sessions per recollir les opinions de les participants en relació amb el que esperen del Col·legi.

Pel que fa a la formació, es van remarcar algunes necessitats formatives d'interès per a les participants i es va destacar que la modalitat en línia dels cursos, motivada per la pandèmia, ha acabat resultant positiva perquè ha facilitat a les persones dels diversos territoris que puguin assistir-hi. Quan la formació era presencial, l'assistència des dels territoris era molt més difícil i ara, en canvi, tenen la mateixa facilitat d'accés que els col·legiats de Barcelona.

En relació amb altres aspectes, **algunes participants van coincidir a comentar que durant el confinament es van adonar de la necessitat i la importància de pertànyer a un col·lectiu com és el Col·legi de Logopedes de Catalunya.** Segons deien, el suport que es va donar des del CLC va ser molt necessari en tot moment i la informació actualitzada que arribava als col·legiats era molt útil. El col·lectiu va tenir una necessitat i es va adonar que el CLC existia perquè hi va donar resposta.

Es van tancar totes quatre sessions amb una valoració positiva de part de les persones participants i es va manifestar l'interès general de celebrar aquest tipus de trobades de forma periòdica. ■



El CLC i l'Observatori dels Drets de la Infància



El Col·legi de Logopedes de Catalunya ha participat en dos grups de treball de l'Observatori dels Drets de la Infància del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya.

Un dels grups se centra en la caracterització dels factors de la pobresa infantil i en el desenvolupament d'estratègies per a mitigar-ne les conseqüències. L'altre grup està enfocat a identificar les conseqüències de la COVID-19 en la infància. El Col·legi ha aportat la perspectiva de la intervenció logopèdica en ambdues problemàtiques.

En el marc del primer grup de treball, el CLC ha aportat una definició del concepte de pobresa infantil tot afegint la perspectiva del dret a l'assistència logopèdica. Pel CLC **«la pobresa infantil és un quadre multifactorial que no es limita a una renda familiar o un consum reduïts, sinó que presenta altres elements que coexisteixen i que participen en l'exclusió i la desigualtat dels infants»**. Aquests factors poden afectar diferentment els individus. Les conseqüències de la pobresa infantil poden donar-se en el cobriment de necessitats bàsiques, com ara una nutrició correcta i un manteniment de la salut, i també en l'accés a serveis socioeducatius necessaris per a integrar-se a la societat.

Des del prisma de la logopèdia, hi ha pobresa infantil quan, per motius socioeconòmics, no es pot accedir a l'assistència logopèdica, ja sigui en la prevenció i/o el tractament de la comunicació, la parla, la veu, l'audició o les funcions orals no verbals (respiració, succió, masticació i deglució).

D'altra banda, en el grup de treball sobre la COVID-19, **s'ha fet un diagnòstic de l'impacte d'aquesta malaltia en la comunicació de la població infantil i adolescent**. A més, s'han fet propostes d'accions concretes i recomanacions de canvis de caire estructural tant a mitjà com a llarg termini.

UN CANVI DE PARADIGMA

La pandèmia de la COVID-19 ha trastocat la vida de les persones a tot el món. A més del dol anòmal pel qual han hagut de passar aquells que han perdut éssers estimats, durant el confinament, la vida, els serveis i l'assistència de les persones han patit greus trastorns.

Com en el cas d'altres disciplines, **la pandèmia també ha afectat negativament la pràctica logopèdica. El tancament dels centres de logopèdia va privar els infants d'assistir a sessions de logopèdia presencials**. Un cop finalitzat el confinament, les mesures sanitàries van dificultar el retorn a la presencialitat, tanmateix **en els tractaments de logopè-**

dia sovint és imprescindible que l'usuari vegi la cara del logopeda per imitar-lo, per fer lectura labial o, de manera més general, per interpretar les emocions i els gestos de naturalesa no verbal. Això va provocar que l'obligatorietat de l'ús de la mascareta impedis la continuïtat d'alguns tractaments. L'ús de joguines i materials diversos, que poden ser un focus de contagi, també ha obligat a prendre mesures de desinfecció contínues i, de vegades, s'ha optat per no emprar-los.

Per aquests motius **la telepràctica ha estat una alternativa necessària per donar continuïtat als tractaments**. Això no obstant, la intervenció logopèdica a distància tampoc no està exempta de dificultats. Podem dir que, en molt poc temps, qui no havia fet servir mai un programa de videoconferència s'ha vist obligat fer-se'n un expert, i ha hagut d'aprendre a treure el màxim profit d'aquest canal de comunicació.

A través de la videoconferència, les converses són més fatigants, ja que encara que no cal portar la mascareta, la sincronització de l'àudio i la imatge no és perfecta, la qual cosa dificulta el processament. D'altra banda, aquest breu retard entre l'àudio i el vídeo fa la lectura labial més difícil.

La intervenció telemàtica, a més, centra tota la interacció en l'escolta i l'observació de la pantalla. La manipulació d'objectes, el joc o el treball físic, encara que no són impossibles, es fan molt més dificultosos per videoconferència. Aquest format demana als interlocutors un nivell d'atenció i concentració més elevats i limita les activitats que es poden fer.

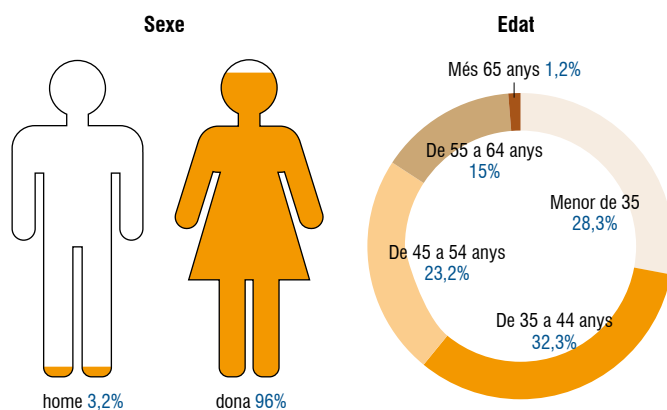
En aquest nou paradigma de treball, determinats perfils d'alumnes i pacients n'han resultat afectats de manera especial, com ara aquells que necessiten una assistència basada en la interacció física directa, en l'ús del cos, en el cant, en la manipulació d'objectes, o els que necessiten fer tasques que no exigeixen un nivell d'atenció tan elevat.

Finalment, els dos grups de treball tenen problemàtiques i objectius comuns, ja que aquest nou marc de treball demana requeriments tècnics que no estan a l'abast de totes les famílies. **Des de la logopèdia, en tot el seu ampli abast d'intervenció, és necessari tenir presents aquests factors que afecten les famílies i vetllar perquè es proporcioni l'assistència a tots els usuaris i en especial a persones en situació de vulnerabilitat.** ■

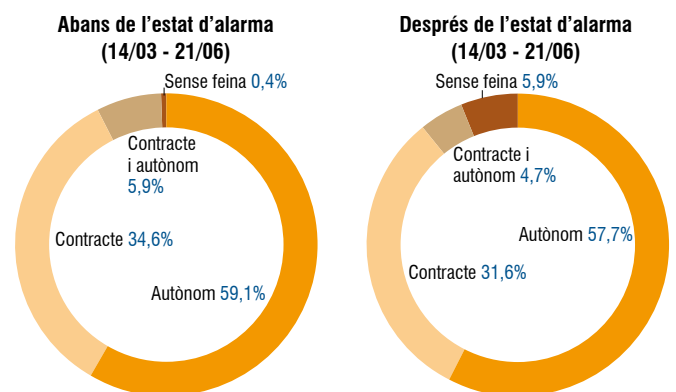
Conseqüències de la Covid-19 a la pràctica logopèdica

A finals de juliol de 2020, el Col·legi de Logopedes de Catalunya va realitzar una enquesta amb l'objectiu d'identificar les conseqüències de la COVID-19 a la pràctica clínica logopèdica. L'enquesta va ser contestada per 254 logopedes col·legiats.

Dades sociodemogràfiques

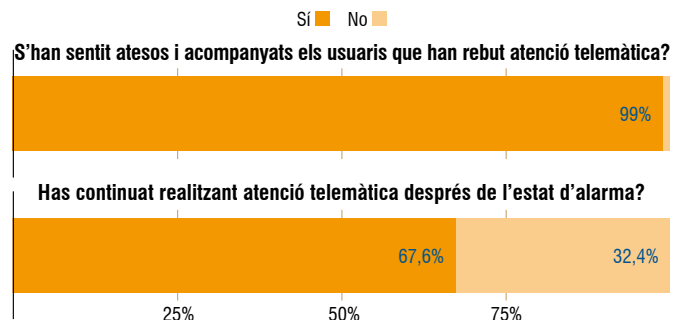
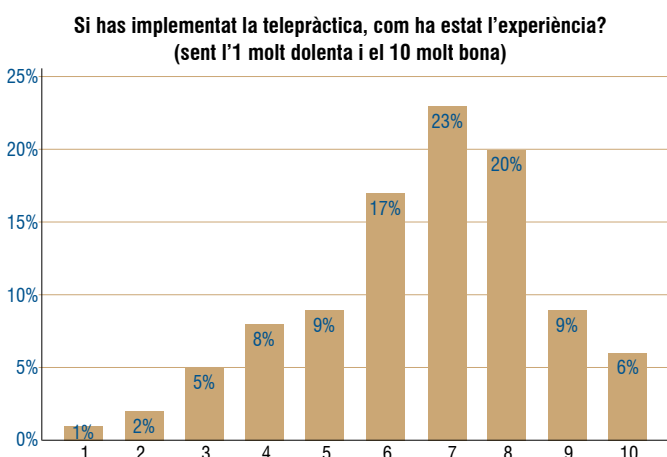
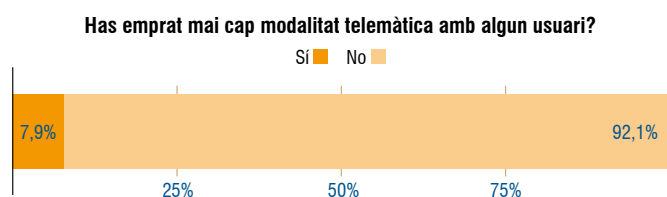


Situació laboral

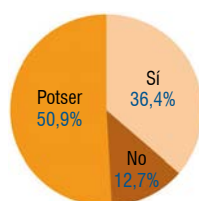


Dels 14 logopedes que van perdre la feina durant l'Estat d'Alarma, set eren autònoms i set assalariats. A més a més, tres logopedes que tenien contracte i eren alhora autònoms, després de l'estat d'alarma, van deixar de ser assalariats i van seguir treballant únicament com a autònoms.

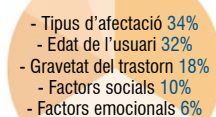
Assistència telemàtica



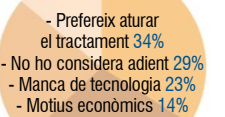
Creus que passat un temps seguiràs realitzant assistència telemàtica?



Característiques dels usuaris per les quals els logopedes van descartar realitzar assistència telemàtica

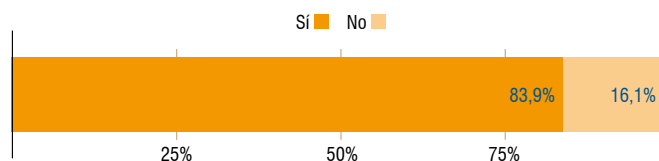


Principals motius pels quals els usuaris no van realitzar assistència telemàtica durant l'estat d'alarma

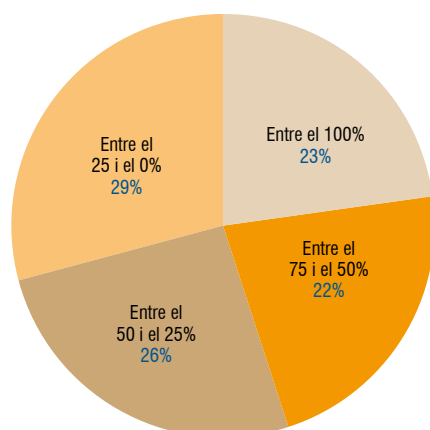


Represa atenció presencial

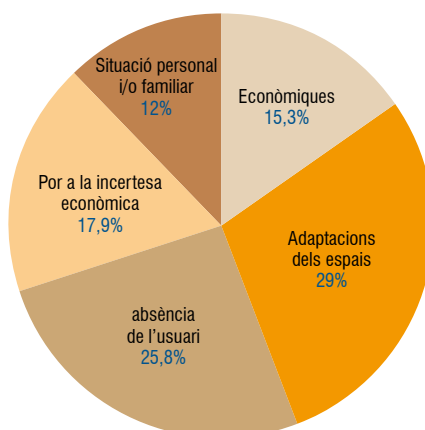
Has pogut reprendre l'atenció presencial després de l'Estat d'Alarma?



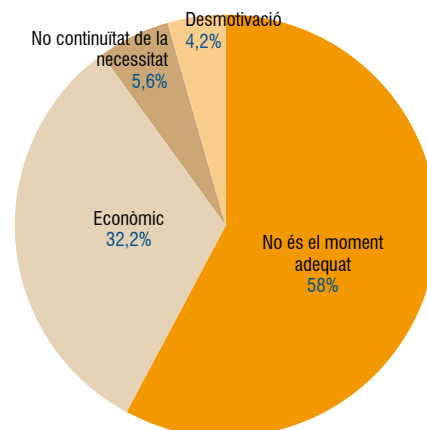
Quin percentatge d'usuaris ha reprès el tractament (presencial i telemàticament)?



Com a professional, quines limitacions t'has trobat per reprendre les sessions presencials?

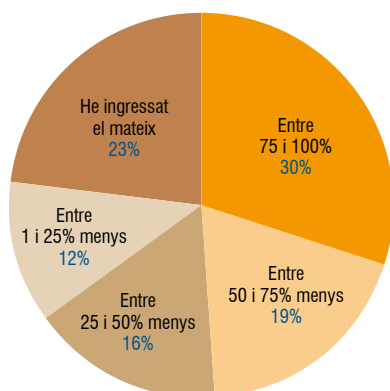


Principals causes per les quals els pacients no van reprendre el tractament



Situació econòmica

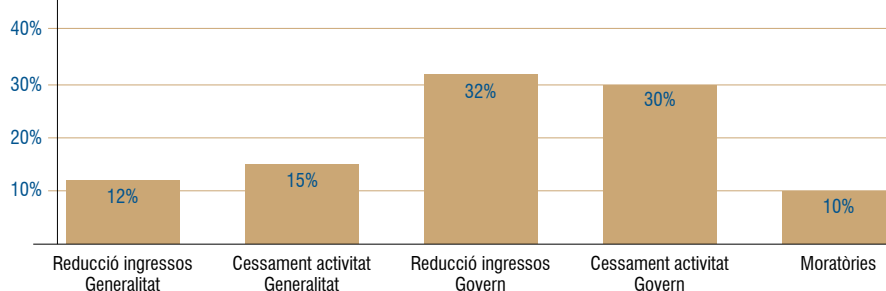
Has patit una reducció d'ingressos durant el període de l'estat d'alarma (14/03-21/06) respecte el mateix període de l'any passat?



Has sol·licitat alguna ajuda?

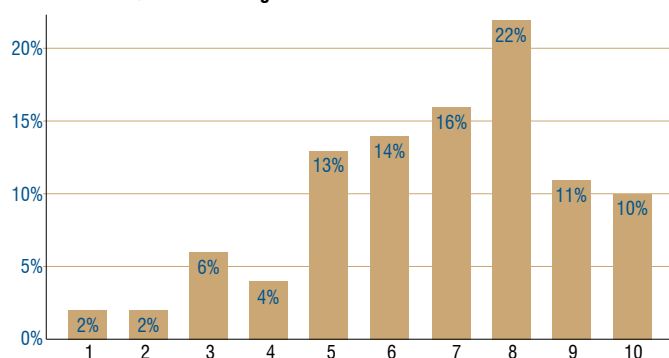


Si has sol·licitat alguna ajuda, quina ha estat?



Nivell emocional i de salut

Quin nivell d'angoixa t'ha causat l'estat d'alarma?



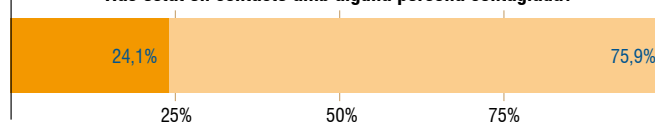
Logopedes i coronavirus

Sí No

Has estat contagiats de COVID-19?



Has estat en contacte amb alguna persona contagiada?



Telepràctica logopèdica



Foto de Julia M Cameron en Pexels

UNA NECESSITAT EN TEMPS DE PANDÈMIA

Enmig d'aquesta pandèmia global, que ha posat de cap per avall bona part de les professions, **molts logopedes s'han vist obligats a tancar la majoria dels serveis presencials que ofereien**. Aquesta situació nova ha suposat una revolució en la pràctica diària, i allò que temps enrere hauríem considerat impossible, de la nit al dia, s'ha hagut de fer possible. En poc temps, hem hagut de desenvolupar la creativitat i les habilitats tecnològiques per poder continuar cobrint les necessitats dels usuaris. **La telepràctica s'ha hagut d'implementar encara que fos a empentes i rodolons per no deixar descoberts els usuaris, sobretot en el cas dels més vulnerables.**

Tot i aquestes enormes limitacions, en aquest nou marc, **hem descobert noves maneres de fer logopèdia, de dissenyar activitats adaptades al nou canal, de mantenir l'atenció d'usuaris la concentració dels quals no és precisament el seu fort o de relacionar-nos entre nosaltres de manera òptima. En certa manera, la pandèmia ens ha mostrat de què érem capaços.**

A continuació fem una revisió de la telepràctica en la logopèdia. Repassem les modalitats que s'han descrit i aclarim algunes qüestions sobre els requeriments d'aquesta modalitat i sobre la conveniència de l'aplicació en cada cas.

QUINS TIPUS DE TELEPRÀCTICA EXISTEIXEN?

Segons l'ASHA, **la telepràctica és l'aplicació de la tecnologia de les telecomunicacions per oferir serveis a distància i posar en contacte el professional sanitari amb l'usuari o amb altres professionals per avaluar, intervenir o realitzar consultes.**

D'acord amb el moment en què fem la connexió, podem agrupar la telepràctica en:¹

- **Sincrònica: la connexió es produeix en temps real**, normalment per videoconferència o, encara que menys sovint, per telèfon. En aquesta modalitat, la intervenció se sol assemblar més a la presencial, ja que s'interactua en directe. Té la dificultat que el processament d'allò que diu l'interlocutor és més fatigant pel breu retard entre imatge i so. Té l'avantatge de poder fer comentaris i correccions immediats a les intervencions que fa l'usuari.
- **Asincrònica: s'enregistren vídeos, àudios, imatges o es dissenyen exercicis per escrit que s'envien perquè l'usuari els faci amb posterioritat.** Té la dificultat de requerir un molt bon disseny perquè l'usuari, o quan s'escaigui els tutors, entenguin què s'ha de fer exactament. Té l'avantatge de facilitar la concentració de l'usuari en

la tasca. A més, en aquesta modalitat l'usuari i la família s'empoderen i s'impliquen més profundament en el procés de rehabilitació.

- **Híbrida: es combina pràctica sincrònica, asincrònica i/o presencial.**

QUI ES POT BENEFICIAR DE LA TELEPRÀCTICA?

Com és natural, aquestes modalitats diverses s'adapten de manera diferent a cada persona. **La realitat és complexa i de vegades la conveniència d'optar per una o una altra pot dependre del tipus d'usuari**, com ara de si pot aguantar una sessió sencera a distància, però també pot dependre de la seva situació familiar, com ara de si poden ser tutoritzats degudament. De vegades, la conveniència d'aplicar un tipus de modalitat o un altre pot dependre d'una qüestió tan simple com el fet de si tenen una bona connexió a internet o no.

Pel que fa als factors que depenen directament de l'usuari, és important tenir en compte l'edat, el nivell socioeducatiu o la seva capacitat per seguir la sessió de logopèdia que es vol proposar. En definitiva, es tracta de fer una valoració dels beneficis i de les dificultats que pot implicar la teràpia. Per exemple, en el cas d'un infant massa petit o d'un nadó, pot decidir-se que és millor optar per una modalitat asíncrona en què proporcionem pautes de treball als pares i una revisió puntual. D'altra banda, en el cas d'un usuari amb prou autonomia i capacitat de seguir una sessió, es pot optar per una modalitat sincrònica. Ara mateix, ja hi ha literatura científica disponible en relació amb l'ús de la telepràctica en diferents perfils d'usuari.

QUÈ CAL PER OFERIR ASSISTÈNCIA A DISTÀNCIA?

S'ha de tenir molt present que la telepràctica també està sotmesa a les mesures de protecció de dades que garanteixen la privacitat dels usuaris. En aquest sentit, abans de fer una intervenció a distància, ens hem d'assegurar que els usuaris han signat els consentiments informats propis d'aquesta modalitat. Això és aplicable tant a la modalitat sincrònica com a la modalitat asincrònica en què enviem materials i possiblement demanem a l'usuari un retorn en les tasques per correu electrònic, ja sigui en àudio, vídeo o paper.

En el cas de la videoconferència, convé fer ús de sistemes xifrats que garanteixin la confidencialitat de l'usuari. És interessant optar pel xifrat d'extrem a extrem, o E2EE per les sigles en anglès *end-to-end encryption*. En aquest tipus de xifratge només els usuaris poden llegir els missatges i rebre la informació audiovisual. Aquest sistema evita que espies potencials puguin accedir a la informació, fins i tot la mateixa companyia proveïdora del servei. Per posar-ne un exemple, actualment, la companyia Zoom xifra els missatges del xat però no el senyal audiovisual. A més, és aconsellable emprar una plataforma que permeti protegir amb contrasenya cada sessió. Un document útil per consultar aquestes qüestions és la **Guia teleassistència. Logopedia COVID-19** elaborada pel Col·legi de Logopedes de Múrcia i el Consell General de Col·legis de Logopedes. En aquest document hi ha plantilles de consentiment informat per a la telepràctica. Aquest document està disponible al seus webs i també al web del CLC.

Finalment, **cal assegurar-se que tant nosaltres com l'usuari disposem de tot l'equipament necessari i que no hi haurà**

interrupcions durant la connexió. Això no vol dir només tenir el maquinari i el programari, sinó també tenir-lo configurat i a punt per emprar-lo. Convé fer proves abans i assumir que el primer cop que l'usuari es connecti poden sorgir dificultats tècniques.

ALGUNS CONSELLS PER A LA TELEPRÀCTICA

Una de les dificultats de la intervenció per videoconferència és no poder compartir materials amb l'usuari, com ara mostrar una paraula escrita o una imatge. En aquests casos, és interessant fer servir l'opció de compartir la nostra pantalla. A més, amb algunes aplicacions podem fer servir la pantalla a mode de pissarra.

Si volem que l'usuari interactui amb el material, com ara quan volem que escrigui alguna cosa, una bona opció és emprar plataformes amb activitats en línia. Això vol dir que tant l'usuari com el terapeuta es connecten a una activitat conjunta en temps real. Hi ha moltíssimes aplicacions de caire educatiu que permeten fer aquest tipus d'interaccions. A més, poden ser grupals i força divertides. Tot i això, s'ha de tenir en compte que l'usuari ha de ser capaç de moure's entre les pestanyes del navegador o les finestres de les aplicacions per poder tornar a la videoconferència quan calgui. De vegades, per exemple quan hi ha una dificultat motora per emprar el ratolí, pot ser interessant pensar una opció alternativa o bé demanar que algú l'acompanyi.

De fet, l'acompanyament d'un tutor pot ser necessari en moltes ocasions, com ara a l'hora d'iniciar la sessió a l'aplicació i mantenir un cert control del seguiment de la sessió. Encara que la presència del tutor no és una situació ideal per a una intervenció, pot permetre-li d'aprendre coses i reproduir posteriorment algunes de les tasques realitzades. En qualsevol cas, **cap persona no autoritzada pot estar present a la sessió amb l'usuari.**

Encara que la base teòrica de la logopèdia és la mateixa, l'aparició d'aquests formats nous ens obliga a dissenyar encara amb més cura les sessions i a saber reaccionar quan alguna cosa falla. Els usuaris, al seu torn, han d'adaptar-se a aquesta nova manera de fer i s'han d'implicar encara més en el seu propi tractament. Aquesta nova era de la telepràctica logopèdica traça un camí que usuaris i logopedes hem de fer necessàriament junts. ■



Foto de Julia M Cameron en Pexels

¹American Speech Language Hearing Association [ASHA] (2020).

Telepractice. Practice Portal [25 març 2020]. Disponible a: <https://www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Telepractice/>

Cantar amb pantalles versus mascaretes en època de COVID-19. Eficàcia i confortabilitat

Montserrat Bonet Agustí, doctora en Medicina, especialista en ORL i foniatria, directora de corals, exprofessora a la Universitat de Barcelona (UB) i a l'Escola Superior de Música de Catalunya (ESMUC). Col. núm. 08-0148

Núria Bonet i Agustí, llicenciada en Pedagogia, logopeda, professora associada al Departament de Mètodes d'Investigació i Diagnòstic en Educació (MIDE) de la UB. Col. núm. 08-0142

Montserrat Mañé Artís, llicenciada en Psicologia, coach en PNL (programació neurolingüística).

Antoni Ruiz Bueno, llicenciat en Psicologia, professor associat al Departament de MIDE de la UB.

INTRODUCCIÓ

La pandèmia de COVID-19 ha posat en evidència que cantar és un factor d'alt risc pel que fa a contagiar la malaltia, i encara més en el cas de cantar en grup. Diversos cors han tingut casos de malalts i, fins i tot, morts entre els seus cantaires. Estudis recents confirmen que la dispersió dels virus a través dels aerosols n'és la possible causa. Durant el confinament del mes de març del 2020 degut a la COVID-19, van ser molts els grups d'experts que es van posar a estudiar maneres per cantar de forma segura amb l'objectiu de reprendre l'activitat quan les dades epidemiològiques ho aconsellessin [1-7].

En el context d'aquesta pandèmia, cantar en grup és una activitat de risc alt perquè conjuga tres elements relacionats amb el contagi. El primer té a veure amb projectar la veu: l'aire que surt en cantar fort és projectat a més distància que en la parla espontània. El segon element és la proximitat necessària entre cantaires per tal d'escoltar el conjunt. I el tercer fa referència al fet que la major part d'assaigs i concerts es duen a terme en espais tancats i poc ventilats.

MÈTODE

En el nostre grup es pensava que una bona forma de minimitzar el risc d'infectivitat entre cantaires era portar mascareta, però aquesta augmenta la sensació de desconfort a l'hora de respirar i redueix la visibilitat de la cara, fet important en la comunicació verbal i no verbal. Per aquest motiu es va decidir provar una pantalla facial i comparar-ne els resultats amb la mascareta quirúrgica, sempre amb relació a la normalitat, és a dir, a no portar cap impediment davant la cara.

Per això vam fer un **disseny experimental amb l'objectiu de comparar la potència vocal i la seva eficàcia en decibels (dB) al llarg de l'extensió vocal de cada cantaire amb les tres condicions: mascaretes quirúrgiques, pantalles facials Libreguard [8] i normal (sense obstacles)**. Per tal de realitzar un fonetograma, es va enregistrar el cantaire mentre feia una /a/ sostinguda el més fluix possible (dB mínim), i tot seguit, a la mateixa freqüència, mentre feia aquesta vocal el màxim de fort possible (dB màxim). Aquesta tasca l'havia de realitzar al llarg de tota la seva extensió vocal. Els dB es van mesurar a 30 cm de la boca amb un sonòmetre RadioShack. Quan se'ls va donar la instrucció, es va fer servir l'arpeggi de do major com a referència amb un piano Clavinova. Es va

començar per la nota do3 en dones i do2 en homes, que es va cantar el més suau possible decreixent i el més fort possible creixent. Després nota a nota es va seguir el mateix procediment, primer cap a notes agudes fins al límit superior d'aquell cantaire per finalment estudiar les notes greus del registre fins al límit inferior del cantaire.

Es van seleccionar 60 cantaires de cor, 30 homes (10 baixos, 10 barítons i 10 tenors) **i 30 dones** (10 contralts, 10 mezzosopranos i 10 sopranos). Es va preguntar a cada cantaire els anys d'estudis vocals. Vam agrupar-los en un nivell baix si havien cantat menys de 3 anys, en un nivell mitjà quan havien estudiat 3 anys de cant o havien estat més de 3 anys cantant en cor i en un nivell alt quan havien estudiat més de 5 anys de cant o cantant en cor.

Un segon objectiu fou identificar el nivell de confort a l'hora de cantar amb cadascuna de les tres condicions (P: pantalla, M: mascareta o N: normal). Per obtenir aquesta informació se'ls va demanar: «Com us sentiu amb la P o la M respecte a cantar N?». Volíem saber quines sensacions favorables o desfavorables expressaven, amb relació a cantar en les tres condicions, des del punt de vista tàctil, auditiu, respiratori, etc. També vam creuar les dades obtingudes amb l'enregistrament (els dB) amb les percepcions que van declarar els participants. Amb aquest creuament, volíem detectar si la percepció de confort del participant i el nivell de l'execució eren sempre congruents o no.



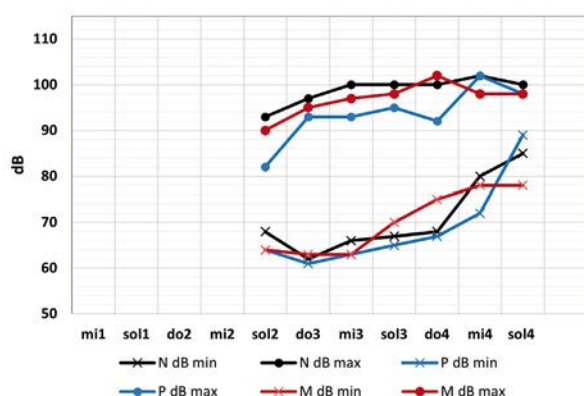
La cantaire porta mascareta quirúrgica mentre la doctora mesura els dB mínims i màxims amb sonòmetre per a cada nota de l'extensió vocal i la logopeda anota els resultats en un gràfic.

RESULTATS

A continuació es presenten els fonetogrames obtinguts a partir de la primera prova (eix de les ordenades: la intensitat, en dB; eix de les abscisses: la freqüència, en Hz i notes). En els fonetogrames hi apareixen dues línies, una de superior i una altra d'inferior. La forma resultant és un oval, més ampli o més estret en funció de l'amplitud vocal.

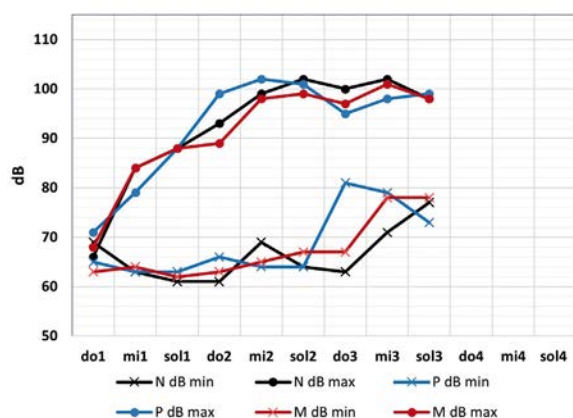
Els gràfics 1 a 4 mostren els tres fonetogrames de cada cantaire. La realització sense impediments s'indica amb color negre (N), la realització amb pantalla en blau (P) i la realització amb mascareta quirúrgica (M) en vermell.

Fonetograma N, P, M soprano nivell vocal mig



Gràfic 1 Fonetograma d'una soprano de nivell vocal mitjà

Fonetogrames N, P, M baix, nivell vocal mig



Gràfic 2 Els tres fonetogrames d'un home de tessitura baixa, nivell vocal mitjà

Quan analitzem la variable dB màxim, s'observa que la major part de cantaires canten lleugerament més fort (1 dB) en la condició normal que amb mascareta, especialment a do5, sol3, mi3, sol2 i do2. Només a sol4 (48,2 %), sol1 (44,8 %) i do1 (60 %) ha resultat indiferent portar mascareta a efectes d'intensitat. **Portar la mascareta quirúrgica redueix els dB màxims comparat amb no portar-ne, però sense significació estadística.**

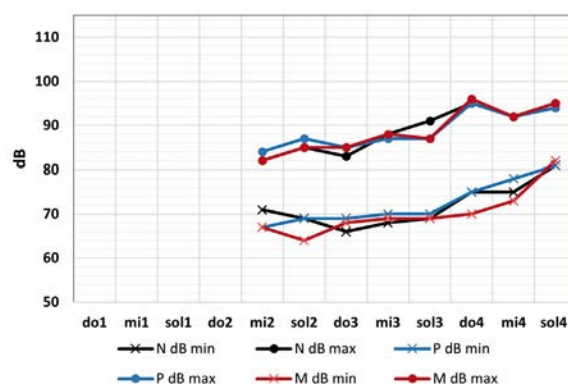
Per altra banda, si comparem la condició de cantar normal amb la condició de cantar amb pantalla en la variable de dB màxims, observem que la major part de cantaires (49,03 %) canten més fort en la condició normal. Especialment en el do4 és on el percentatge resulta més elevat (62,8 %). Només en les notes mi4 (48,3 %) i sol1 (41,3 %) ha resultat indiferent la condició pantalla i normal en termes de volum. De fet, entre pantalla i mascareta, en 10 de les 13 notes analitzades hi

trobem una diferència superior a 2 dB o més. A sol4 un 64,3 % dels cantaires canten 2 o més dB amb pantalla que amb mascareta, i pocs (7,1 %) milloren amb mascareta. Un 28,6 % resulta indiferent, és a dir, mostra només una diferència de ± 1 dB. En definitiva, **la major part de cantaires canten una mica més fort amb pantalla que amb mascareta.**

L'anàlisi de la variable dB mínim, que vol dir cantar el més suau possible en cada una de les notes analitzades, revela que en la major part de les notes es canta més fort en condició normal que amb pantalla, però a sol4 un 55,2 % dels cantaires dones canten més fort amb pantalla. **Cantar amb pantalla no augmenta els dB excepte en tons aguts, si es compara amb el fet de cantar sense impediments. Si comparem la condició normal amb la mascareta en la variable dB mínim, la major part dels cantaires canten més fort sense mascareta que amb mascareta. Si comparem pantalla amb mascareta en la variable dB mínim, observem que amb mascareta es canta més fluix en la major part de les notes estudiades.**

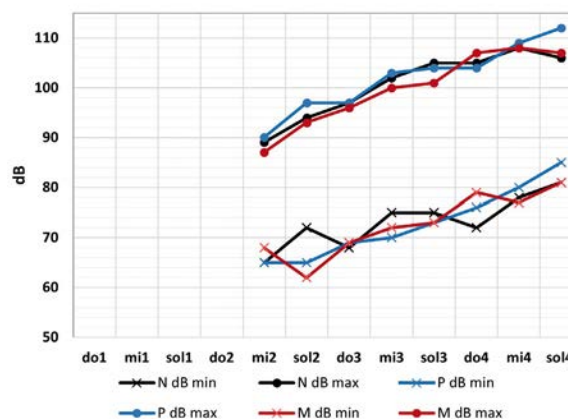
En estudiar l'amplitud vocal, és a dir, la diferència entre els dB màxims amb els dB mínims en una mateixa nota, observem que aquesta extensió no varia tant si es porta pantalla com si no se'n porta, tant si es porta mascareta com si no es porta res. Les corbes del fonetograma són pràcticament iguals. Només es traslladen cap a més fort o més suau tot mantenint la forma del gràfic.

Fonetogrames N, P, M contralt, nivell vocal baix



Gràfic 3 Fonetograma (més aplanat) d'un cantaire de nivell vocal baix

Fonetograma N,P,M contralt nivell vocal alt



Gràfic 4 Fonetograma d'un cantaire de nivell alt

Els cantaires amb un nivell alt i mitjà de tècnica vocal tenen uns gràfics quasi idèntics, és a dir, canten a la màxima o a la mínima potència amb 1 o 2 dB de diferència tant si canten amb mascareta, amb pantalla o sense res. En notes molt greus o molt agudes la diferència entre cantar al màxim de fort o de suau resulta menor de 10 dB. Això és un fet esperable, atès que, d'una banda, les notes més greus són difícils de cantar amb molt volum i les notes més agudes, al seu torn, són difícils de cantar a poc volum. Així, a les notes de la franja mitjana de freqüència hi trobem una diferència notable entre l'amplitud màxima i mínima. Això s'observa a través de totes les condicions (normal, pantalla i mascareta), amb la particularitat que en la major part dels cantaires cantar amb mascareta redueix el llindar mínim de dB.

Els cantaires de nivell vocal baix (gràfic 3), que no han fet mai tècnica vocal o que fa menys de 3 anys que canten en cor, tenen una reducció més gran de l'àrea per cantar, tant pel límit superior d'intensitat com per l'inferior. Encara que en aquest tipus de cantaire cantar amb mascareta resulta més restrictiu, les diferències observades no són estadísticament significatives.

En parlar de les percepcions quan canten amb M i P, amb relació a cantar N, hi trobem clares diferències. **Cantar amb M provoca sensació d'incomoditat a la major part de**

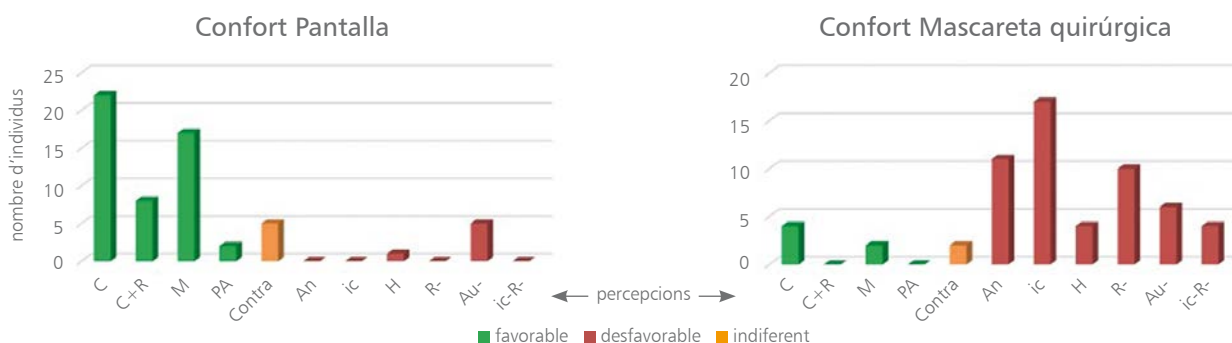
cantaires i no els és confortable. Expressen ofec, escalfor, humitat, angoixa i tot un seguit de qualificatius negatius, enfront de cantar amb P en què la major part dels cantaires denota més comoditat, visibilitat, facilitat de respiració i ressonància.

La major part de cantaires, 64 %, són congruents entre les percepcions expressades i els resultats numèrics de l'amplitud vocal en els fonetogrames. En el 33 % dels casos trobem, però, incongruències entre els qualificatius negatius i els bons resultats de l'amplitud sonora d'algun cantant.

Algunes de les expressions negatives a l'hora de cantar amb P tenen relació amb l'excés de so (rebota) i amb una dificultat en escoltar-se (m'ensordeix).

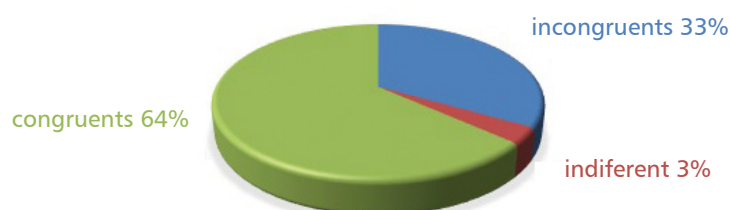
La percepció de la contralt de nivell vocal alt resulta incongruent amb el dibuix del fonetograma del gràfic 4. El comentari de la M és «em sento millor, no noto gran diferència, similar a la N», i amb la P «em sento rara per prendre aire, però lliure», però la seva gran amplitud vocal en cantar N, amb P o M és incongruent i només observem petites diferències a sol2 i do4.

Aquest estudi no contempla el color de la veu ni els seus harmònics, que probablement es veuen alterats segons si es porta P o M. Tampoc contempla el risc de contagi si es porta P, ja que aquesta només evita esquitxos líquids.



C	còmode, confortable, bé, recollit, no oprimeix, no molesta
C+R	còmode i respira millor
M	millor, em sento millor, lliure, menys estret, perfecte, frescor a la cara
PA	en procés d'adaptació cap a còmode
Contra	contradictori, lliure però la veu xoca, lliure però rar per respirar, còmode però molesta al cap, satura als aguts
An	angoixa, horrible, fatal, molt incòmode
ic	incòmode, molest, limitat, estreny
H	humitat, calor, xafogor, aire molest
R-	ofec, fatiga, dificultat per respirar
Au-	frena, sordina, barrera, no puc articular, no puc escoltar bé

Gràfics 5a i 5b. Confort. Comparació entre percepcions dels cantaires quan porten P o M



Gràfic 6. Congruències i incongruències entre les sensacions percebudes i els resultats del fonetograma

CONCLUSIONS

Com a resum dels resultats del primer objectiu, s'ha observat que cantar amb mascareta no redueix les possibilitats d'energia sonora a l'hora de cantar mitjanament fort, fort o molt fort. Només s'ha observat diferència en intensitats molt suaus. A més, cantar amb pantalla no augmenta les possibilitats de cantar suau, mitjanament fort o fort. Només s'ha observat que, en l'execució de notes agudes a màxima intensitat, en el 60 % dels cantaires es constata més potència que quan es canta sense pantalla. Per tant, podem dir que **la mascareta i la pantalla són eficaces per cantar.**

En pocs casos trobem incongruències entre la sensació i l'execució real. És a dir, poques vegades els qualificatius negatius de la mascareta (sensació d'ofec o de so ensordit) han anat acompanyats amb bons resultats d'amplitud sonora d'algun cantaire. En alguns casos hem trobat incongruències entre una bona amplitud vocal i sensacions negatives pel fet de portar la pantalla. Algunes de les expressions negatives de cantar amb pantalla tenen relació amb l'excés de so (sensació de reflexió del so contra la pantalla) i la dificultat d'escoltar. Aquest estudi no contempla el color de la veu ni els seus harmònics, que probablement es veuen alterats pel fet de portar pantalla o mascareta. Tampoc contempla el risc de contagi quan es porta pantalla, ja que aquesta només evita esquitxos líquids i no prevé de l'emissió d'aerosols.

Cantar amb mascareta o amb pantalla no redueix ni augmenta el volum de la veu en cantar respecte a N. Només s'objectiva una certa reducció si es porta mascareta en tons molts suaus, o un cert augment en tons aguts si es porta pantalla, comparat amb no portar-ne.

Les sensacions negatives predominen quan es canta amb mascareta, malgrat que no disminueix la potència de la veu. La mascareta produeix sensació d'ofec, escalfament, angoixa, humitat i incomoditat quan es belluga. La pantalla, si es compara amb la mascareta, comporta una sensació de llibertat a l'hora de respirar i veure els altres, però té la contrapartida que el so rebota i ressona. Per cantar cal trobar una pantalla que eviti l'excés de ressonància. És important remarcar que la pantalla no impedeix el contagi, només tapa els esquitxos de líquids i no evita l'emissió d'aerosols. Així que, en cas d'emprar-se, sempre ha de ser com a complement de la mascareta.

S'ha de tenir en compte, però, que **quan es porta mascareta es té la percepció que no se'ns sent bé i es tendeix a forçar la veu, la qual cosa pot provocar problemes de disfonía si aquest fet s'allarga en el temps.** Els cantants experts saben que cal articular de manera exagerada i per això no perden dB. Convé recordar-ho en els assaigs. A l'hora de parlar també serà millor articular clar i precís que no pas augmentar el volum.

L'estudi conclou que es pot cantar amb mascareta o pantalla sense perdre potència vocal, sobretot en aquells cantaires de nivell vocal alt, probablement perquè obren bé la boca i no articulen menys quan canten amb impediments. Per tant, proposem animar els cantaires a obrir bé la boca a l'hora de cantar o parlar malgrat que portin mascareta. També és útil recordar de pinçar la part metàl·lica del nas per evitar embafar les ulleres i intentar badallar per aconseguir la màxima obertura de l'acordió de la mascareta. D'aquesta manera s'evita que aquesta es bellugui mentre es canta. Per evitar la sensació d'ofec, proposem aprendre a inspirar un o dos temps abans de cantar i evitar així la inspiració anacrúsica (sorollosa i de fàcil retard). Per aconseguir més intel·ligibilitat, cal articular el millor possible i prendre consciència de la posició corporal per emetre millor el so.

Cal un temps per adaptar-nos a cantar amb mascareta, malgrat que no és confortable, però sí que és eficaç contra el contagi. És important donar un valor de benefici a la M perquè ens protegeix i permet continuar cantant. **El dia que s'aconsegueixi fabricar mascaretes transparents eficaces contra el contagi serà un pas molt important per cantar de forma segura.** De moment, les mascaretes transparents que existeixen al mercat o les higièniques no són aptes per a la prevenció del contagi de la COVID-19. Per tant, actualment, les millors mascaretes per cantar són les mascaretes quirúrgiques, tenint en compte que cantar és una activitat d'alt risc per al contagi d'aquesta malaltia. La utilització de mascaretes sempre haurà d'anar acompanyada d'altres mesures, com ara el manteniment de la distància de seguretat entre cantaires, la ventilació suficient als locals d'assaig, el rentat de mans freqüent i la limitació de la durada de l'assaig. També és convenient alternar els períodes de treball vocal i airejar l'espai. Malgrat que ens trobem en la segona onada de la pandèmia al nostre país, podem cantar de forma prou segura sempre que es respectin les normes bàsiques: distància, ventilació i mascareta quirúrgica. ■

Referències bibliogràfiques

- 1 Jones N. R.; Qureshi, Z. U.; Temple R. J.; Larwood J. P.; Greenhalgh T.; Bourouiba L.: "Two metres or one: what is the evidence for physical distancing in covid-19?" in BMJ 2020;370. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3223>.
- 2 Phifer, T.: in CSU "Study looks at how the performing arts can return in a healthy manner during COVID-19 pandemic". 23 June 2020. <https://source.colostate.edu/enter-cautiously-csu-study-looks-at-how-the-performing-arts-can-return-in-a-healthy-manner-during-covid-19-pandemic/>.
- 3 Spede, M.; Weaver, J.: "Unprecedented International Coalition led by Performing Arts Organizations to Commission COVID-19 Study", on August 26, 2020. <https://www.nfhs.org/articles/unprecedented-international-coalition-led-by-performing-arts-organizations-to-commission-covid-19-study/>.
- 4 Alsved, M.; Matamis, A.; Bohlin, R.; Richter, M.; Bengtsson, P. E.; Fraenkel, C. J.: "Exhaled respiratory particles during singing and talking". Received 12 Jul 2020, accepted 15 Aug 2020, accepted author version posted online: 24 Aug 2020. <https://doi.org/10.1080/02786826.2020.1812502>.
- 5 "Cuatro fallecidos y más de cien infectados por coronavirus entre los participantes en un concierto en Amsterdam". <https://diarioliricoes.blogspot.com/2020/05/inicio-de-ensayos-en-oviedo-agao.html?m=1> Redacción del Diario Lírico. 12/5/20.
- 6 Gómez, Ll.; Bonet, M.; Casanova C.; Bosque, Ll. i al.: "Pla Prevenció Cant Coral per a la Covid 19". 19/06/2020. <https://www.fcec.cat/noticies/PlaPrevCantCoralCovidCat.pdf>.
- 7 Gómez, Ll.; Bonet, M.; Casanova, C. i al.: "Recomanacions per a una pràctica coral saludable davant la COVID-19. Guia d'higiene i prevenció". 4/9/20. <https://mcc.cat/covid19/>.
- 8 Llibreguard. 2020 [recuperat el 22 d'octubre del 2020]. Disponible a: <https://llibreguard.care/>.

Comunicació i mascaretes

Comunicació limitada per l'ús de mascaretes: quan un efecte secundari de la COVID-19 pot transformar-se en una oportunitat

Xon Belmonte Mateu, logopeda, coach en comunicació i veu. Col. núm. 08-3443 **Marina Pintanel Morral**, logopeda. Col. núm. 08-1958

La mascareta ha arribat a les nostres vides i sembla que per quedar-s'hi molt de temps. L'obligació de dur-la ha suposat una prova per testar la pròpia tècnica vocal i un gran repte comunicatiu per a tots nosaltres.

EFFECTES EN LA COMUNICACIÓ

Durant aquests últims mesos tots ens hem vist obligats a utilitzar equips de protecció individual per tal de fer minvar la propagació de la COVID-19. I en aquests equips EPI, hi tenim una protagonista destacada: la mascareta. En més o menys grau, aquesta protecció tan necessària ha originat una sensació limitant en la comunicació amb els nostres interlocutors.

Probablement en aquests darrers mesos heu hagut de repetir algun missatge en més d'una ocasió o heu sentit fatiga vocal en portar la mascareta durant un llarg període de temps. De ben segur que heu tingut la necessitat urgent d'obrir la boca buscant una inspiració oral forçada per una estranya sensació d'ofec. Potser heu fet ús del crit i de l'esforç per arribar a l'altre, perquè teníeu la percepció que no podia comprendre el vostre discurs.

La distància física de seguretat, l'ús perllongat de la mascareta i la pèrdua de visibilitat gestual facial (lectura labial) han estat, entre d'altres, les causes principals que es creu que poden explicar la pèrdua d'eficàcia comunicativa i, possiblement, de qualitat vocal en alguns professionals, sobretot, en aquells que tenen una exigència vocal diària contínua, com ara els treballadors vinculats al món de l'educació i de la sanitat.

S'ha mostrat que la familiaritat amb la veu de l'interlocutor és un factor important en la comprensió (Nygaard i Pisoni, 1994). Per això, quan parlem amb una persona desconeguda que, a més, porta mascareta, la dificultat d'entendre-la encara és més gran. D'altra banda, cal recordar que la informació vocal no és l'única que participa en la comunicació, sinó també altres aspectes, com ara la informació facial i la corporal (Sumbly i Pollack, 1954; Mehrabian, 1967).

EFFECTES EN LA PERCEPCIÓ

Les mascaretes opaques són una barrera evident per a la comunicació fluida. És generalment acceptat que la percepció de la parla és inherentment multimodal. És a dir, la percepció de la parla es produeix amb la integració d'informació visual, sobretot de la lectura labial, i d'informació auditiva. Aquesta naturalesa multimodal de la comprensió de la parla, que inclouria el vessant hàptic en l'expressió, s'ha observat en adults oïdors i fins i tot en nadons de només cinc mesos (Rosenblum *et al.*, 1997).

A l'hora de comprendre, llegim molt els llavis encara que no ens trobem en entorns sorollosos i que no tinguem pèrdua auditiva (Fort i Sebastián-Gallés, 2018). Evidentment, en persones amb sordesa que parlen una llengua oral, la impossibilitat de llegir els llavis és encara més incapacitant. Fins i tot les persones sordes que parlen una llengua de signes veuen limitada la comunicació per no poder veure els marcadors no manuals que es realitzen amb la boca. Això produeix una situació de desigualtat en entorns educatius i laborals, i una limitació de l'autonomia personal. En definitiva, la mascareta, d'alguna manera, està limitant una part del ventall de matisos que conformen la nostra comunicació.

D'altra banda, s'ha demostrat que les mascaretes amorteixen el so, ja que actuen com a filtre de freqüències baixes. Les mascaretes quirúrgiques poden arribar a atenuar de 3 a 4 dB les freqüències altes (2-7 kHz), mentre que les mascaretes N95 poden arribar a atenuar-les prop de 12 dB (Goldin *et al.*, 2020). L'atenuació més forta se situa per sobre dels 4 kHz (Corey *et al.*, 2020). Aquesta atenuació de les freqüències altes degrada la qualitat vocal i empobreix la relació so-soroll del senyal, dificultant així la percepció de la parla (Corey *et al.*, 2020; Goldin *et al.*, 2020).

EFFECTES EN LA FUNCIÓ VOCAL

S'han publicat pocs estudis fins ara sobre els efectes secundaris que pot provocar l'ús continuat de mascaretes en la nostra veu. Tanmateix, la percepció de molts logopedes experts en veu és que en aquest darrer trimestre del 2020, les consultes per disfonia o per fatiga vocal han augmentat en les seves consultes. Els pacients que acudeixen a les nostres consultes, sobretot mestres i sanitaris, sovint atribueixen la causa de la seva disfonia a «l'esforç que han de fer perquè la veu arribi a l'interlocutor a través de la mascareta».

L'autopercepció d'esforç vocal augmenta sempre que es parla amb mascareta. A més, la mascareta dificulta la intel·ligibilitat de la parla, la retroalimentació auditiva i la coordinació fonorespiratòria. Les persones que utilitzen la mascareta no només per dur a terme activitats essencials sinó també en el desenvolupament de les seves activitats professionals, a més, tenen una autopercepció més elevada de símptomes de fatiga i malestar vocal (Ribeiro *et al.*, 2020).

No hi ha evidència, encara, que sigui necessari augmentar excessivament els decibels perquè la nostra veu arribi al receptor que es troba a una distància física curta o mitjana. Però la barrera que conforma la mascareta crea aquesta sensació, per la qual cosa, en aquell moment, la persona inicia una pauta d'esforç i genera, en la majoria de casos, sobreesforç laringi, amb el consegüent augment de la fatiga vocal i la possibilitat de desenvolupar una disfonia funcional aguda i/o crònica.

RECOMANACIONS

Què podem recomanar als nostres pacients, usuaris, amics o familiars si perceben que la mascareta està limitant la seva comunicació i la seva funció vocal?

- Ser conscients de la comunicació sempre que es porti mascareta (Saunders *et al.*, 2020).
- Utilitzar mascaretes quirúrgiques, quan la situació ho permeti, ja que han demostrat tenir un rendiment acústic millor que altres tipus de mascaretes (Corey *et al.*, 2020).
- Quan s'utilitzen pantalles o mascaretes amb finestra transparent, combinar el seu ús amb micròfons de solapa, ja que les pantalles i aquest tipus de mascaretes tenen un rendiment acústic pitjor que les mascaretes opaques (Corey *et al.*, 2020).
- Utilitzar estratègies comunicatives alternatives com ara retolacions addicionals, lliuraments d'informació per escrit i signes manuals, vetllant perquè hi hagi una bona il·luminació de l'espai (Bandaru *et al.*, 2020).



- Augmentar lleument la intensitat i utilitzar sempre una veu ben projectada, tot activant els ressonadors (cavitat laríngia, faríngia, bucal i nasal).
- Parlar de manera més clara, lenta i precisa, i emfasitzar més els elements suprasegmentals, com ara l'entonació o el ritme.
- Utilitzar altres elements no verbals com la mirada, les mans o la posició corporal per acompanyar i accentuar l'expressió verbal (Baltimore i Atcherson, 2020).
- Controlar al màxim l'ambient reduint el soroll i les distraccions per tal de minimitzar l'impacte de les mascaretes en la intel·ligibilitat (Magee *et al.*, 2020).
- Utilitzar sistemes d'amplificació, com ara micròfons, en cas necessari, i altres elements en espais oberts o per cridar l'atenció (xiulets, timbals, campanetes...).
- Buscar estones de repòs vocal (petites pauses durant la jornada laboral) i hidratar-se de manera contínua.
- Equilibrar el cos i buscar una postura adient per no descompensar la musculatura.

QUAN UN ELEMENT NEGATIU ESDEVÉ UNA OPORTUNITAT

Com a terapeutes de la comunicació i de la veu, a banda d'una gran competència tècnica, hem d'incrementar, desenvolupar i potenciar un ampli repertori d'habilitats per poder ajudar en la gestió de situacions complexes i donar recursos als nostres pacients davant les problemàtiques que afecten les capacitats comunicatives.

Qualsevol limitació o repte l'hem de viure i veure com una oportunitat. I ara és el moment. Un moment complex que ens convida a transformar aquesta limitació. Potser és hora d'aprofundir i fer un ús més eficient, saludable i expressiu de la veu, de la nostra veu. Aquesta pot ser l'oportunitat d'aturar-nos un moment i reflexionar sobre com podem aconseguir una comunicació més funcional. Ara és un bon moment per intentar millorar l'autopercepció de la veu, aprendre a regular-ne els matisos, fer una articulació més precisa i definida, entrenar les pauses, sempre tan necessàries, i potenciar la prosòdia del discurs oral.

Els/les logopedes som, en aquests moments, els professionals que més suport i orientació podem oferir davant aquesta situació atípica i limitant. Companyes i companys logopedes, és hora de ser veritables models professionals «en temps de barreres comunicatives i vocals». ■

Referències

- Baltimore, W. J. & Atcherson, S. R. (2020). Helping Our Clients Parse Speech Through Masks During COVID-19. *Leader Live*.
- Bandaru, S. V., Augustine, A. M., Lepcha, A., Sebastian, S., Gowri, M., Philip, A. & Mammen, M. D. (2020). The effects of N95 mask and face shield on speech perception among healthcare workers in the coronavirus disease 2019 pandemic scenario. *The Journal of Laryngology & Otology*, 134(10), 895-898.
- Corey, R. M., Jones, U. & Singer, A. C. (2020). Acoustic effects of medical, cloth, and transparent face masks on speech signals. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 148(4), 2371-2375.
- Fort, M. & Sebastián-Gallás, N. (2018). *Multimodal language learning: How to crack the speech code by ear and by eye*. Wiley.
- Goldin A, Weinstein B. E. & Shiman N. How do medical masks degrade speech perception? *Hearing Review*. 2020;27(5):8-9.
- Magee, M., Lewis, C., Noffs, G., Reece, H., Chan, J. C., Zaga, C. J., ... & Kenyon, K. (2020). Effects of face masks on acoustic analysis and speech perception: Implications for peri-pandemic protocols. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 148(6), 3562-3568.
- Mehrabian, A. & Ferris, S. R. (1967). Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. *Journal of Consulting Psychology*, 31(3), 248-252. <https://doi.org/10.1037/h0024648>.
- Nygaard, L. C., Sommers, M. S. & Pisoni, D. B. (1994). Speech perception as a talker-contingent process. *Psychological Science*, 5(1), 42-46.
- Ribeiro, V. V., Dassie-Leite, A. P., Pereira, E. C., Nunes Santos, A. D., Martins, P. & Irineu, R. A. (2020). Effect of Wearing a Face Mask on Vocal Self-Perception during a Pandemic. *Journal of Voice*. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.09.006>.
- Rosenblum, L. D., Schmuckler, M. A. & Johnson, J. A. (1997). The McGurk effect in infants. *Perception & Psychophysics*, 59(3), 347-357.
- Saunders, G. H., Jackson, I. R. & Visram, A. S. (2020). Impacts of face coverings on communication: an indirect impact of COVID-19. *International Journal of Audiology*, 1-12.
- Sumby, W. H. & Pollack, I. (1954). Visual contribution to speech intelligibility in noise. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 26(2), 212-215.

Després de dos ictus,
el Jose no podia parlar
ni menjar.

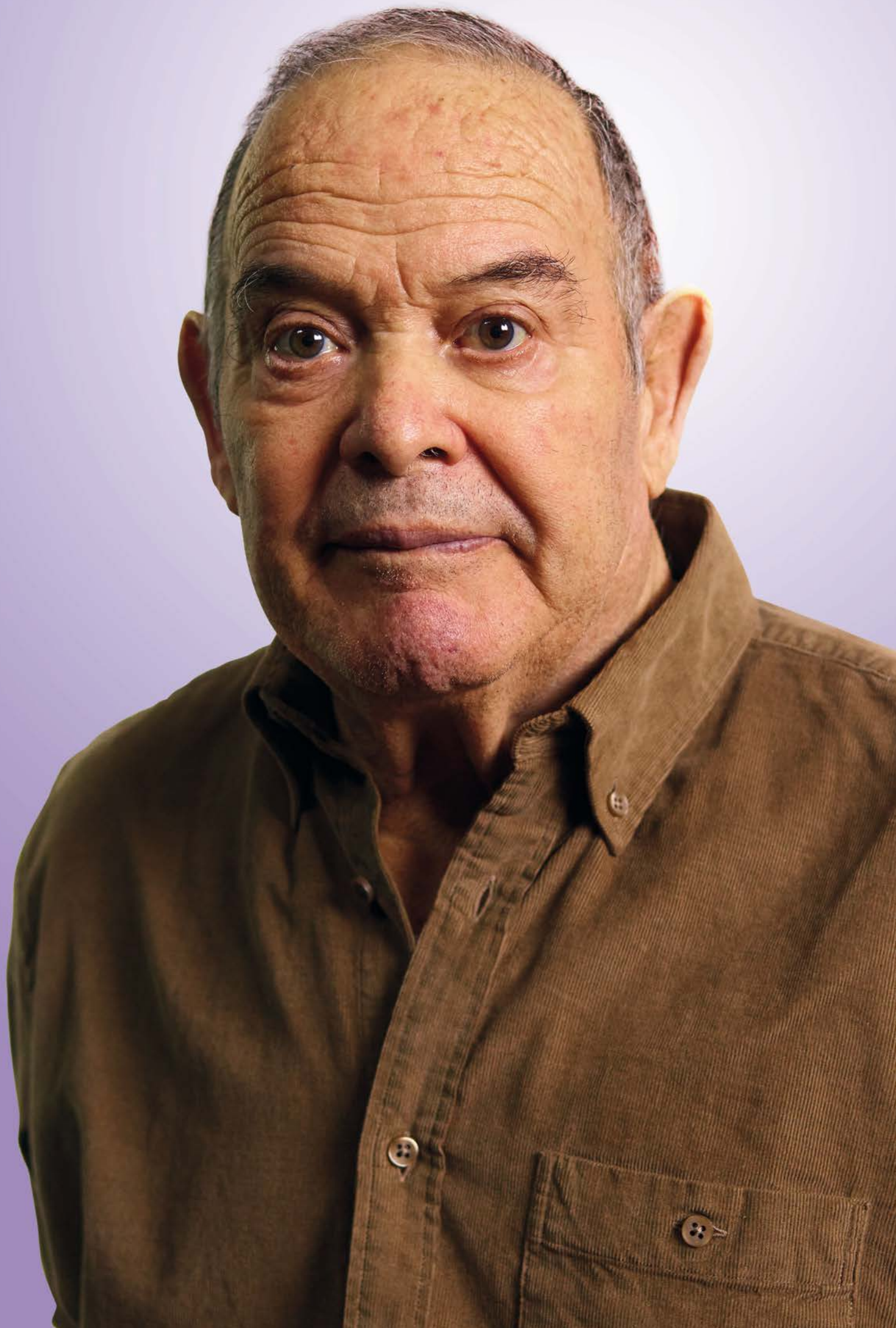
Al principi no creia en
la logopèdia.

Ara no es perd cap sessió

Un logopeda fa molt més del que penses.



Col·legi
de Logopedes
de Catalunya



Paraules de Color Verd

QUÈ ÉS PARAULES DE COLOR VERD

Paraules de Color Verd és un projecte sense ànim de lucre, l'objectiu del qual és donar resposta a les dificultats que són competència de l'àmbit logopèdic en persones en situacions de risc o amb difícil accés a aquest servei.

Alba Lucas, Col. núm. 08-4221 i **Alicia Grünig**, col. núm. 08-4197

El projecte està codirigit per dues logopedes i desenvolupat amb el suport d'altres companyes durant els períodes de més necessitat.

Actualment, el gruix de la seva tasca se centra en la col·laboració amb la fundació Nuestros Pequeños Hermanos (NPH). Paral·lelament, desenvolupa petites accions centrades en la divulgació d'informació i de materials de creació pròpia.



Formació a mestres - Estimulació del llenguatge.

RECORREGUT

El projecte va començar al juliol del 2018, moment en què les dues companyes van dur a terme una col·laboració solidària amb NPH, una organització infantil internacional fundada el 1954 que compta amb diferents llars a Amèrica Central i Amèrica del Sud.

La fundació NPH va considerar oportú destinar les dues companyes al Rancho Santa Fe (NPH-Honduras), per tal de desenvolupar un programa de formació destinat al personal docent del centre sobre l'abordatge de les dificultats en lectoescriptura. Un cop allà, i després d'haver-se submergit en la vida i la realitat de la família d'NPH-Honduras, la detecció d'altres necessitats logopèdiques i àrees afins van obrir un ventall de noves possibilitats.

És en aquest moment que va néixer Paraules de Color Verd, **una iniciativa que sorgia amb la voluntat de facilitar l'accés a la logopèdia en col·lectius vulnerables.**

El Rancho Santa Fe és la llar d'NPH situada a pocs quilòmetres de Tegucigalpa, la capital d'Hondures. Allà hi conviuen més de 400 infants, joves i persones grans en situació de risc.

Al Rancho Santa Fe hi ha l'escola, un Departament d'Estimulació Educativa -on s'escolaritzen els nens i nenes amb necessitats específiques de suport educatiu-, una clínica mèdica per al personal d'NPH i una clínica mèdica externa amb servei d'atenció a persones externes a NPH amb situacions socioeconòmiques de risc. A més a més, compta també amb una llar, Casa Àngeles, situada a Tegucigalpa on conviuen joves amb alteracions neurològiques severes.

Quan els infants arriben al Rancho Santa Fe, generalment tenen la possibilitat de rebre escolarització en les diferents etapes educatives, ja sigui educació infantil, primària i secundària, tallers de professionalització, batxillerat o estudis universitaris.

Algunes de les situacions susceptibles d'atenció logopèdica que es troben al Rancho Santa Fe són infants amb retard del llenguatge i de la parla per manca d'estimulació, sense accés a l'aprenentatge lector o amb dificultats en lectoescriptura, i infants, joves i adults amb disfàgia o dificultats de comunicació conseqüents a paràlisi cerebral infantil o a trastorn de l'espectre autista.

PROGRAMES IMPLEMENTATS

Des d'aquell moment, es va iniciar un pla d'actuació amb l'obertura de nous fronts que es desenvoluparien entre juliol i agost del 2019. Aquest cop, foren cinc les voluntàries, quatre logopedes i una optometrista, les que van participar en els programes que s'hi van dur a terme.

Programes:

- 1 Sessions formatives sobre **estimulació del llenguatge i la comunicació en ambients naturals durant la infància**, destinades a educadors, educadores i docents d'educació infantil i primer cicle de primària.
- 2 Sessions formatives sobre l'abordatge i ús de SAAC en persones amb dificultats severes de **comunicació**, destinades als docents d'educació especial de l'escola El Rancho Santa Fe, educadors i educadores.
- 3 Sessions formatives sobre l'abordatge de la **disfàgia** destinades a professionals d'infermeria, educadors i

educadores de persones amb aquestes dificultats.

- 4 **Elaboració i implementació d'un Protocol d'Actuació en Necessitats Específiques de Suport Educatiu** conjuntament amb l'equip de professionals de l'escola El Rancho Santa Fe per donar una resposta educativa inclusiva ajustada a les necessitats dels infants.
- 5 **Avaluació optomètrica i provisió d'ulleres** a infants i professionals del centre, i veïns de poblets propers.
- 6 **Resolució de casos** individuals de les diferents àrees abordades.

Els estudis de fonoaudiologia són vigents a les universitats d'Hondures des de fa pocs anys. És per aquest motiu que escassegen els professionals del sector. Fins avui, han sigut els professionals d'àrees properes els que han anat assumint les competències d'aquest col·lectiu per donar resposta a les necessitats existents. Docents d'educació especial o infermers i infermeres són alguns dels exemples que es troben a la realitat.

NOUS HORIZONS

A hores d'ara, Paraules de Color Verd treballa conjuntament amb NPH amb un únic objectiu: obrir un Departament de Logopèdia al Rancho Santa Fe. Al gener de 2021, i durant un període d'un any, una de les companyes que dirigeixen el projecte farà una estada al Rancho Santa Fe. Per tal de garantir la continuïtat del projecte, es preveu contractar un o una professional que participi en la implementació dels programes que se'n deriven:

- 1 Intervenció logopèdica directa
- 2 Formació al professional de nova contractació
- 3 Formació a docents: Assessorament
- 4 Formació a docents: Seguiment de Casos
- 5 Formació a professionals de NPH-Hondures

Des del primer moment, les actuacions dutes a terme han anat encaminades a proporcionar eines i recursos personals i professionals per fomentar l'autonomia del col·lectiu destinatari, amb l'objectiu final que es pugui donar resposta a les necessitats logopèdiques dels infants del centre amb els recursos personals i professionals dels quals es disposa.

Accés al vídeo
explicatiu del projecte:



DADES

- ✉ paraulesdecolorverd@gmail.com
- 📷 @paraulesdecolor
- 📌 Paraules de Color Verd
- 📍 Paraules de Color Verd

DONACIONS:

- 1 Pots fer una donació a través del següent enllaç: <https://www.nph-spain.org/dona/>
- 2 Pots fer-te soci/sòcia del projecte de logopèdia per mitjà de l'adreça següent: <https://www.nph-spain.org/ser-socio/>
- 3 També pots fer donacions o associar-te al projecte a través del correu electrònic o trucant per telèfon a la Fundació NPH especificant que vols fer-te soci/sòcia del projecte de logopèdia Paraules de Color Verd.

FUNDACIÓN NPH-ESPAÑA:

• info.es@nph.org • +34 93 434 20 29 (Mercedes Torres, coordinadora de Padrins, Socis i Donants) De 9 a 14 h i de 15.45 a 18.30 h de dilluns a divendres • +34 639153 153 (Xavier Adsara Grau, director) 24 h al dia, de dilluns a diumenge. ■



Raquel i Paola - Pautes a cuidadores - Disfàgia



Alicia



Formació a mestres
Lectoescritura



Paola - Jocs d'estimulació
del llenguatge



Alba



Blanca - Avaluació optomètrica a nens

La legislació vigent prohibeix al CLC fixar i difondre recomanacions o barems orientatius d'honoraris professionals

Francesc Vila i Rodríguez advocat Roca Junyent

Els col·legiats, en diferents ocasions, us dirigiu al CLC per demanar que us indiquin de forma orientativa quina és la tarifa que s'està cobrant per un servei o un tractament determinat, per tal de poder tenir un criteri sobre el qual establir els vostres propis honoraris.

I la resposta que rebeu del Col·legi és sempre la mateixa: el **CLC no pot efectuar recomanacions ni donar informació sobre honoraris professionals perquè la legislació vigent en matèria de col·legis professionals ho prohibeix.**

En efecte, l'article 14 de la Llei estatal 2/1974, de 13 de febrer, de col·legis professionals, addicionat per la Llei 25/2009, de 22 de desembre, de modificació de diverses lleis per a la seva adaptació a la Llei sobre el lliure accés a les activitats de serveis i el seu exercici (Llei Òmnibus), **prohibeix de forma expressa la fixació i divulgació de qualsevol orientació o barem d'honorari professional** atès que atenta contra el principi de lliure competència que ha de regir l'exercici de l'activitat professional.

Artículo 14. Prohibición de recomendaciones sobre honorarios.

Los Colegios Profesionales y sus organizaciones colegiales no podrán establecer baremos orientativos ni cualquier otra orientación, recomendación, directriz, norma o regla sobre honorarios profesionales, salvo lo establecido en la Disposición adicional cuarta.

L'única excepció que fa l'article 14 d'aquesta prohibició és la dels barems d'honoraris orientatius per a la taxació de costes i jura de comptes dels advocats, prevista expressament en la disposició adicional quarta de la Llei 25/2009, que no és d'aplicació als professionals logopedes:

Los Colegios podrán elaborar criterios orientativos a los exclusivos efectos de la tasación de costas y de la jura de cuentas de los abogados.

Dichos criterios serán igualmente válidos para el cálculo de honorarios y derechos que corresponden a los efectos de tasación de costas en asistencia jurídica gratuita".

En conseqüència, d'acord amb la legislació estatal que transposa la Directiva de serveis, el **CLC no pot elaborar ni facilitar cap informació sobre honoraris professionals a les persones col·legiades.**

En aquest sentit, cal destacar que si el Col·legi facilités aquests barems orientatius vulnerant la prohibició expressa de l'article 14 de la Llei estatal, estaria contravenint la normativa en matèria de competència, i en particular l'article 1.1a) de la Llei 15/2007, de 3 de juliol, de defensa de la competència, que estableix que:

1. Se prohíbe todo acuerdo, decisión o recomendación colectiva, o práctica concertada o conscientemente paralela, que tenga por objeto, produzca o pueda producir el efecto de impedir, restringir o falsear la competencia en todo o parte del mercado nacional y, en particular, los que consistan en:
a) La fijación, de forma directa o indirecta, de precios o de otras condiciones comerciales o de servicio.

I per tant, estaria incorrent en una infracció molt greu que podria acabar amb la imposició d'una sanció econòmica per part de la Comissió Nacional dels Mercats i de la Competència –CNMC– (estatal) i de l'Autoritat Catalana de la Competència –ACCO– (catalana), que són els organismes públics amb personalitat jurídica pròpia que tenen com a missió vetllar pel correcte funcionament competitiu dels mercats entots els sectors productius de l'economia a l'Estat espanyol i a Catalunya, respectivament.

En aquest sentit, tant la CNMC com l'ACCO han imposat sancions a col·legis professionals, per la comissió de pràctiques restrictives de la competència per la fixació de criteris de preus i honoraris, amb imports considerables que s'han anat incrementant en els darrers anys.

Entre d'altres, destaquem la Resolució de 28 de juliol de 2016 de la CNMC, que va imposar una sanció de multa de 65.000€ al Col·legi Oficial d'Enginyers Tècnics Industrials de Madrid, per efectuar recomanacions de barems d'honoraris, entre d'altres conductes contràries a la competència; i la Resolució de 26 de febrer de 2019 del Tribunal Català de Defensa de l'ACCO, que va imposar una sanció de multa al Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB) per publicar un llistat d'honoraris professionals (per visita mèdica i per acte mèdic) en la seva pàgina web des de l'any 2009 fins al 2017, per import de



850.000€. El Col·legi ha impugnat aquesta resolució davant el Tribunal Superior de Justícia de Catalunya, i ara per ara, no tenim constància que s'hagi dictat sentència.

D'altra banda, la Llei catalana 7/2006, de 31 de maig, d'exercici de les professions titulades i dels col·legis professionals, modificada pel Decret legislatiu 3/2010, de 5 d'octubre, per a l'adequació de normes amb rang de llei a la Directiva 2006/123/CE, del Parlament i del Consell, de 12 de desembre de 2006, relativa als serveis en el mercat interior, tampoc permet als col·legis professionals establir recomanacions o barems d'honoraris professionals per a les persones col·legiades.

Tanmateix, en la seva vessant d'entitat de base associativa privada, l'article 40.f) de la Llei 7/2006 sí que permet als col·legis professionals facilitar informació en matèria d'honoraris, única

i exclusivament a les persones usuàries i consumidores, i respectant sempre el règim lliure de competència.

Amb tot, l'ACCO ja va manifestar en l'Informe de Regulació 4/2010, de 25 de gener, sobre la citada Llei 7/2006, que l'apartat f) de l'article 40 s'hauria de suprimir perquè considera que «l'intercanvi d'informació sobre honoraris entre empreses competidores, en el marc d'organitzacions horitzontals, constitueix una conducta contrària a l'article 1 de la Llei 15/2007.» Encara que, fins a avui, el precepte segueix vigent.

I en el mateix sentit es posiciona la CNMC, que en l'Informe sobre col·legis professionals després de la transposició de la Directiva de serveis, d'abril 2012, afirma que ni el públic en general (consumidors i usuaris) ni els col·legiats han de poder accedir a cap recomanació o barem d'honoraris perquè restringeix la capacitat dels professionals per determinar autònomament els preus que cobren als usuaris dels seus serveis; i per tant, els col·legis han d'evitar, per tots els mitjans, que aquesta informació sigui pública (sota pena de sanció per infringir la normativa en matèria de competència).

En qualsevol cas, els Estatuts del CLC vigents no preveuen entre les funcions del Col·legi, la de facilitar a les persones usuàries i consumidores informació en matèria d'honoraris professionals.

En conclusió, el CLC no pot facilitar informació sobre honoraris professionals perquè la legislació vigent en matèria de col·legis professionals li ho prohibeix de forma expressa. ■

El teu fill és el 29



Contracta ara l'assegurança de salut de la teva família i la quota dels teus fills serà només de 29 €*.

*consulta condicions de la promoció vigent

Què fa diferents les nostres assegurances de salut?



LLIURE ELECCIÓ DE GINECÒLEG I PEDIATRA.
Cobertura exclusiva per als col·legiats.



EL QUADRE MÈDIC MÉS AMPLI. Inclou els centres més prestigiosos i els equips mèdics que hi treballen.



COBERTURA DENTAL.
Odontologia bàsica i dues higiènes anuals cobertes.



ASSISTÈNCIA INTEGRAL DEL CÀNCER. Inclou medicacions i teràpies que altres companyies no cobreixen.



HOSPITALITZACIÓ A TOT EL MÓN. Fins a 42.000 euros per a tractaments especials fora del quadre.



COBERTURA DE PRÒTESIS. La més àmplia del mercat, cobreix totes les pròtesis internes i molt més.



TELECONSULTA I VIDEOCONSULTA. Per a consultes sobre temes de salut, sense haver-se de desplaçar.



PSICOLOGIA CLÍNICA. Sense necessitat de prescripció mèdica, fins 24 sessions l'any.



COMPLEMENT SPORT. Amb cobertures exclusives de medicina esportiva.



ASSISTÈNCIA EN VIATGE. Amb validesa a tot el món.

Informa-te'n

Seu social: Tuset, 5-11 | 08006 Barcelona
Tel. 93 414 36 00 | www.mgc.es

MGC mitua

La mare d'un pacient major d'edat m'ha demanat l'informe del seu fill, puc donar-l'hi?

Ariadna Urroz Segura, advocada

Les dades relatives a la salut d'una persona tenen el caràcter confidencial i ningú hi pot tenir accés sense prèvia autorització del pacient, d'acord amb l'article 7 de la Llei estatal 41/2002, de 14 de novembre, reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica (en endavant Llei 41/2002) i l'article 5 de la Llei catalana 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica (en endavant Llei 21/2000).

A aquests efectes, cal tenir en compte també que tant la referida normativa estatal com la normativa catalana regulen l'accés a la història clínica per part del pacient. En concret, tant l'article 18.1 de la Llei estatal 41/2002 com l'article 13.1 de la Llei catalana 21/2000 estableixen que el pacient té dret

a accedir a la documentació de la història clínica i a obtenir una còpia de les dades que hi figuren. No obstant això, es preveu també la possibilitat que el pacient autoritzi un tercer per accedir a la seva història clínica. Així s'estableix en l'apartat segon de l'article 18 de la Llei estatal 41/2002: «2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.»; i en l'article 13.3 de la Llei catalana 21/2000: «El dret d'accés del pacient a la història clínica es pot exercir també per representació, sempre que estigui degudament acreditada».

Per tant, en aquest cas concret, **el pacient major d'edat hauria d'autoritzar la seva mare per tal que el centre mèdic li pogués proporcionar l'informe clínic de quan el pacient rebia el tractament.** ■

CARTES DELS LECTORS

és legal?

M'han ofert treballar estant només donada d'alta a hisenda, sense contracte laboral i sense pagar autònoms. Diuen que és legal si tens guanys inferiors a 6.000 € anuals. És així?

Si vostè presta serveis retribuïts per compte aliè i dins de l'àmbit d'organització i direcció d'una altra persona, física o jurídica, anomenada ocupador o empresari, hauria d'estar contractada sota la modalitat de règim general i no en règim d'autònoms, independentment de la jornada de treball.

La prestació de serveis es realitzaria a les instal·lacions de l'empresa i les funcions estarien relacionades amb la seva activitat principal. Les parts hauran d'establir les condicions pactades en un contracte de treball (jornada, horari, retribució i altres clàusules particulars que s'acordin).

En el cas de no optar a aquesta modalitat d'enquadrament en règim general, que seria el correcte, i tramitar una alta en el règim especial de treballadors autònoms, la legislació de la

Seguretat Social estableix com a norma que és obligat donar-se d'alta en autònoms si es dur a terme de forma habitual, personal i directa una activitat econòmica a títol lucratiu, i l'obligatorietat de donar-se d'alta en autònoms és independent del nivell d'ingressos i del temps dedicat a aquesta activitat.

Hi ha sentències que han creat jurisprudència i que estableixen que no cal donar-se d'alta com a autònom si els ingressos són inferiors al salari mínim interprofessional. En aquest cas, la persona ha d'haver tramitat l'alta censal a Hisenda mitjançant el model 036 o 037 per declarar tots els ingressos i així poder facturar i pagar els corresponents impostos.

Ara bé, en tractar-se de jurisprudència i no de normativa, això no eximeix que hi pugui haver sanció en cas d'inspecció. Existeix una llacuna normativa que alimenta la picardia i un cert «laissez faire» (deixar fer) de l'Administració i la Inspecció de Treball. Però queda al seu criteri. El fet és que hi ha precedents de sancions perquè no existeix un criteri clar i únic. ■



TASTETS DE LLENGUA

COVID-19 i vacil·lacions lingüístiques diverses

Durant aquests darrers mesos, i arran de l'avanç implacable de l'epidèmia per tot el món, molta gent s'ha anat repetint una pregunta bàsica, potser molt bàsica: com hem d'anomenar aquesta malaltia que ho ha trasbalsat tot?

L'OMS estableix que el nom oficial ha de ser **COVID-19** (de l'anglès corona virus disease, i 19, per l'any en què l'hem coneguda). La sigla té gènere femení (la COVID-19) i l'hem d'escriure en rodona i majúscules, tot i que, tal com va passar amb la parau-la sida, és probable que l'acabem escriure en minúscula si la tendència a tractar-la com un nom comú es manté. Pel que fa a la pronúncia, el mot és agut, per tant, la síl·laba forta és l'última.

D'altra banda, el nom del virus que causa la malaltia és **coronavirus SARS-CoV-2**, per diferenciar-lo d'altres tipus de coronavirus. L'OMS, però, recomana que en contextos comunicatius de divulgació es facin servir formes més planeres com «el virus responsable de la COVID-19» o «el coronavirus de la COVID-19».

I com que el nostre magí no descansa i hem tingut molts de dies per donar-hi voltes, podria ser que dubtéssim a l'hora de diferenciar **aïllament** de **confinament** o ens preguntéssim si la quarantena ha de complir quaranta dies estrictes. El TERMCAT ens aclareix que «en l'àmbit de la salut aïllament fa referència específicament al conjunt de mesures que s'apliquen a una persona amb una malaltia contagiosa durant el període en què la malaltia és transmissible per a evitar encomanar-la a altres persones», mentre que confinament «es refereix al fet de tancar algú dins un espai limitat per motius diversos», entre els quals la salut pública. I, naturalment, la quarantena no ha de ser necessàriament de quaranta dies.

Si encara no teniu clar si ens hem de posar **màscares** o **mascaretes** per accedir al transport públic, si hi ha alguna diferència entre **la UCI** i **la UVI** o se us presenten altres dubtes relacionats amb la terminologia lligada a aquesta pandèmia, podeu consultar el recull de **Termes del coronavirus** publicat pel **TERMCAT, CENTRE DE TERMINOLOGIA** que aplega més de vuitanta-cinc termes sobre aquesta qüestió.

Salut i cuideu-vos! ■

CNL DE BARCELONA
Delegació de l'Eixample - c/ Calàbria, 66, 2n - 08015 Barcelona



MIRAVÉ CO

ODONTOLOGIA 360°

Entre d'altres especialitats:

- Ortodòncia invisible
- Odontologia Infantil
- Odontologia Integrativa

Disposem d'un servei de gestió de l'ansietat dental

Serveis sense cost per col·legiats i familiars (mateix domicili):

- Visites Odontològiques
- Higiene dental anual
- Visites odontològiques urgència
- Rx intra-orals
- Tarifes preferencials per la resta de tractaments

C/Muntaner 239 Telf. 93 200 93 39

Ens hem unit, hem ampliat i seguirem creixent plegats

www.mirave.es

La Matriu de Comunicació i les Fites per a la Comunicació

La valoració de les competències comunicatives a les entitats socials d'atenció a persones amb paràlisi cerebral i pluridiscapacitat

Cristina Carol, logopeda (Fundació El Maresme) Col. núm. 08-2692; **Tanit de Juana**, logopeda (Associació Esclat) col. núm. 08-4226; **Sandra Delgado**, psicopedagoga (Fundació El Maresme); **Júlia Filella**, logopeda (Prodiscapacitats Fundació Privada Terrassenca) Col. núm. 08-4446; **Carme Forgas**, logopeda (Fundació l'Espiga) Col. núm. 08-1045; **Lidia Jaramillo**, logopeda (Institució Balmes) Col. núm. 08-4344; **Laura Lacárcel**, logopeda (Fundació ASPACE Catalunya) Col. núm. 08-3608; **Lola Maté**, logopeda (Associació Aremi); **Gemma Puigfel**, logopeda (Nexe Fundació) Col. núm. 08-2033; **Gábor Regueira**, logopeda (ASPACE Coruña); **Samuel Rodríguez**, psicopedagog (Institució Balmes); **Sara Torrents**, logopeda (Nexe Fundació) col. núm. 08-3617; **Maite Tous**, logopeda (APPC Tarragona). Coordinador: **Xavier Franch** (FEPCCAT).

ANTECEDENTS

El curs 2016-2017, la Confederación ASPACE va iniciar el projecte Talento ASPACE. Es tractava d'un programa per gestionar el coneixement acumulat dins les entitats membres i promoure l'intercanvi de bones pràctiques d'intervenció en diferents àrees. La Federació de la Paràlisi Cerebral i la Pluridiscapacitat de Catalunya (FEPCCAT) va ser l'encarregada de coordinar el desenvolupament del projecte en l'àmbit de les entitats catalanes i va gestionar un grup de treball centrat en els sistemes augmentatius i alternatius de comunicació (SAAC) i l'autonomia personal.

Fruit de l'experiència de les professionals que en formaven part i del treball tècnic, es va posar de manifest una manca d'objectivitat i sistematització en els processos de valoració de la comunicació i de les competències comunicatives tant de l'alumnat com de les persones adultes usuàries dels diferents serveis de les entitats participants.

Durant l'exercici 2017-2018, les logopedes i psicopedagogues integrants del grup van tractar de tancar aquest buit i es van familiaritzar amb recursos que podien ser d'utilitat en el seu dia a dia pel que fa al registre de les valoracions i la presa de decisions. L'any 2019, les professionals, pertanyents a l'Associació Aremi, Associació Esclat, APPC Tarragona, Fundació El Maresme, Nexe Fundació, Institució Balmes, Prodiscapacitats Fundació Privada Terrassenca, Fundació l'Espiga, Fundació ASPACE Catalunya i ASPACE Coruña, es van unir per fer un nou pas endavant en aquesta línia. Era necessari implementar de manera sistemàtica en les entitats socials dues de les eines que havien generat consens: la Matriu de Comunicació, elaborada per la Universitat d'Oregon, i la taula Fites per a la Comunicació, creada per l'empresa BJ Adaptaciones a partir del document AAC Goal Grid de la companyia Tobii Dynavox. El grup de treball pretenia comprovar si aquestes eines servien per a l'avaluació de les necessitats de comunicació de les persones usuàries de les entitats esmentades, les quals tenen paràlisi cerebral i/o pluridiscapacitat i grans necessitats de suport, i si podrien millorar la seva intervenció professional.

INTRODUCCIÓ

L'avaluació i la intervenció estan íntimament lligades. De fet, es consideren els processos més significatius de l'activitat educativa. És necessari, per aquest motiu, que l'avaluació tingui com a finalitat buscar respostes a les necessitats de la persona: capacitats, habilitats, contextos i altres demandes de comunicació. Baumgart (1996) apunta que l'avaluació ha d'anar dirigida a buscar solucions pràctiques. D'aquesta manera, **l'avaluació facilita i possibilita el procés de presa de decisions imprescindible per a la intervenció**. La perspectiva de l'avaluació, per tant, se centra en la persona, ja que, tal com afirmen Stephen von Tetzchner i Harald Martinsen (1993), **la perspectiva centrada només en el diagnòstic rarament aporta mesures d'habilitació útils en el marc de la intervenció educativa**. **L'avaluació, en conseqüència, ha de recollir informació rellevant per donar resposta a les necessitats de les persones que utilitzen comunicació augmentativa**.

Per comprovar l'efectivitat d'ambdós recursos a la llum del que hem mencionat fins ara, **les participants del grup de treball es van comprometre a reavaluar les competències comunicatives del màxim nombre possible d'alumnes i/o usuaris de les entitats on treballaven, i a comentar les impressions que n'extreien a les reunions tècniques**. En total, van passar la Matriu i les Fites a un total de 96 persones: 55 alumnes de centres d'educació especial d'entre 0 i 21 anys, i 41 usuaris de serveis per a adults, de més de 18 anys. Tots ells tenien paràlisi cerebral i/o pluridiscapacitat. Així doncs, presentaven discapacitat motriu amb diferents graus d'afectació, discapacitat intel·lectual, trastorns sensorials, i trastorns de la salut física i/o mental associats. El conjunt de trastorns afectava la capacitat comunicativa en l'àmbit de la parla i del llenguatge. L'intercanvi que es va produir al llarg de les cinc reunions tècniques que es van celebrar va permetre assenyalar aspectes positius i negatius d'ambdues eines i contraposar l'avaluació que en sorgia amb les que es duïen a terme fins al moment, en què el protagonisme el tenia generalment un únic professional i en les quals predominava l'observació qualitativa i el seguiment del cas sense altres eines avaluatives, o amb recursos propis de l'entitat no estandarditzats.

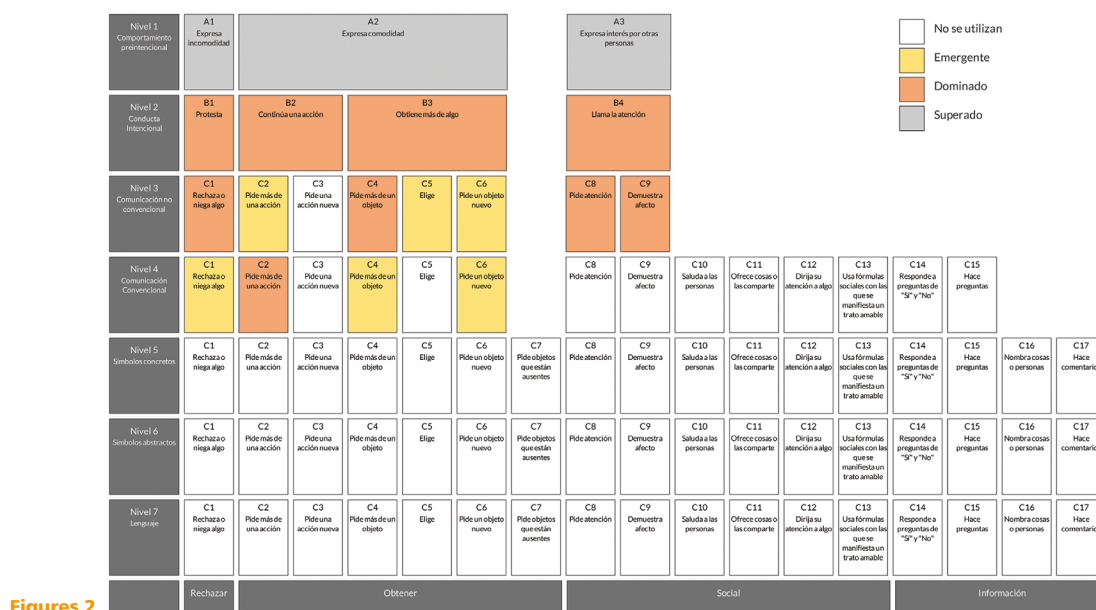
LA MATRIU DE COMUNICACIÓ I LES FITES PER A LA COMUNICACIÓ

La Matriu de Comunicació (www.matrizdecomunicacion.org) és una eina d'avaluació creada per Charity Rowland, doctora de la Facultat de Salut i Ciències de la Universitat d'Oregon, i dissenyada per determinar amb exactitud com es comunica un individu, així com per proporcionar un marc conceptual que determini objectius de comunicació conseqüents. Va ser pensada, en el moment de la seva creació, perquè servís a especialistes de la parla i el llenguatge a l'hora de documentar les habilitats de la comunicació expressiva de persones que tenen discapacitats severes, incloent-hi dificultats sensorials, motores i/o cognitives.

El seu disseny, però, és molt intuïtiu, i s'anuncia perquè pugui ser utilitzada tant per experts com per famílies. Per

començar a avaluar cal, en primer lloc, introduir informació del subjecte referida a diagnòstics i dades de caràcter personal. Posteriorment, la Matriu proposa quatre enunciats que descriuen les destreses de comunicació del subjecte i cal marcar aquell que el defineixi millor.

A continuació, l'eina formula preguntes que s'agrupen en quatre grans dominis: rebutjar, aconseguir, social i informació. Per exemple, una pregunta pot ser: Pot notar que la persona no vol quelcom específic, com ara un aliment? I, si és així, què fa la persona per fer-li veure que no vol quelcom? En completar les preguntes que va fent la Matriu, s'obté un perfil (Figures 1 i 2) en el qual es mostren els comportaments de la persona i en quin nivell es produeixen. A més, proporciona una llista de destreses comunicatives (el que fa la persona per comunicar). La pàgina fins i tot elabora un informe que desglossa tots aquests elements.



Figures 1 i 2. Dues Matrius de Comunicació resultants de l'avaluació de dos infants diferents. S'hi observa el diferent desenvolupament comunicatiu i de competències emergents i assolides.

Figures 3.

	Lingüístics	Operacionales/cognitius/sensorials	Sociales	Estratègics
COMPORTAMIENTO PREINTENCIONAL	Rechaza expresando incomodidad	Conciencia de uno mismo, conciencia corporal	Reconoce voces familiares	
	Obtiene expresando comodidad	Localiza sonidos	Explora el rostro humano	
	Muestra interés por las personas	Reconoce melodías		
		Seguimiento visual temprano, fijación de la mirada		
COMPORTAMIENTO INTENCIONAL	Se dirige hacia estímulos que le llaman la atención	Explora el campo visual		
	Protesta cuando algo le molesta	Hace fijamientos y seguimientos visuales	Llama la atención de los otros	Busca un objeto deseado
	Obtiene más de algo	Tiene conductas anticipatorias	Imita expresiones faciales	
		Establece la relación causa-efecto de forma sencilla		
COMUNICACIÓN NO CONVENCIONAL	Rechaza moviéndose, alejándose, empujando, gritando o haciendo muecas	Explora formas, funciones y propiedades de objetos		
	Da respuestas positivas con la cabeza, con contacto visual, sonriendo o cogiendo		Reconoce personas y objetos	Entiende que su comunicación (vocalización, expresión...) tiene efectos en el entorno
	Responde con cualquier modo de forma consistente a alguien (gestión de turnos básica)		Demuestra afecto	
COMUNICACIÓN CONVENCIONAL	Asiente y nega con gestos	Atiende a un objeto o actividad con alguien	Se comunica socialmente sonriendo, moviendo la mano o cogiendo objetos	Muestra frustración cuando no ha podido comunicarse
	Pide señalando, mirando o dirigiendo a alguien a algo	Demuestra memoria visual	Responde a la comunicación con la expresión facial, gestos, escuchando o actuando	
	Pide más o repetición con cualquier modo		Presta atención a la comunicación con interlocutores	
COMUNICACIÓN SIMBÓLICA EMERGENTE	Se comunica para controlar actividades (más, ya está, para) utilizando habla, pictogramas o gestos reconocibles	Atiende al SAAC mirándolo, escuchándolo o acercándose	Participa en actividades compartidas de forma activa	Consigue la atención del interlocutor antes de comunicar un mensaje
	Pide algo con vocalización, señalando o con comunicador	Muestra interés por el comunicador explorándolo (tocando, etc.) pero no necesariamente para comunicarse		
	Usa el nombre de un objeto para pedirlo o nombrarlo en una elección de 2 o más en actividades cotidianas			
COMUNICACIÓN EMERGENTE TRANSICIONAL	Pide o nombra una acción entre 2 o más en actividades cotidianas	Dispone de su SAAC en actividades cotidianas	Utiliza mensajes de gestión de actividad (para, más, ya está...) más que conductas disruptivas	Se da cuenta que tiene que repetir un mensaje cuando no se ha oído/entendido/interpretado bien
	Describe cualidades sensoriales sencillas	Coloca o pide su SAAC cuando se necesita	Realiza pequeños diálogos en actividades cotidianas sin error	Busca otra forma de comunicarse cuando algo no se ha entendido
	Utiliza mensajes simples en actividades cotidianas	Localiza vocabulario básico durante actividades cotidianas	Saluda y se despide	Pide o coge el comunicador cuando lo necesita
		Utiliza el botón atrás para navegación básica	Presta atención a los interlocutores de forma consistente	
COMUNICACIÓN EN CONTEXTOS FAVORABLES	Utiliza palabras de diferentes categorías (comida, personas, transporte...)	Reconoce que el comunicador necesita ajustes (por ejemplo, que no funciona, volumen bajo...)		
	Utiliza adjetivos sencillos (colores, formas, posición, comparación)	Enciende y apaga el comunicador cuando otros lo dicen		
	Utiliza iniciadores de frase (Yo quiero..., yo tengo...) en actividades estructuradas o rutinas			
	Utiliza verbos comunes o de rutina (poner, ir...)			
COMUNICACIÓN PRE-AUTÓNOMA	Utiliza frases de dos palabras con diferentes combinaciones	Pide ayuda para ajustar el comunicador	Hace comentarios en una actividad	Tiene una estrategia para iniciar conversaciones con personas que no suele hablar
	Responde preguntas con mensajes de charla rápida	Selecciona el volumen	Utiliza frases como "por favor", "gracias"	Busca la atención y la comprensión de su interlocutor
	Utiliza los plurales	Pide cargar el dispositivo	Empieza y acaba conversaciones con frases grabadas en conversaciones de más de dos turnos	Utiliza estrategias para corregir malentendidos como decir letra inicial, reformular...
	Reconoce el sonido de algunas letras	Busca que se vea bien el dispositivo	Comparte sus novedades con mensajes de "Sobre mí" con ayuda	Utiliza estrategias para ir más rápido
COMUNICACIÓN AUTÓNOMA	Comienza a jugar con combinaciones de letras	Navega por categorías en actividades rutinarias	Tiene conversaciones de más de dos turnos en diferentes contextos	Persiste cuando hay malos entendidos.
	Utiliza el pasado y futuro	Borra los mensajes	Hace bromas o comentarios graciosos con mensajes grabados	
		Participa en añadir nuevo vocabulario o su colocación	Sigue una conversación y puede responder preguntas generales	
		Lleva el comunicador de un sitio a otro de forma independiente o pidiendo ayuda	Hace peticiones variadas en diferentes contextos	
COMUNICACIÓN AUTÓNOMA	Organiza de una manera lógica la información, para contar historias	Limpió el dispositivo o pide a otros que lo hagan, independientemente	Hace comentarios, cuando alguien está hablando para participar en la conversación (ejemplo: ¿De verdad?, ¡Genial!, Eso suena terrible, etc)	Utiliza introducciones de conversación con interlocutores desconocidos
	Realiza cuestiones utilizando mensajes de "charla rápida"	Participa en añadir palabras al comunicador	Comparte información nueva o inusual, con significado personal, utilizando la variedad de herramientas comunicativas del dispositivo	Comunica la intención de participar en una conversación (ejemplo: "Tengo una pregunta")
	Hace frases de más de 3 palabras, combinando vocabulario núcleo y complementario	Participa de forma básica en el proceso de edición (ejemplo: modo edición, etiqueta, imagen, etc...)	Cambia de tema de manera sutil con sugerencias (ejemplo: "Tengo algo que contarte", o "¿Adivina qué?")	Reconoce cuando los interlocutores no han entendido la intención de los mensajes, y utiliza una frase para advertir (ejemplo: "espera", "Déjame explicarte, otra vez", etc)
	Utiliza múltiples palabras de descripción de una variedad de categorías (ejemplo: colores, tamaños, posicionamiento, comparación,...)	Ajusta el volumen del dispositivo que es apropiado al entorno	Selecciona temas interesantes para compartir	Gestiona de manera proactiva las interacciones (ejemplo: "Espera", "eso es", "sí, sí", etc)
COMUNICACIÓN AUTÓNOMA	Utiliza palabras disponibles en el comunicador para referirse a palabras o mensajes no disponibles (ejemplo: espagueti para pasta)	Navega por páginas/mensajes/vocabulario para actividades, temas o compañeros nuevos o inusuales.	Cambia el estilo de comunicación según las características del interlocutor y/o situación	Indica el cambio de tema con un mensaje apropiado
		Navega por diferentes tipos de mensajes o herramientas (ejemplo: categorías, preguntas rápidas, vocabulario núcleo, vocabulario clave, etc)	Reconoce cuándo/cómo interrumpir una interacción	
		Navega por los diferentes pronombres, verbos, adjetivos, sustantivos...	Solicita información (ejemplo: ¿Cuándo? o ¿Dónde?)	
			Realiza preguntas centradas en el interlocutor o relacionadas con la conversación.	
COMUNICACIÓN AUTÓNOMA	Crea frases de más de 4 palabras combinando vocabulario núcleo y complementario y charla rápida	Pide que se corrijan fallos del dispositivo o está pendiente de actualizaciones	Solicita aclaraciones	Utiliza distintas estrategias para prevenir o enmendar malentendidos en las conversaciones
	Utiliza palabras/mensajes disponibles en el dispositivo para definir o describir palabras/frases no disponibles (ejemplo: pasta para espaguetis)	Accede a funciones extras como el control de entorno, correo electrónico, etc	Realiza preguntas y comentarios relacionados con el tema de conversación	Planifica con antelación conversaciones efectivas (ejemplo: prepara y organiza los mensajes antes de tu cita con el médico)
	Compone frases complejas y compuestas, utilizando conjunciones (ejemplo: y, porque, si, que, pero, etc.)	Utiliza funciones avanzadas como el historial del chat, correcciones en la pronunciación o participa en la edición	Comienza y termina conversaciones, usando una variedad de mensajes de charla rápida, palabra a palabra o deletreando	Selecciona el modo de comunicación apropiado a las diferentes situaciones e interlocutores
	Demuestra habilidades de deletrear apropiadas para la edad con o sin uso de palabras o símbolos de predicción		Realiza cuestiones focalizadas en el interlocutor, utilizando vocabulario relativo al tema para continuar la conversación	Analiza los errores en tus interacciones de comunicación y crea estrategias para abordarlos
COMUNICACIÓN AUTÓNOMA			Comienza, continua, alarga y finaliza las conversaciones de manera apropiada	

* Basado en el documento Goals for AAC de Tobii Dynavox. Disponible on-line

Figures 3. Taula Fites per a la Comunicació. El professional ha de resseguir cadascuna de les habilitats i marcar aquelles que la persona avaluada té desenvolupades.

Les Fites per a la Comunicació, per la seva banda, pretenen ser una guia o referència dels reptes a aconseguir per part dels usuaris de SAAC. Les Fites es basen en el document AAC Goal Grid elaborat per l'empresa Tobii Dynavox. Per tant, no són, per si soles, una escala de valoració. S'estructuren a partir de quatre eixos: lingüístic, operacional, social i estratègic, i al llarg de nou etapes de desenvolupament, des del comportament preintencional (primera etapa) fins a la comunicació autònoma (darrera etapa). Per omplir les Fites per a la Comunicació, es pot descarregar l'arxiu Excel a www.bj-adaptaciones.com. En aquest cas, es requereixen més coneixements tècnics sobre comunicació i la participació de les famílies és molt més complicada. El procés de revisió, però, és relativament senzill. D'acord amb com es va organitzar el grup de treball, qui l'utilitza ha de marcar cada ítem segons si la persona avaluada ha assolit l'objectiu (Sí), si mai s'ha observat que la persona ho hagi aconseguit (No) o bé si l'hem observat alguna vegada (P, en progrés). D'aquesta manera imitem el funcionament de la Matriu de Comunicació i es poden establir paral·lelismes entre ambdues eines.

Per les seves característiques, la Matriu de Comunicació i les Fites per a la Comunicació són recursos complementaris, que analitzen moments del desenvolupament comunicatiu lleugerament diferents. La Matriu aporta una definició molt precisa de la comunicació des del nivell més bàsic, el preintencional, fins a l'assoliment del llenguatge. Parlaríem, per tant, d'una gradació que va d'aquella situació en què el comportament no està sota el control de la persona, tot i que reflecteix el seu estat general, i en la qual és el cuidador qui interpreta moviments corporals, expressions facials i sons, fins al moment en què la persona combina símbols, concrets o abstractes, d'acord amb les regles gramaticals. Les Fites per a la Comunicació aporten informació rellevant, principalment, sobre els aspectes competencials tant de la comunicació (aspectes operacionals, cognitius i sensorials, lingüístics i socials) com respecte del suport que utilitza per comunicar l'usuari de SAAC que avaluem (estratègics).

Així doncs, la Matriu afina més l'observació sobre els primers estadis de la comunicació. Desgrana més clarament els registres i les competències de la persona avaluada. Les Fites apunten a uns nivells superiors, motiu pel qual matisen i complementen la Matriu. En el cas del llenguatge i els símbols abstractes, per exemple, les Fites són molt més concretes, i aporten més informació pragmàtica perquè, entre d'altres coses, reflecteixen millor les habilitats de la persona.

OBJECTIUS

La hipòtesi subjacent de la recerca era que l'ús de la Matriu de Comunicació complementat amb les Fites per a la Comunicació facilitaria l'avaluació i milloraria la planificació de la intervenció en alumnes i usuaris amb greus dificultats de comunicació. Per aquest motiu, es va determinar comprovar si les eines permetien:

1. Unificar criteris d'avaluació.
2. Facilitar el fet de compartir la informació entre professionals utilitzant el mateix llenguatge.
3. Millorar la presa de decisions en la intervenció.
4. Ajudar a marcar els objectius específics de la programació de comunicació i llenguatge.

Per tot això, els objectius específics que es van plantejar en aquest projecte van ser:

1. Avaluar la conducta comunicativa d'alumnes i/o usuaris amb les característiques esmentades.
2. Implementar la Matriu de Comunicació i les Fites per a la Comunicació en el dia a dia del centre com a eina de valoració logopèdica.
3. Valorar la idoneïtat de l'ús de la Matriu i les Fites per detallar el perfil comunicatiu de la persona.

RESULTATS I CONCLUSIONS

Durant el període d'estudi, s'ha analitzat la utilitat de la Matriu de Comunicació i de les Fites per a la Comunicació, i s'ha comprovat que, certament, el seu ús unifica criteris d'avaluació de la comunicació en l'atenció al col·lectiu.

La utilització de les eines mencionades ha permès a les professionals disposar d'un mateix patró d'anàlisi i de criteris d'avaluació homogenis. Si, a més a més, tenim en compte el perfil complex del col·lectiu al qual s'atén i es dona servei, la implementació ha millorat l'objectivitat del treball.

És cert, i s'ha confirmat la idea, que **difícilment una eina pot assegurar la completa objectivitat en el procés de valoració.** En aquest sentit, la Matriu de Comunicació no ha estat dissenyada específicament per avaluar el col·lectiu de persones amb paràlisi cerebral ni, especialment, amb pluridiscapacitat. Les Fites per a la Comunicació, per la seva banda, són un document creat per guiar les adquisicions dels usuaris de SAAC, entre els quals es compten aquestes persones. Tenint present això, la suma de recursos, cadascun amb les seves particularitats, permet abordar l'avaluació de forma rigorosa, reduint la subjectivitat en la valoració d'habilitats només descrites a través de l'observació i el seguiment.

Al mateix temps, la unificació de criteris no és un avenç únicament atribuïble a les eines. Davant la possibilitat de marge d'error, es proposa que més d'un professional de l'equip d'atenció directa pugui passar aquests recursos i avaluar la persona. Així s'augmenta l'objectivitat de les respostes i es pot millorar el coneixement del context comunicatiu, ja que totes les persones comuniquen diferent depenent d'on es troben i dels interlocutors que tinguin. L'ús de l'eina conjunta amb el procés de consens és el que garanteix aquesta precisió superior.

Amb relació als criteris, el procés resulta interessant perquè es proposa una avaluació de la comunicació centrada únicament en la capacitat d'expressió, i deslligada de l'anàlisi cognitiva. Tot i que a la llarga és imprescindible conèixer aquest aspecte, ambdues eines permeten canviar la mirada i evitar el filtre cognitiu, que en algunes situacions pot distorsionar l'observació.

Responent a la segona hipòtesi, tant la Matriu de Comunicació com les Fites per a la Comunicació generen un document final de registre de les competències comunicatives. La descripció de cadascun dels nivells comunicatius fixa un llenguatge comú a l'hora de parlar sobre les habilitats de l'usuari i facilita una valoració més tècnica, formal i estandarditzada, en què s'empra un vocabulari específic i una descripció exhaustiva de les destreses presents.

Aquestes eines resulten útils no només per als professionals experts en comunicació, sinó també per al conjunt de l'equip que atén l'usuari de SAAC, ja que poden comprendre com s'estructura i es desenvolupa la comunicació en cada cas. A més, el fet que aquesta informació arribi a tots els professionals que treballen amb la persona, i que entenguin les necessitats i objectius de cadascuna d'elles, facilita que s'estableixi una estratègia interdisciplinària que augmenta el valor de l'atenció en l'àrea de comunicació. Si, fins al moment, les professionals especialitzades en comunicació veien que la seva feina era aïllada i concreta, en sessions individuals o en un petit grup, a partir d'ara aquestes eines poden servir per impulsar esforços conjunts que beneficiïn el desenvolupament de la comunicació en tots els moments del dia i en qualsevol tipus d'acció, de manera que s'evitarà que l'usuari només utilitzi el SAAC en activitats específiques.

Més enllà dels professionals del centre i/o altres organitzacions d'atenció a les persones amb paràlisi cerebral i pluridiscapacitat, aquestes eines també permeten apropar l'avaluació de la comunicació a les famílies. És a dir, pares, mares, germans i/o altres persones de l'entorn proper poden donar i rebre informació sobre la comunicació de la persona usuària de SAAC. La veu de la família augmenta i millora els registres de les competències i habilitats comunicatives, i pot apropar els professionals a conèixer recursos que dins del context de l'entitat no es donen, però que la persona utilitza en altres àmbits.

Per tant, la Matriu i les Fites afavoreixen el traspàs d'informació i expandeixen el coneixement i la responsabilitat d'un treball integral i interdisciplinari en el camp de la comunicació. Algunes de les famílies han comunicat a les professionals que haver participat en aquesta avaluació els ha fet sentir més a prop de la feina dels especialistes i els ha ajudat a comprendre una mica millor els seus fills i filles. Això fa créixer la utilitat de les eines més enllà del treball tècnic a l'entitat i permet repensar la comunicació amb l'entorn, per explicar l'atenció que s'ofereix a la persona, evidenciar els progressos realitzats amb un document compartit

en l'àmbit del centre, i implicar-los en el treball per consolidar la comunicació mitjançant SAAC.

Si saltem a les hipòtesis tercera i quarta, **les professionals del grup de treball constaten que l'ús de la Matriu de Comunicació i les Fites per a la Comunicació ha permès autoavaluar la tasca dels equips professionals a l'hora de definir les competències comunicatives de l'individu i intervenir-hi.** Gràcies al detall que ambdues eines ofereixen, es poden formular objectius de treball molt més concrets, així com avaluar continuadament el progrés de la persona usuària o, en el cas contrari, el deteriorament que pugui existir. Això permet ubicar la persona en un nivell precís de comunicació que, a més a més, serà compartit pel conjunt de l'equip. En conclusió, afavoreix la intervenció logopèdica.

Tant la Matriu de Comunicació com les Fites per a la Comunicació ofereixen a qui les utilitza un nou enfocament sobre les competències comunicatives de les persones amb paràlisi cerebral i discapacitats similars. Més enllà dels recursos i les habilitats de què disposa la persona en el moment de l'examen, ambdós sistemes permeten una visió positiva, que treu a la llum noves competències i que anima a seguir avançant en la intervenció i a la redefinició continuada dels objectius que donin resposta a les necessitats comunicatives de l'usuari.

Per a una intervenció continuada i ajustada a les necessitats de la persona és imprescindible marcar objectius específics de comunicació i llenguatge. L'estudi dut a terme al llarg dels últims nou mesos permet afirmar que les dues eines milloren la definició dels objectius específics. La Matriu i les Fites permeten diferenciar cada persona i cada una de les habilitats de comunicació, així com les seves necessitats concretes. La possibilitat d'ajustar la intervenció a cada cas suposa una millora significativa de l'atenció que hem de valorar molt positivament i que cal aprofitar per enfortir les entitats socials d'atenció a les persones amb paràlisi cerebral i pluridiscapacitat. ■

Bibliografia:

- Baumgart, D., Johnson, J. i Helmstetter, E. (1996). Sistemas alternativos de comunicación para personas con discapacidad, Alianza Psicología.
- Bj Adaptaciones (2017). Hitos para la comunicación. Recuperat de <https://blog.bjadaptaciones.com/hitos-para-la-comunicacion>
- Cabré, N. (2006). [Comunicació a les Jornadas Nacionales de sistemas aumentativos de comunicación – Inèdita]. Evaluación y toma de decisiones para la intervención respecto a los sistemas aumentativos de comunicación.
- Rowland, C. (2004). Matrix Communication. Recuperat de: <https://communicationmatrix.org/Matrix/About>
- Von Tetzchner, M. i Martinsen, H. (1993). Introducción a la enseñanza de signos y al uso de ayudas técnicas para la comunicación, Visor.

www.somlogopedes.cat
**Un logopeda fa molt més
 del que penses**

Medidas de identificación y formación para aumentar la seguridad de pacientes que requieren espesante en líquidos

Marta Ecurriol Ostáriz, Diplomada en Logopedia (UAB). Posgrado en Disfagia Orofaringea (UManses). FUB). Servicio de Logopedia, Clínica Sant Antoni (CSA) Instituto Médico y de Rehabilitación. Col. núm. 08-0735.

RESUMEN

La Clínica Sant Antoni (CSA) es un centro sociosanitario con una capacidad de 228 camas (80 de convalecencia y 148 de larga estancia). En el año 2018, de las valoraciones del Servicio de Logopedia de la clínica, el 78% correspondieron a diagnósticos de disfagia orofaríngea.

El objetivo de este trabajo es valorar la utilidad de formar a las personas del equipo multidisciplinar para que puedan identificar las texturas y evaluar la idoneidad de las medidas de identificación del paciente con necesidad de espesante.

Los datos recogidos a través de un cuestionario a auxiliares de enfermería y enfermeros de la CSA muestran que prácticamente el 100% del personal valora positivamente que los pacientes que requieren espesante tengan una identificación clara y de fácil acceso.

Un 86,49% de los encuestados (el 100% de los cuales ha asistido a la formación interna) conoce las 3 texturas de espesante. Las respuestas erróneas representan el 13,51 % del total (el 100% de los cuales no ha asistido a la formación). El 32,43 % de los encuestados que no ha asistido a la formación está interesado en hacerlo.

Palabras clave: disfagia, identificación, seguridad, textura, sociosanitario.

INTRODUCCIÓN

La deglución normal tiene como función nutrir e hidratar al individuo de forma eficaz, aportando los nutrientes necesarios de forma segura, sin complicaciones que comprometan la vía respiratoria.

Se denomina disfagia a la «alteración en la deglución, caracterizada por la dificultad de mover el bolo alimenticio de manera segura desde la boca al estómago sin que aparezca[n] signos de aspiración» (1). Esta patología presenta una alta prevalencia en nuestra sociedad y se prevé que aumente durante los próximos años debido, entre otros factores, al envejecimiento de la población. La disfagia ensombrece el pronóstico y empeora la calidad de vida de estos pacientes.

Entre las diferentes medidas de tratamiento de la disfagia, se encuentran las modificaciones de la dieta en cuanto

a textura, viscosidad y volumen, así como medidas rehabilitadoras que incluyen el incremento sensorial y las estrategias posturales. (2)

La adaptación de la consistencia, textura y volumen de los alimentos es una medida básica en el tratamiento terapéutico de la disfagia y las modificaciones que haya que establecer vendrán dadas por los resultados del MECV-V. (3), ya que estas adaptaciones de la dieta y los líquidos, así como las medidas de higiene oral, contribuyen a reducir o evitar complicaciones más importantes de la disfagia orofaríngea (4).

Al realizar modificaciones en la viscosidad de los líquidos en la práctica diaria es importante conocer el comportamiento del espesante y las cualidades de las diferentes viscosidades:

- **Consistencia néctar:** al caer forma un hilo.
- **Consistencia miel:** al caer forma gotas gruesas.
- **Consistencia pudín:** al caer mantiene su forma. (figura 1)



Figura 1. Texturas de espesante

El tratamiento de la disfagia orofaríngea debe ser multidisciplinar: según el documento *Atenció a la disfagia orofaríngea en els diversos àmbits de salut. Document de consens* hay cinco grupos profesionales que son fundamentales: médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, dietistas-nutricionistas y logopedas. (5)

La detección y la intervención multidisciplinaria de la disfagia reduce la morbilidad y la mortalidad y mejora la calidad de vida de las personas que la padecen. (6).

Además, el equipo multidisciplinar debe dar información al paciente o al cuidador sobre las alteraciones de la deglución, los factores de riesgo y cómo responder antes los síntomas que pueden indicar un riesgo. Asimismo, el logopeda debe mantener el vínculo con el equipo multidisciplinar y garantizar una buena comunicación. (7)

La prevalencia de la disfagia orofaríngea es muy elevada en diferentes fenotipos de pacientes. Según algunos estudios, afecta al 38-78% de pacientes que ha sufrido un ictus, al 18-82% de pacientes con enfermedad de Parkinson, al 80% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer, a más del 55% de los pacientes institucionalizados, al 47,4% de los pacientes ingresados en una unidad geriátrica de agudos de un hospital general y al 27,2% de las personas mayores. (8)

Alrededor del 50% de los pacientes en etapas finales de demencia sufre disfagia orofaríngea, la cual puede ocasionar broncoaspiraciones que podrían derivar en neumonía y aumentar el riesgo de muerte en estos pacientes, mayormente dependientes, ubicados en geriátricos, centros sociosanitarios y residencias. (9)

Según los estudios videofluoroscópicos hasta un 50% de los pacientes neurológicos y pacientes ancianos presenta signos de alteración de la seguridad (tos, voz húmeda o desaturación de oxígeno) y una elevada proporción de ellos tienen aspiraciones silentes. Hasta un 50% de los pacientes que sufre aspiraciones desarrollará una neumonía aspirativa. (10)

De los ingresos por neumonía adquirida en la comunidad, la neumonía aspirativa representa el 6% y llega al 10% en mayores de 80 años con una mortalidad acumulada de hasta el 34%. Su incidencia es mayor en pacientes muy ancianos, frágiles o con patologías neurológicas que puedan afectar a la deglución. Los pacientes institucionalizados, y en especial los frágiles, tienen un riesgo 10 veces superior comparado con el de ancianos no institucionalizados. (11)

La neumonía aspirativa (NA) es la principal causa de muerte en los pacientes con trastornos neurológicos y disfunción deglucional. Es la causa más frecuente de mortalidad durante el primer año después de un ictus y se ha convertido en la tercera causa de mortalidad en mayores de 85 años. (12)

Según datos del Instituto Nacional de Estadística una de las principales causas de mortalidad en la tercera edad es la neumonía causada por la broncoaspiración, junto con las demencias, los tumores y las enfermedades del aparato digestivo. (13)

La Clínica Sant Antoni (CSA) es un centro sociosanitario con una capacidad de 228 camas (80 de convalecencia y 148 de larga estancia). En el año 2018, de las 250 valoraciones logopédicas realizadas en la CSA, el 78% correspondieron a diagnósticos de disfagia orofaríngea. De las 1832 sesiones de rehabilitación logopédica, el 74,02% se realizaron a pacientes con disfagia.

El Servicio de Logopedia de la CSA ha impartido, desde mayo de 2018, sesiones de formación periódicas sobre disfagia dirigidas a auxiliares de enfermería, enfermeros, personal de cocina y camareros de planta con el objetivo de minimizar los errores en la administración de alimentos y líquidos.

Desde el Servicio de Terapia Ocupacional de la CSA se detectó el riesgo que suponía administrar líquidos a los pacientes que lo solicitaban cuando estaban en la sala de terapia o de fisioterapia, puesto que resultaba complicado y poco práctico para los rehabilitadores entrar en la historia clínica de cada paciente para comprobar si tenía pauta de espesante en los líquidos. A partir de la detección de este problema se creó el «Procedimiento de Identificación de pacientes con necesidad de espesante (PC007)», que incluye una pulsera identificativa y una identificación en el cabecero de la cama del paciente con el tipo de textura que requiere.

La hipótesis de este trabajo es que, a partir de la formación interna y las medidas de identificación, el personal de enfermería y los auxiliares identificarán correctamente las texturas de los líquidos con espesante en el caso de los pacientes que lo requieran. El objetivo es valorar la utilidad de formar a las personas del equipo multidisciplinar para que puedan identificar las texturas y evaluar la idoneidad de las medidas de identificación del paciente con necesidad de espesante.

METODOLOGÍA

Participantes: Los participantes son 37 profesionales (hombres y mujeres) que trabajan de auxiliares de enfermería y de enfermeros en la clínica. Sus funciones relacionadas con la deglución son:

Auxiliares: suplir las carencias del paciente en las AVDS (actividades de la vida diaria), preparar los líquidos con espesante para los pacientes, administrar el alimento en las ingestas cuando los pacientes no son autónomos, controlar el servicio de comidas.

Enfermeros: controlar el trabajo realizado por el equipo de auxiliares de enfermería, detectar posibles alteraciones de la deglución para realizar interconsulta al Servicio de Logopedia.

Instrumento: Se elabora un cuestionario.

Procedimiento: La logopeda de la clínica imparte una formación teórico-práctica de dos horas en abril y octubre de 2018 y 2019, en dos horarios para cubrir todos los turnos. Posteriormente se recogen los datos del cuestionario de forma autoadministrada y anónima.

Análisis de datos: Se crea una base de datos para el registro y análisis de las respuestas con el programa Excel 2007. De una población total N=105 (plantilla de enfermeros y auxiliares de enfermería de la clínica) se obtiene una muestra de n=37. Con un margen de confianza del 95% se obtiene un margen de error del 13,03%.

RESULTADOS

Los resultados muestran que prácticamente el 100% del personal (97,30%) valora positivamente para su práctica diaria el hecho de que los pacientes que requieren espesante tengan el cartel colocado en el cabecero de su cama, ya que les resulta más fácil y rápido detectar si requiere o no espesante, minimiza los errores, les da más confianza y de ese modo aumenta la seguridad del paciente. Por lo que respecta al símbolo colocado en la pulsera identificativa, los resultados no son tan unánimes. La mayoría cree que es útil, pero parte del personal, además de la pulsera, utiliza otros medios de acceso a la información o no la utiliza.

Por otro lado, también se ha observado que responden correctamente, en cuanto a las 3 texturas de espesante, 32 personas de un total de 37 (86,49%). De estas, el 100% ha asistido a la formación interna impartida por el Servicio de Logopedia de la clínica. Las 5 respuestas erróneas representan el 13,51 % del total de encuestados (de los cuales el 100 % no ha asistido a la formación).

Además, los datos muestran que el 32,43 % de los encuestados que no ha asistido a la formación está interesado en hacerlo.

CONCLUSIONES

Estos resultados y la gran incidencia de la disfagia en un centro sociosanitario evidencian que es totalmente necesaria una formación básica de todo el personal que está en contacto

directo con pacientes con disfagia y que requieren espesante en los líquidos para realizar un trabajo multidisciplinar con estos pacientes y minimizar el riesgo de error, así como una correcta identificación, clara, sencilla y llamativa de los pacientes con requerimiento de espesante. Con este estudio, a partir de las respuestas del personal, se puede concluir que la formación sobre disfagia aumenta el conocimiento de las diferentes texturas de espesante y de ese modo se incrementa la seguridad del paciente, su calidad de vida e incluso su supervivencia.

Asimismo, estos datos sobre la formación interna impartida por el Servicio de Logopedia demuestran la relevancia e impacto positivo que tiene la capacitación del personal de enfermería para el manejo de la disfagia. ■

**ESPESANTE
NÉCTAR**

**ESPESANTE
MIEL**

Figura 2. Imágenes con las medidas de identificación de los pacientes con espesante

**ESPESANTE
PUDDING**



Figura 3. Carteles en el cabecero y pulsera identificativa

Bibliografía

- (1) (2) Del Olmo García B. Disfagia post-ictus: guía rápida para tu día a día. A propósito de un caso. [Trabajo de fin de grado]. Universidad de Valladolid; 2016. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/668f/5644b8f4ffeca540011c6800d887138a728e.pdf>.
- (3) Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. Clin Nutr. 2008; 27(6):806-15.
- (4) (5) (6) (7) (8) Comissió Mixta entre el Col·legi de Logopedes de Catalunya i el Departament de Salut. Atenció a la disfàgia orofaríngia en els diversos àmbits del sistema de salut. Document de consens [Internet]. Barcelona: Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària i Col·legi de Logopedes de Catalunya; 2018. Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_AZ/D/difagia/atencio_disfagia_orofaringia.pdf
- (9) Sacristán D, Bardinet M, García O. Logopedas: soluciones ante la disfagia en centros geriátricos. Logopedia.mail [Internet]. 2019 [acceso 30 agosto 2019];(78a). Disponible en: https://logopediamail.com/articulos/78a_LGPDm-BarGarSacSau_ESP.pdf.
- (10) (11) Barroso J. Neumonía aspirativa. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44:S2. p. 22-28.
- (12) Almirall J, Cabré M, Clavé P. Neumonía aspirativa. Rev Esp Geriatr Gerontol. Med Clin 2007; 129:11. p. 424-432.
- (13) Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte en España en el año 2012 [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>

Agradecimientos

- A mis compañeros y compañeras (auxiliares y enfermeros), por colaborar con sus respuestas en la elaboración de este estudio. Y por el interés que muestran cada día por saber más sobre las patologías que trata el logopeda.
- Al Sr. Gerard Freire (enfermero, coordinador de calidad), por colaborar y asesorarme en este trabajo y supervisarlo; al Dr. Julio Durán (coordinador asistencial) por animarme a «hacerme una pregunta» que me llevase a realizar un estudio, y a la Sra. Sofía Vaz (jefa de enfermería), por colaborar en la recogida de las encuestas a auxiliares y enfermeros.
- Finalmente, a la Dirección de la CSA, por creer en la necesidad de contar con el Servicio de Logopedia a jornada completa y valorar nuestro trabajo.

La Dra. Cristina Jackson-Menaldi ens ha deixat



Dra. Montserrat Bonet i Agustí metgessa foniatra, ORL, logopeda i música.
Núria Bonet i Agustí, pedagoga i logopeda. Professora associada UB.

Sí, la Dra. Cristina Jackson ens ha deixat, el rebrot i les seqüeles d'un càncer de mama han acabat amb la seva gran energia per sortir de tots els atzucacs de la vida.

La Cristina era una brillant logopeda argentina, investigadora de la veu tant en l'aspecte normal com patològic des de ben jove. El seu pare era organista i director de cor, i potser aquest fet va fer que ella es dediqués a la veu. Es formà a París i visqué la seva vida als EUA, a Detroit (Michigan), juntament amb el seu company José Luis Menaldi, matemàtic. Voltà molt, però sobretot impartí cursos als EUA, l'Argentina, el Brasil i Espanya, llocs on va donar a conèixer els seus llibres: **La voz normal (MARIA CRISTINA JACKSON MENALDI | Casa del Libro); La voz patològica; i La voz normal y patològica. Técnicas vocales con aplicación a la patología vocal y la voz profesional.** (2017) Ed. Panamericana en format digital. Fou professora i doctora en Fonoaudiologia, especialista en veu parlada, cantada i patològica; cofundadora del Lakeshore Professional Voice Center; professora a la Wayne State University i a la School of Medicine; membre fundadora de la Sociedad Argentina de la Voz i de la Voice Foundation (EUA); professora honorària de la Facultat de Medicina Aconcagua, a la província de Mendoza, a l'Argentina.

La vam conèixer als cursos que l'AELFA organitzava a València gràcies a l'empenta de la logopeda Maria Teresa Estellés cap a finals dels noranta. Ella, tan entusiasta, ens va empènyer a participar al PEVOC (Pan European Voice Congress), on es troben investigadors de la veu, metges foniatres, ORL, enginyers, cantants, professors de cant, logopedes i directores de cor per estudiar la veu, cadascú

des del seu àmbit; ella n'era una conferenciant habitual. Al gener del 2001 convidà la Montserrat als EUA a visitar la seva clínica, la Universitat i l'Hospital General que en depenia i allí vaig passar un mes aprenent molt de com treballen als EUA i, sobretot, com apliquen la tecnologia a l'estudi de la veu i la deglució, que eren els seus punts forts. Vam establir una bona amistat professional i personal, això propicià que vingués a Barcelona i, anys més tard, la Núria viatgés a Detroit i ens trobéssim, ja fos a Barcelona, a París, a València, a Alcalá de Henares o on fossin els congressos, per debatre i discutir les novetats.

En José Luis, sempre darrere per posar-li a l'abast informàtic totes les idees diagnòstiques que se li acudien, feu el programa PVC publicat en el seu llibre *La voz patològica* l'any 2002. Un programa que gestiona la feina logopèdica i foniàtrica per fer el seguiment de la malaltia o de la rehabilitació que nosaltres traduírem. Fins i tot aquest maig 2020, ja malalta, ens passà una forma més d'analitzar la veu amb el programa PRAAT per tal de superar les dificultats de certes empreses que han deixat de prestar aquest servei. Ella sempre a punt per ajudar, feien una bona parella.

Avui la volem recordar com a emprenedora, investigadora, amiga, lluitadora perquè les dones no quedin en segon pla. Tots la mantindrem al cor.

Barcelona, novembre del 2020. ■

Vols estar al dia sobre les formacions i els actes que duem a terme al CLC, dates destacades, articles científics recents i molt més?

SEGUEIX-NOS A LES XARXES SOCIALS DEL CLC

Twitter: @logopedes • Facebook: /logopedescatalunya • Instagram: @logopedes
 • LinkedIn: /logopedes • Youtube: Col·legi de Logopedes de Catalunya



Col·legi
de Logopedes
de Catalunya

El Col·legi recorda amb tendresa l'Araceli Oubiña

La logopeda Araceli Oubiña va morir el passat mes d'octubre amb 53 anys, com a conseqüència del càncer de mama metastàtic que patia des del 2013. Reproduïm aquí sota el text que la Mireia Sala, degana del Col·legi de Logopedes de Catalunya (CLC), va llegir en nom d'aquest en l'acte d'homenatge que es va celebrar el passat 14 de novembre. L'acte va ser organitzat pel Col·legi Professional de Logopedes de Galícia. En la redacció d'aquest escrit hi contribuï també l'Anna Civit, que va ser degana del CLC durant els seus primers anys de col·legiació a Catalunya i va poder compartir amb ella moltes experiències.



Araceli Oubiña Cacabelos fue la colegiada número 08-1963 del Colegio de Logopedas de Cataluña (CLC) durante más de 12 años, concretamente desde el 15 de noviembre del 2006 hasta el 31 de diciembre del 2018. Venía del Colegio de Andalucía. Se colegió en el CLC cuando aún no existía el Colegio de Galicia. No obstante, después de su creación quiso seguir vinculada al CLC como colegiada no ejerciente porque decía que tenía plena confianza en nosotros.

Decía que en el CLC se sentía bien informada, que había encontrado personas de mente abierta, que sabían escuchar, proponer, modificar y resolver cuestiones y problemas aunque no fueran de la propia comunidad autónoma. Consultaba dudas e inquietudes y buscaba respuestas que pudieran mejorar la calidad de su trabajo,

siempre pensado en sus pacientes, a los que ayudaba y trataba con mucho cariño.

Araceli también destacaba que el CLC ofrecía formación de calidad y, de hecho, en el CLC siempre se la recuerda en continua formación, incluso cuando su estado de salud ya no era bueno. Asistió a muchos de los congresos del CLC.

El CLC recuerda a Araceli como una logopeda comprometida con su profesión. Se especializó, entre muchas otras patologías, en la disfagia y luchó para la formación del logopeda en esta patología. Le gustaba ir en su moto. Siempre decía que se sentía libre y que era una buena aliada, ya que la llevaba a todas partes de forma rápida y cómoda. A principios del 2019, muy a su pesar, tuvo que venderla porque debido a su enfermedad le prohibieron montar en ella.

Araceli era amiga de sus amigos; le gustaba la naturaleza, la montaña, caminar, el mar. Anna Civit cuenta que cuando iba a Tarragona nunca encontraba el agua fría, que siempre decía que estaba genial. En estos momentos, yo creo que la encontraría demasiado caliente.

Era una persona alegre —¡a veces muy alegre!— que siempre tenía un ratito para escucharte y darte su opinión, te gustara o no te gustara. Era muy reservada con los temas personales, que compartía con sus amigos más allegados. Con el paso de los años uno se da cuenta de que aquella amistad perdura en la lejanía porque es una amistad sincera, de las de verdad. Era una persona con mucho coraje, con dotes de liderazgo y luchadora hasta el final. Siempre con una sonrisa, siempre con una voz amable y contenta de poder charlar un rato y, sobre todo, siempre agradecida por mantener esa amistad que, aunque fuera desde la distancia, siempre estaba presente.

Como persona luchadora que era, dedicó gran parte de sus últimos años a trabajar, apoyar y participar de manera activa en la Asociación de Cáncer de Mama Metastásico.

Su traspaso impactó fuertemente en el personal de nuestro colegio que tuvo la suerte de conocerla durante sus años de colegiada. «No me la quito de la cabeza —decían el día que recibimos la triste noticia—. Siempre nos hacía reír».

Hasta siempre, Araceli. Perdemos a una gran profesional y una gran persona y en nuestro colectivo te echaremos mucho de menos.

Junta de Gobierno del CLC y Personal del CLC. ■

LA MIRADA SOMRIU SI TU SOMRIUS

Feliç 2021



Col·legi
de Logopedes
de Catalunya

