

logopèdia

Revista del Col·legi de Logopedes de Catalunya
[19] JULIOL de 2010

EL LOGOPEDA ÉS
L'ESPECIALISTA EN EL
TRACTAMENT DE LES
ALTERACIONS DE LA
COMUNICACIÓ.

CONFIA-HI!



il·lustració: Elena Fito

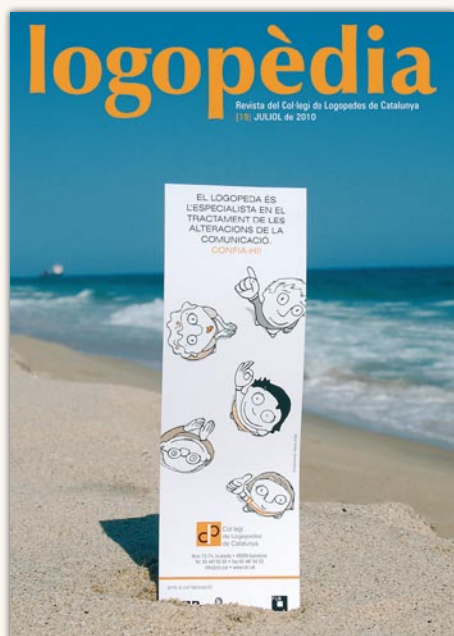


Col·legi
de Logopedes
de Catalunya

Bruc 72-74, 5a planta • 08009 Barcelona
Tel. 93 487 83 93 • Fax 93 487 94 52
info@clc.cat • www.clc.cat

amb la col·laboració:





Punt de llibre per difondre què és la logopèdia, què fem els logopedes i on es pot estudiar.
Disseny: Santi Duran



Col·legi
de Logopedes
de Catalunya

Normativa per a la publicació

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

• Segons el volum d'escrits ens veurem obligats a fer-ne una selecció per donar entrada a diferents temes.

Edició Col·legi de Logopedes de Catalunya • Bruc, 72-74, 5è • 08009 Barcelona • Tel. 93 487 83 93
• Fax 93 487 94 52 • info@clc.cat

Coordinadora Diana Grandi

Equip de redacció Neus Albado, Daniel Domínguez, Elisabeth Dulcet, Marta Esteve, Diana Grandi.

Col·laboradors Marta Argilés, Montserrat Augé, Carme Bruno, Cristina Casas, Victòria Dot, Josep Durán Von Arx, Rosa M. Esqué, Ingrid Fontanals, Marta Fransoy, Victoria González, Anna Guilera, Teresa Herrero, Esther López, Carme López, Mayca Martín, Àngela Nebot, Jesús Palacios, Olga Rion, Beatriz Rodríguez, Belén Sánchez, Andreu Sauca, Elena Segura, Jesús Valero, Montserrat Valls, Francesc Vila.

Correcció lingüística Consorci de Normalització Lingüística

Disseny i maquetació Santi Duran

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

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

Sumari

Editorial

Editorial.....3

L'espectador

Presentació del CLC a la consellera del DASC4

Presentació del conte Màscara i Mentides:
un conte ple de realitat5

Entrevista

a Jesús Palacios6

Racó científic

Logopèdia, veu i transsexualitat8

La estimuloterapia como un recurso para generar
ejercicios automatizados10

Visión y aprendizaje (I):
detección de disfunciones visuales15

Vida col·legial

6 de març de 2010: dia Europeu de la Logopèdia19

El llenguatge escrit: el gran oblidat22

Autorització i registre de centres sanitaris.....26

La FC del CLC aposta sempre per la qualitat.....28

Racó dels assessors

Apunts sobre el tractament de l'IVA
en les prestacions de serveis de logopèdia
en l'àmbit sanitari30

La racionalització dels terminis de conservació de
la història clínica dels pacients en logopèdia31

Racó informàtic

e-logopèdia (XIX)
Software per a Logopèdia i Logopèdia orientada a l'evidència ...34

Reflexió

La importància de conèixer les nostres possibilitats i
reconèixer les nostres limitacions en l'exercici professional ...36

La vida em dona una segona oportunitat.....39

Recursos

Llibres42

Prensa

El Consell Català de FC de les Professions Sanitàries i
el Consell Tècnic de FC en Logopèdia44

Llengua de Signes Catalana (LSC).....45

Cartes dels lectors

Cartes46

El Web del CLC

Dades web.....48

Dossier

Agenda de formació continuada del CLC50



EDITORIAL



La revista que teniu a les mans ve carregada d'activitats, moltes, que hem dut a terme aquest semestre al CLC, i d'energia.

El balanç de les actuacions amb l'Administració és, com sempre, agredolç. Mentre el Departament d'Educació ens assegura que arreglarà "el nostre tema", altres assumptes urgents ("les superretallades") han estat col·lapsant el personal amb qui ens havíem de reunir. No obstant això, ens consta que les intencions són bones i les ganes no falten.

Parlant de retallar, el que més ho està fent és el Departament de Salut i si retallen en quiròfans i esparadraps, creieu que estan per afavorir la logopèdia? Serveis, els del logopeda, que encara hi ha qui veu com un luxe i no com una necessitat! No obstant això, a la propera reunió de la Comissió Mixta (juliol-10) portarem el tema de l'contingut de l'Ordre SLT/182/2010 del Servei Català de la Salut (CATSALUT), publicada al DOGC de 25 de març, on s'estableixen les tarifes màximes per a l'any 2010 dels serveis de rehabilitació ambulatoria, domiciliària i logopèdica. Evidentment són preus MOLT per SOTA del que són tarifes justes i dignes..., i ara les volen baixar encara més!!!!

D'altra banda, en canvi, sembla que ens "escolten" i ens demanen l'opinió respecte dels requisits mínims per a l'autorització de centres i serveis sanitaris, procés que tard o d'hora haurem de fer els logopedes que tinguem consulta. Ja ho veurem...

Cal remarcar que hem aconseguit que l'ICS (Institut Català de la Salut) reconegués la petició legítima del CLC d'incorporar a la seva borsa de treball, tant logopedes de les antigues titulacions com diplomats. Després de reunions i moltes gestions, ens han donat la raó. Hem posat els logopedes al "seu lloc" i esperem haver establert un precedent per a altres departaments.

Un altre punt positiu ha estat l'entrevista que, finalment, ens ha concedit la consellera del Departament d'Acció Social i Ciutadania, l'Honorable Senyora Carme Capdevila. Mireu la informació sencera a la secció de l'Espectador.

Hem continuat oferint-vos una formació continuada d'alt nivell i així ens ho heu demostrat amb la vostra participació. Cal que continueu demanant-ne més.

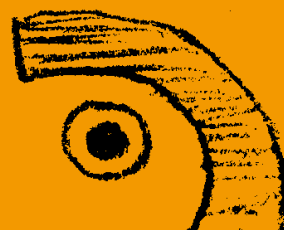
Però sens dubte, l'activitat estrella d'aquest trimestre ha estat la celebració del Dia Europeu de la Logopèdia (DEL). El dia 6 de març d'enguany ens vàrem trobar per festejar el DEL a les instal·lacions del Club Natació Barcelona, un èxit! Ja estem preparant el proper i acceptem idees!

Els altres gran esdeveniments que estem gestant són les 6es Jornades de Logopèdia i Odontologia, per a l'abril, i el 3r Congrés de Logopèdia del CLC, per al juliol del 2011. Reserveu-vos les dates!!!!

Entremig hem celebrat l'Assemblea anual de col·legiats, òrgan màxim de representació de tots els col·legiats, de tots nosaltres, on hem parlat de les activitats fetes, les fites aconseguides i també de les propostes de futur del nostre Col·legi.

Ara estem a punt de començar vacances, els uns, i treballar amb molta calor, els altres. Però tot i així el dia més llarg ens convida a trobar moments per al descans i el lleure. Només així, renovats, podrem reprendre el treball amb més empena.

Us desitgem MOLT BON ESTIU!!!! i us esperem a tots a la tornada.
Junta de Govern del CLC



Acte de presentació del CLC a la consellera del Departament d'Acció Social i Ciutadania (DASC)

Revisió de la situació actual i propostes de futur.

Membres de la Junta de Govern del CLC amb l'honorable consellera Carme Capdevila i la sotsdirectora general de programació i avaluació Pilar Solanes.



Per fi!

La senyora Carme Capdevila i Palau, consellera del Departament d'Acció Social i Ciutadania (a partir d'ara DASC) ha rebut els representants del CLC.

L'entrevista es va desenvolupar en un ambient agradable i distès que va permetre abordar els temes amb una franquesa poc habitual a l'Administració. Des del CLC volem agrair a la consellera i al seu departament una acollida tan sincera.

El cert és que el departament DASC, és el departament de la Generalitat que té més ben "normativitzada" la figura del logopeda. Podem recordar que és personal "imprescindible" en els equips dels CDIAP i que cal tenir un logopeda com a consultor als centres sociosanitaris. A més a més, tenim signat un conveni amb l'ICAA que garanteix que els nens de l'Institut Català d'Acollida i Adopcions estiguin tractats per logopedes col·legiats.

Per tant, la reunió es va iniciar fent un

repàs de tots els llocs de treball del departament on podrien haver logopedes i on, realment, n'hi ha.

En aquest sentit la consellera va deixar clara la postura del Departament:

- Faran una aposta forta per potenciar els CDIAP.
- Miraran què es pot fer amb la Llei de la dependència i ens posaran en contacte amb el responsable del Departament per esbrinar per què en aquesta primera fase no s'hi preveu la figura del logopeda.
- Pel que fa al tema de l'augment de possibilitats d'incorporar els logopedes als centres sociosanitaris, de moment, no ens en va donar, gaires esperances.
- Respecte al "gap" o forat, oblit, buit o error, que vàrem detectar en el Protocol de la Detecció de l'Hipoacúsia Neonatal i que vàrem posar en coneixement de la consellera (el Departament no en sabia res), va prometre que esbrinaria què s'hi podia fer.

En resum, una entrevista demanada pel CLC, llarga, aparentment profitosa. Esperem veure aconseguits alguns dels punts a dalt esmentats.

Des de la Vocalia de Benestar i Família (BIF), només us volem recordar que ens fa falta gent animada que vulgui col·laborar en els projectes que tenim i que n'hi vulgui aportar més.

Us hi esperem!

Presentació del conte Màscares i Mentides: un conte ple de realitat

Pocs dies abans de Carnestoltes, en Fermí i la Valentina, els ratolins de Mas Casablanca, troben un liró mig mort de fred al bosc i el porten al cau de la família perquè es recuperi. Aquest liró, que en principi semblava molt “senyor” i molt educat, resultarà ser un lladre i un mentider. Els ratolins, i sobretot en Tano (que és qui descobreix l’engany, arriscant-hi la pell), aprendran a no refiar-se de les aparences.

Aquest és el resum presentació del conte **“Màscares i Mentides”**, una nova entrega de la col·lecció Els contes de Casablanca (<http://www.mascasablanca.com/CA/elscontes2.html>) la presentació del qual va tenir lloc el dia 15 d’abril, a les 6 de la tarda, a la llibreria Bertrand de Barcelona i us en varem avançar la invitació per correu electrònic a tots els col·legiats (si no la vares rebre, truca al CLC i mira si tenim bé les teves dades de correu electrònic).

L’acte va comptar amb la presència del seu autor: Joan Scaramuix i dels seus protagonistes la Roser i en Pep, els pagesos del Mas Casablanca. Sí, sí, tot existeix a la realitat! I es pot visitar! Les “artistes” invitades van ser la Roser Capdevila, creadora de les tres bessones i una LOGOPEDA companya nostra, Elisabeth Dulcet, vocal de Benestar Social i directora tècnica del CLC.

Els responsables de la presentació en societat d’aquesta nova entrega (hi haurà un conte per cada mes de l’any) van voler que es comentés tant la vessant artística i cultural del conte, com la pedagògica i educativa. Per a aquesta última van demanar a la logopeda que parlés dels beneficis de la lectura del conte i de com “utilitzar-lo” per treure’n tot el profit.

Com a espectador de l’acte m’enorgulleix pensar que la societat realment està canviant la concepció que té de nosaltres, els logopedes, ja no som només els que arreglem “erres” sinó que comencen a comptar amb nosaltres per tractar temes de comunicació, comencem a ser els convidats a actes, ens pregunten com poden aprofitar al màxim el potencial dels contes, ens escolten quan parlem per ràdio i, fins i tot, comencem a sortir a les sèries



de televisió. Si! Potser a més a més de la presentació en societat de l’última aventura d’en Fermí i la Valentina, hem presentat en societat el Logopeda. Un conte fet realitat!

Per cert, que no em queda més que donar la raó a la nostra companya, el conte té una mà de possibilitats infinites d’aplicació (el podem fer servir per a totes les edats), però acompanyat de tota la col·lecció (que inclou un calendari molt enginyós que ens varen regalar als assistents), es converteix en un material bàsic i imprescindible a totes les cases, escoles i consultes.

Ara que recordo, fixeu-vos fins a quin punt es van cuidar els detalls de la presentació que ens van obsequiar amb pa amb tomàquet i fuet de Vic, tot regat amb porrons de vi del Mas Casablanca. Se’n pot demanar més? Jo crec que sí! Demano al CLC a veure si els pot convèncer que vinguin un dia a fer una presentació així al Col·legi. Segur que a molts companys els encantarà conèixer la vida de pagès, una realitat més enllà dels contes.



Entrevista a Jesús Palacios

Elisabeth Dulcet, Vocal de Benestar Social i Directora Tècnica del CLC

Jesús Palacios es catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla. Los últimos 20 años ha trabajado en temas relacionados con la protección infantil, dedicando los 15 últimos a la adopción y el acogimiento familiar. Su trabajo consiste tanto en investigación como en intervención profesional (programa de formación, manual para valoración de idoneidad, etc.). Es miembro de redes internacionales de investigación sobre adopción.



Adoptar, en síntesis, es una forma de maternidad y paternidad que tiene todas las características de cualquier otra forma, pero a la que se añaden unos cuantos elementos muy significativamente diferentes.

¿Qué es y qué comporta adoptar?

Desde el punto de vista jurídico, adoptar es asumir la maternidad o la paternidad de un niño o una niña nacido de otras personas y declarado previamente en desamparo. Jurídicamente, una vez constituida, no hay ninguna diferencia entre la adopción y otras formas de paternidad o maternidad (iguales derechos, iguales obligaciones). Sin embargo, desde el punto de vista social, psicológico y educativo la adopción implica un plus en muy diversos aspectos. Adoptar es hacerse cargo de un pasado típicamente adverso y frecuentemente desconocido, de un niño o una niña que procede de otra familia y, a veces, de otra cultura. En ese sentido, la adopción es una clara apuesta por la incertidumbre, pues tanto el estado del niño o la niña a su llegada, como su evolución posterior, son impredecibles. Adoptar es no sólo hacerse cargo de un pasado, sino comprometerse también con el futuro del niño o la niña, con las específicas necesidades que vaya teniendo y, muy particularmente, con todo lo que tiene que ver con la identidad adoptiva, que implica comunicación sobre la historia previa, las relaciones familiares, etc. Adoptar, en síntesis, es una forma de maternidad y paternidad que tiene todas las características de cualquier otra forma, pero a la que se añaden unos cuantos elementos muy significativamente diferentes. Traerá consigo alegrías que otros padres y madres no tienen, pero también algunas preocupaciones adicionales a las que tiene la mayoría.

Adopción y acogimiento/acogida. Diferencias y particularidades.

La adopción y el acogimiento tienen en común el ser medidas de protección de la infancia para niños y niñas que no pueden continuar viviendo con su familia de origen. En la adopción, la relación con dicha familia queda interrumpida y el niño o la niña adquieren una nueva filiación (jurídicamente dejan de ser hijos de unos padres y pasan a ser hijos de otros, de los que se reciben los apellidos). En el acogimiento no se constituye una nueva realidad jurídica, manteniéndose los apellidos y, en la mayor parte de los casos, algún tipo de contacto con la familia de origen. Mientras sólo hay un tipo de adopción (con la única variante de nacional o internacional), existen varios tipos de acogimiento, en función de que prevean o no la posibilidad de retorno, de que se constituyan por tiempo más corto o más largo, de que se lleve a cabo en el seno de la familia extensa o en una familia con la que no se guarda relación alguna. Con la adopción se pasa a ser padres de un niño o una niña necesitados de protección. Con el acogimiento se ofrece un recurso familiar a un niño o una niña que sigue o puede seguir manteniendo contacto y relación con su familia.

El lenguaje como factor de desarrollo afectivo: ¿En qué idioma iniciar, cuando difieren?

Lógicamente, depende mucho de la edad del niño o la niña a su llegada a la nueva familia. La inmersión en la nueva lengua

es el recurso probablemente más adecuado y, en la mayor parte de los casos, el único en realidad posible, excepto en el caso improbable de que alguno de los adoptantes se manejara en la lengua del adoptado, en cuyo caso lo ideal sería mantener su lengua de origen por parte de uno e introducir la nueva por parte del otro. Para niños que llegan ya con otra lengua adquirida, es buena idea que los adoptantes aprendan al menos unas cuantas palabras que sirvan, sobre todo, para expresar afecto y para manejar algunas rutinas cotidianas muy básicas. De todas formas, los niños aprenden la nueva lengua con una facilidad sorprendente, al menos para empezar a entender y para comenzar a expresarse.

¿Cuándo empezar la escuela, al llegar, al año, según la evolución...?

Creo que lo primero es estabilizar al niño o la niña, que está haciendo una transición muy compleja. En los casos de adopción internacional, cambia de un país a otro, de una institución a una familia, de una cultura a otra, de unas comidas a otras... El objetivo primero debe ser que se sienta parte de la familia, que aprenda sus rutinas, que vaya acercándose a los espacios, las relaciones, las costumbres... No me parece que la entrada en la escuela deba ser el objetivo prioritario. Por el contrario, darle seguridad y sentimiento de estabilidad en la nueva familia, que llegue a comprender que esos padres estarán ya siempre ahí, que su nueva vida puede ser muy agradable, muy feliz, muy estimulante, y, sobre todo, muy segura y muy llena de cariño, me parece la prioridad fundamental. La incorporación a la escuela es también necesaria, sin duda, pero el permiso de paternidad y maternidad debe ser aprovechado para crear familia, para conocerse, para aprender a quererse y disfrutarse.

Después de la adopción: necesidades y niveles de apoyo a las familias

Varían mucho de unos casos a otros. Algunos adoptantes van a necesitar muy poco apoyo, bien porque su adopción sea más sencilla o porque ellos dispongan de más recursos educativos. Otros adoptantes van a necesitar muchos apoyos. Algunos van a tener suficiente con la ayuda de amigos, conocidos, otros adoptantes, etc., mientras que otros necesitarán alguna ayuda profesional. Lo que necesita la mayoría son apoyos de tipo educativo (asesoramiento, orientación, respuesta a dudas

y preguntas...). Otros pueden necesitar algún tipo de apoyo terapéutico, bien para el niño o la niña, bien para la familia en su conjunto. Y algunos necesitan también ayuda en relación con la búsqueda de los orígenes una vez que el tema llegue a plantearse.

¿Cómo y cuándo comunicar la adopción al niño?

Depende mucho de la edad de llegada, lógicamente. Si una niña es adoptada con 8 años, no hay que explicarle que es adoptada, porque lo sabe perfectamente. Si un niño es adoptado con 8 meses, hay que explicárselo todo. En este último caso, lo más aconsejable es empezar muy pronto (a partir de los 2 años), introduciendo al niño o la niña en el lenguaje básico de la adopción (no estuviste en la barriga de mamá, eres adoptado, naciste en tal o cual país...). La clave está no sólo en empezar pronto, sino en continuar luego hablando del tema, introduciendo otras explicaciones y conceptos a medida que los niños o niñas van creciendo. Sin insistir en el tema continuamente, pero sin dejar de abordarlo de vez en cuando, de forma tranquila y agradable. No se debe esperar a que el niño o la niña pregunten, porque no suelen hacerlo. Son los adultos los que tienen que tomar la iniciativa, recordando que hablar sobre adopción no consiste, fundamentalmente, en transmitir información sobre el pasado (a veces es muy poco lo que se sabe), sino en crear una atmósfera comunicativa en la que sea posible explorar los sentimientos, las dudas y emociones que pueden tenerse respecto a la historia previa, respecto al hecho de ser adoptado, etc. Por otra parte, volviendo al comienzo de la respuesta a esta pregunta, si una niña es adoptada con 8 años y sabe sobradamente que es adoptada, eso no

significa que ya no es necesario hablar con ella sobre el tema. No hay que contarle que es adoptada, desde luego, pero hay que ayudarle a poner orden en su pasado, a reconciliarse con él, a integrarlo como parte de su historia...

¿Existe algún problema que se presente con mayor frecuencia?

De nuevo, hay mucha variación de unos niños y niñas a otros. Algunos apenas plantean dificultades reseñables, mientras que otros, por el contrario, plantean muchos problemas. Por ejemplo, algunos tienen bastantes dificultades escolares, bien porque no hayan tenido adecuada estimulación previa, bien por cualquier otra dificultad que puedan tener. Por ejemplo, son muchos los niños y niñas adoptados con problemas de atención y concentración, porque no tuvieron oportunidad de desarrollarla en sus primeros meses o años. A estos niños les cuesta más todo lo que exija atención final, concentración mantenida. Y de ahí vienen algunas dificultades escolares, que con frecuencia no tienen que ver con limitaciones en la inteligencia, sino en la atención, el control de impulsos, etc. Es muy importante recordar que las expectativas de los padres deben ajustarse a las posibilidades de los hijos. Hay que darles buenos estímulos, ayudarles, pedirles esfuerzo de mejora y de superación... y a partir de ahí calibrar hasta dónde pueden llegar las exigencias y en qué medida las expectativas deben reajustarse para dar cuenta de las posibilidades reales que el niño o la niña tienen. Plantear exigencias que van claramente más allá de las posibilidades y capacidades no sólo no es bueno para el niño o la niña, sino que tampoco lo es para la relación con él o con ella, ni para la vida familiar.



Dr. Jesús Palacios i la Dra. Meritxell Pacheco, psicòloga i psicoterapeuta del Servei d'Atenció Postadopció Blaquerna i professora de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blaquerna-URL.

Logopèdia, veu i transsexualitat

Marta Argilés i Jesús Valero

FPCEE Blanquerna. Universitat Ramon Llull

En moltes cultures antigues com la de Grècia, Roma i alguns pobles americans, els canvis de gènere eren vistos com a positius. Així, en els seus relats ancestrals apareixen alguns éssers sobrenaturals que podien canviar de sexe. Els transsexuals i transgenerats eren altament valorats i les seves funcions de gran utilitat per a la vida social i espiritual de la comunitat (Devor, 1997). En les cultures més modernes, en canvi, és fàcil assignar a la transsexualitat un caràcter patològic vinculat a la perversió. Sense anar gaire lluny, el DSM-IV-TR classifica la transsexualitat com un trastorn de la identitat sexual.

Per a Adler, Hirsch i Moradunt (2006), la transsexualitat és la terminologia mèdica emprada per descriure aquell qui manifesta una identitat de gènere en conflicte amb la seva anatomia sexual. És a dir, manté una disconformitat entre el sexe biològic i el sexe psicològic. Per aquest motiu, les persones transsexuals i transgenerades solen mantenir el desig de modificar les seves característiques sexuals per tal d'aparentar les que corresponen amb el sexe amb el qual s'identifiquen. Algunes d'aquestes persones poden passar per un procés de reconstrucció genital, d'altres, en canvi, no ho fan. Però per a qualsevol transsexual, la veu, com a element identificador del gènere biològic de tota persona, esdevé en un element distorsionador. La veu és una part essencial per identificar el gènere del nostre interlocutor. També ens ajuda a conèixer el seu estat d'ànim, alguns trets de la seva personalitat... La veu caracteritza les persones. Tal com exposen Neumann i Welzel (2004), la veu és considerada la segona característica sexual de les persones.

L'objectiu del present article és el de donar a conèixer en quina mesura el logopeda pot ajudar les persones trans-

sexuals/transgenerades a ajustar i/o modificar els paràmetres identificadors de la veu, tot tenint molt present les intenses manifestacions psicològiques de frustració, reivindicació, por, vergonya... en què la persona es troba immersa. Com a referència parlem que les dones mostren una altura de veu conversacional, freqüència a la qual s'emet el so- entre La2 i Mi3 (220 Hz-329 Hz), i els homes tenen amb una altura de La1 i Mi2 (110-164Hz). Segons Spencer (1988), una freqüència fonamental de 165Hz representa la freqüència límit inferior a partir de la qual la veu pot ser percebuda com a femenina. Per a les dones transsexuals, homes biològicament parlant amb identitat de dona, la veu és un dels principals obstacles per assolir una nova identitat sexual. En canvi, per als homes transsexuals el problema no és tan evident, ja que amb les teràpies hormonals poden aconseguir importants canvis en el timbre de la veu.

La literatura ens mostra que hi ha mètodes, que avalen que és possible assolir aquest objectiu. Dacakis, Oates i Carew (2007) defensen l'eficàcia de l'anomenada teràpia de ressonància oral en la percepció de la feminització de la veu

en dones transsexuals. Segons aquests autors, canviant la forma de la boca i la col·locació dels elements ressonadors, resta afectada la llargada i la forma del tracte vocal. Aquests canvis afecten també la percepció del so i la freqüència de la vocal. L'anteriorització de la llengua i l'extensió del llavi faciliten una veu més semblant a la de les dones. A la vegada, Dacakis (2002) tracta sobre un aspecte que cal tenir en compte en la qualitat vocal de les pacients transsexuals, i és el que anomena com a Breathiness, és a dir, aquella qualitat vocal caracteritzada pel so audible de fricció com a resultat de l'incomplet tancament dels plecs vocals. Estudis fets per Jeannon et al (1998) presenten aquesta característica vocal com un tret més comú en dones que en homes.

En referència a la qualitat de la veu de les dones relacionada amb la sonoritat de l'aire, autors com Mendoza et al (1996) exposen els resultats obtinguts d'un estudi fet amb 31 dones i 24 homes on se'ls mesurava la diferència que podem percebre d'aire en les veus masculines i en les femenines, i n'obtenien en el tercer formant de l'espectre de cada participant, més sonoritat d'aire en les

dones que en els homes. En l'estudi de Borsel, Janssens i Bodt (2009) efectuat amb dones, parlen d'una sensació de sonoritat d'1 en una escala de puntuació de 0-3 similar a l'escala GRBAS de Hirano. Andrews i Schmidt (1997) afirmen que l'aire, i especialment, la qualitat vocal de Breathiness, són aspectes importants que ens donen la percepció d'una feminitat en la veu. Dacakis (2002) suggereix que l'aire és un dels més rellevants aspectes de la qualitat de la veu en les dones transsexuals, però segueix investigant per trobar la certesa i l'impacte d'aquesta qualitat, Breathiness, que ens dona la percepció del gènere en la veu. Altres autors com Neumann i Welzel (2004), en canvi, plantegen la fonocirurgia més la preintervenció i la postintervenció del logopeda. Segons aquests autors, la fonocirurgia, a banda de perseguir un resultat estètic (reducció de la nou del coll), provoca ràpids canvis en el timbre de la veu. Tot i així, és necessària una exploració prèvia i postoperatòria del logopeda, amb la finalitat de facilitar l'adaptació als nous paràmetres de la veu. McNeill, Wilson et al (2008) aposten també per una intervenció conjunta entre l'otorinolaringòleg i el logopeda per alterar la freqüència fonamental. La tècnica quirúrgica sobre l'aproximació del cartílag cricotiroide és una de les més populars, ja que incrementant la tensió de les cordes n'obtenen resultats d'increment de la freqüència fonamental.

Donada la important càrrega emocional que una intervenció d'aquest tipus suposa per a la persona transsexual (per de les reaccions de les amistats, dels familiars, de perdre el lloc de treball...), altres autors destaquen el paper d'un altre professional en aquest procés, el psicòleg. En aquest sentit, és important que el logopeda i el psicòleg treballin conjuntament, ja que són força coneguts alguns problemes de veu com les afonies histèriques o les disfonies espasmòdiques en el col·lectiu de persones transsexuals.

Així doncs, el logopeda ha de formar part d'un equip interdisciplinari, el qual ha de vetllar per proporcionar al client un àmbit comprensiu amb la seva realitat. Moltes vegades el paper del logopeda no s'ha inclòs en la teràpia del client transsexual, fet que dificulta que el client conegui aquesta opció o desconegui com pot arribar a contactar amb el logopeda. És necessari fer arribar a la societat que la figura del logopeda hi juga un important paper en la teràpia

de la persona transsexual, ja que el treball sobre la veu en aquestes persones pot aportar-los una millor satisfacció en el seu afany per consolidar un canvi de gènere i sexe. Caldrà que el logopeda actuï en aspectes com ara l'entonació, el to, el rang, la intensitat i la ressonància. També el logopeda pot actuar en altres paràmetres de la comunicació com ara la pragmàtica del llenguatge, el vocabulari o la comunicació no verbal de la persona transsexual/transgenerada. Comprensió i ment oberta sense prejudicis ni judicis són qualitats que el logopeda haurà de desenvolupar per oferir una bona teràpia de veu, tal com manifesta (Adler, Hirsch i Moradunt, 2006). Habitualment la dona transsexual per compensar aspectes de

la seva veu contrariis al gènere que vol aparentar, produeix un to de veu més alt, fet que pot provocar patologies per un mal ús i, alhora, un to de veu encara més greu, ja que normalment segueixen amb ronqueres i veus contretes (Neumann i Welzel, 2004).

Tot i coincidir amb Neumann i Welzel (2004) quan diuen que la veu és considerada la segona característica sexual de les persones, no hem d'obviar, que l'aparença física, la percepció visual de la persona com a femenina o masculina més la percepció auditiva de la veu, seran el resultat de poder creure, pensar o simplement contemplar una dona o un home davant nostre.

Bibliografia

- Adler, R., Hirsch, S., Mordaunt, M. (2006). Voice and Communication Therapy for the Transgender/Transsexual Client. A comprehensive Clinical Guide. San Diego: Blurb Publishing.
- Andrews, M.L., Schmidt, C.P. (1997). Gender presentation: perceptual and acoustical analyses of voice. *Journal of Voice*. Vol. 11:307-313.
- Borsel, J.B., Pot, K., Cuyper, G. (2007). Voice and Physical Appearance in Female-to-Male Transsexuals. *Journal of Voice*, Vol. 23, No. 4, pp. 494-497.
- Borsel, J.B., Janssens, J., Bodt, M. (2009). Breathiness as a Feminine Voice Characteristic: A perceptual Approach. *Journal of Voice*, Vol. 23, No.3, pp. 291-294.
- Carew, L., Dacakis, G., Oates, J. (2007). The Effectiveness of Oral Resonance Therapy on the Perception of Femininity of Voice in Male-to-Female Transsexuals. *Journal of Voice*, Vol. 21, No. 5.
- Dacakis, G. (2002). The role of voice therapy in male-to-female transsexuals. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 10:173-177.
- Dacakis, G. (2000). Long-Term Maintenance of Fundamental Frequency Increases in Male-to-Female Transsexuals. *Journal of Voice*, volum 14, núm 4, pp. 549-556.
- Davies, M. S.C., i Goldberg (2006). Transgender Speech Feminization/Masculinization: suggested guidelines for BC Clinicians. Education Consultants Transgender Health Program, Vancouver, BC, Canada
- Devor, H. (1997). Female-to-male transsexuals in society. Bloomington: Indiana University Press
- Gelfer, M. i Mikos, V. (2004). The Relative Contributions of Speaking Fundamental Frequency and Formant Frequencies to Gender Identification Based on Isolated Vowels. *Journal of Voice*, Vol. 19, No. 4, pp. 544-554.
- Hershberger, Georgiadou (2005). The effects of singing exercises and melodic intonation therapy (MIT) on the male-to-female Transgender voice. Thesis Submitted to the Faculty of the Graduate School at The University of North Carolina at Greensboro (UNCG). Recuperat el dia 10 d'abril de 2010 a <http://libres.uncg.edu/ir/listing.aspx?id=899>
- Jeannon, J.P., Carding, P.N., Wilson, J.A. (1998) Vocal analysis of laryngeal images: is breathiness related to the glottic area? *Clin Otolaryngol*. Vol.23:351-353.
- McNeill, E.J.M., Wilson, J.A., Clark, S., Deakin, J. (2008). Perception of Voice in the Transgender Client. *Journal of Voice*, Vol. 22, No. 6, pp. 727-733.
- Mendoza, E., Valencia, N., Munoz, J., Trujillo, H. (1996). Differences in voice quality between men and women. *J Voice* Vol. 10 (1): 59-66.
- Brown, M.L., Rounsley, C.A. (2003). True Selves. Understanding Transsexualism. For families, Friends, coworkers, and helping professionals. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mueller, A., Kiesewetter F., Binder H., et al. (2009). Long-Term Administration of Testosterone Undecanoate Every 3 Months for Testosterone Supplementation in Female-to-Male Transsexuals. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. Vol. 92, No. 9 3470-3475.
- Neumann, K., Welzel, C. (2004). The Importance of the Voice in Male-to-Female Transsexualism. *Journal of Voice*, Vol. 18, No. 1, pp. 153-167.
- Pickering, J., Kayajian, D. (2009) Voice Program Assists Transgender Community. American Speech-Language-Hearing Association.
- Spencer L.E. (1988) Speech characteristics of male-to-female transsexuals: a perceptual and acoustic study. *Folia Phoniatr (Basel)*. Vol. 40:31-42.

La estimuloterapia como un recurso para generar ejercicios automatizados

Prof. José Durán von Arx

Catedrático de Ortodoncia de la Universidad de Barcelona

INTRODUCCIÓN

En respuesta al artículo publicado en la revista "logopedia", en enero del 2010, bajo el título "La utilización de recursos en el tratamiento logopédico miofuncional de las disfunciones orofaciales", firmado por Diana Grandi –Vicedecana del Col.legi de Logopedes de Catalunya- desearía transmitir mi opinión al respecto y añadir una serie de aclaraciones e informaciones.

Las logopedas especializadas en terapia miofuncional siempre han sido para nosotros un pilar de apoyo en el tratamiento de las disfunciones orofaciales y seguimos considerando su labor imprescindible para el ortodoncista. Por otra parte, nuestra trayectoria funcionalista dentro del ámbito de la ortodoncia nos ha llevado a desarrollar una serie de criterios de diagnóstico y tratamiento de los desórdenes funcionales, habida cuenta que de ellos dependerá la estabilidad final de los tratamientos de ortodoncia. Por dicho motivo, siempre hemos luchado en pro del funcionalismo, integrándolo en el marco de los tratamientos realizados con ortodoncia fija. La mayoría de nuestros pacientes presentan desórdenes funcionales serios que deben ser resueltos antes de que el tratamiento de ortodoncia finalice. De ahí la importancia de un tratamiento interdisciplinario entre el ortodoncista, la reeducadora miofuncional, el otorrinolaringólogo, el pediatra, etc.

Los puntos que definen la estimuloterapia MFS (multifunction system) (1, 2, 3, 4) son los siguientes:

PRIMER PUNTO: CODIFICACIÓN FUNCIONAL

Durante los últimos veinte años de profesión hemos estado luchando por mejorar algunos de los aspectos del funcionalismo (5, 6, 7). El primero de los obstáculos con los que nos encontramos a nivel del diagnóstico funcional fue la "imprecisión" cuantitativa de nuestros propios métodos, por lo cual desarrollamos un protocolo para la codificación del problema funcional o de aquellos aspectos relevantes desde el punto de vista del ortodoncista (3, 5), buscando una valoración objetiva de los mismos. Además de codificar la respiración, la deglución y el patrón masticatorio, añadimos una propuesta para codificar determinados aspectos clínicos relevantes:

1 Codificación del colapso de las narinas: se le indica al paciente que inspire profundamente con los labios sellados y determinamos la codificación de las narinas: **Tipo 0** Las narinas se dilatan y no se aprecia colapso nasal.

Tipo 1 Las narinas no se dilatan pero tampoco se aprecia colapso nasal.

Tipo 2 Se aprecia un colapso parcial en una de las narinas.

Tipo 3 Se aprecia un colapso total en una de las narinas o bien aparece un colapso parcial bilateral.

Tipo 4 Se aprecia un colapso total en una narina y parcial en la otra (**fig. 1**).

Tipo 5 Se observa un colapso total en ambas narinas.

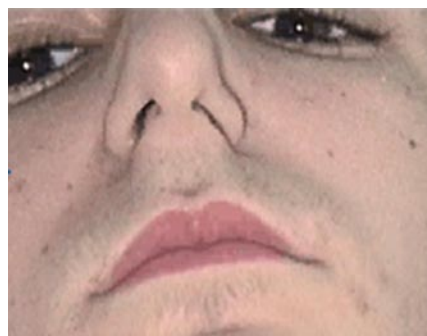


fig. 1 Paciente que, en inspiración forzada, presenta un colapso total en la narina izquierda y parcial en la derecha.

2 Codificación de la hipertrofia adenoidea:

se determina a nivel de la telerradiografía lateral de cráneo, valorándose el grado de hipertrofia de las adenoides a nivel del cavum, según la clasificación de Linder Aronson, modificada por nosotros y propuesta por el Prof. J.M. Ustrell (**fig. 2**): **Valor 0** Corresponde a la adenoidectomía. **Valor 1** El borde posterior de la rinofaringe es cóncavo. **Valor 2** El cavum está aplanado. **Valor 3** Las adenoides invaden 1/3 del cavum. **Valor 4** Las adenoides invaden 2/3 del cavum. **Valor 5** Las adenoides invaden la totalidad del cavum.

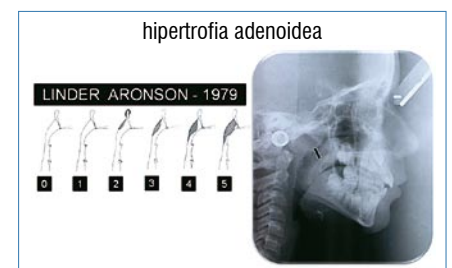


fig. 2 Codificación de las adenoides.

3 Codificación de la hipertrofia amigdal:

se determina a través de la visualización directa de la orofaringe, pudiéndose apreciar los siguientes valores de su codificación (**fig. 3**): **Valor 0** Corresponde a la amigdalectomía. **Valor 1** No se observan las amígdalas. **Valor 2** Las amígdalas sobresalen ligeramente en la orofaringe. **Valor 3** Las amígdalas invaden 1/3 de la orofaringe. **Valor 4** Las amígdalas invaden los 2/3 de la orofaringe. **Valor 5** Las amígdalas invaden totalmente la orofaringe.

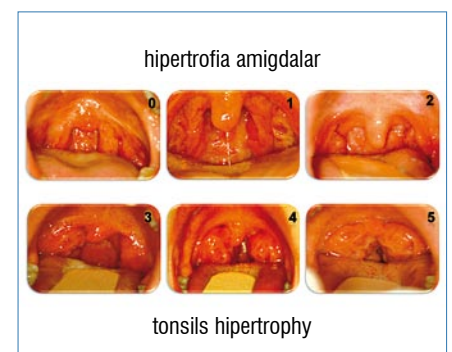


fig. 3 Codificación de la hipertrofia amigdal.

4 Codificación del grado de movilidad de la lengua:

se le hace abrir la boca al paciente y se le indica que toque con la punta de la lengua las rugosidades palatinas, por detrás de los incisivos superiores. Nuestra codificación se aplica así (fig. 4): **Valor 0** Cirugía del frenillo lingual ya practicada. **Valor 1** La punta de la lengua contacta con el paladar. **Valor 2** La punta de la lengua casi contacta con el paladar. **Valor 3** La punta de la lengua queda alejada del paladar, entre los incisivos superiores e inferiores. **Valor 4** La punta de la lengua escasamente sobrepasa a los incisivos inferiores. **Valor 5** La punta de la lengua no sobrepasa los incisivos inferiores (anquiloglosia).

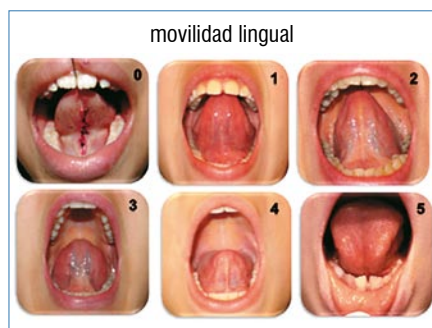


fig. 4 Codificación de la movilidad lingual.

La codificación de las funciones nos ha permitido establecer un diagnóstico más objetivo y poder determinar los casos en los que es necesaria la cirugía (valores 4 y 5) o bien dudosa (valores 3), excepto en el caso de la codificación del colapso de las narinas. Dicho protocolo también puede ser de interés para las logopedas especializadas en reeducación miofuncional.

SEGUNDO PUNTO: PREVALENCIA DE LAS CODIFICACIONES FUNCIONALES

En un estudio realizado en el Hospital de Niños de Barcelona, se analizó una muestra de 1001 sujetos con edades comprendidas entre los 4 y 22 años de ambos sexos (masculino 437 y femenino 564) y que asistían a la consulta –en primera visita– para un diagnóstico ortodóncico. La distribución de la muestra, por edades nos indicó que los porcentajes más elevados de grupos de edad estaba entre los 7 y los 12 años, edades propicias para la presencia de disfunciones orales.

En cuanto a la prevalencia de la codificación del colapso nasal (fig. 5), obtuvimos un porcentaje de un 55% de sujetos con

valores de codificación 3, 4 y 5, esto es, con patología.

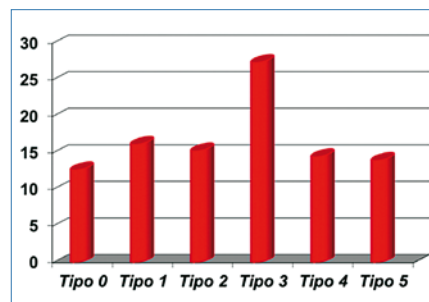


fig. 5 Prevalencia del grado de colapso nasal

En cuanto a la prevalencia de la codificación de la hipertrofia amigdalar (fig. 6), los casos severos (codificación 4 y 5) correspondieron a un 12,17% de la población estudiada.

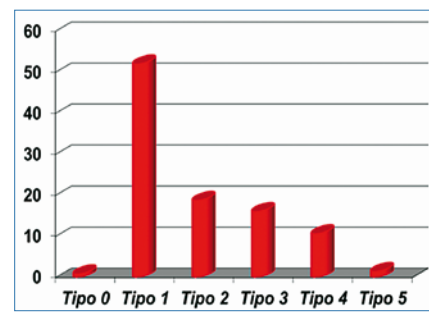


fig. 6 Prevalencia del grado de hipertrofia amigdalar

La prevalencia de la codificación de la movilidad lingual (fig. 7) nos reveló una alta incidencia de los valores 3, 4 y 5, en un 50,83% de la población estudiada.

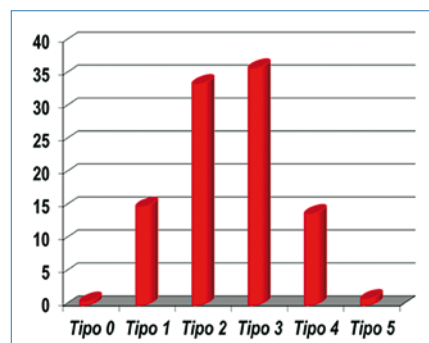


fig. 7 Prevalencia del grado de movilidad lingual

El estudio de la prevalencia de las codificaciones nos determina el grado de problema –cuantificado– de estos criterios funcionales estudiados y que, tanto el ortodoncista como la reeducadora miofuncional deben tener en cuenta a la hora de evaluar un caso.

La importancia de las codificaciones expuestas nos permiten diagnosticar estos problemas funcionales así como poder hacer un seguimiento de los mismos.

TERCER PUNTO: ESTÍMULOTERAPIA Y EJERCICIOS AUTOMATIZADOS

El concepto de estímuloterapia aparece a finales de la década de los 80s, aplicándola por medio de elementos introducidos (fig. 8) en el diseño de nuestra aparatología removible (escudos, botones, resortes y marcas en el acrílico de los aparatos).



fig. 8 Aplicación de unos "botones estimuladores labiales" en el diseño de un aparato removible colocado en la boca de un paciente.

Posteriormente, se desarrollaron –progresivamente– los elementos que componen el kit MFS (multifunction system).

Estimuladores nasales: desarrollados para el tratamiento del colapso nasal inspiratorio: Su cuerpo cilíndrico (fig. 9) presenta una zona aplanada (en contacto con el tabique nasal) y otra convexa (que presiona las alas de la nariz hacia afuera), así como una lengüeta externa que actúa como un estímulo sobre las inserciones de los músculos perinasales (8, 9).

La acción a modo de "pinza", entre la convexidad del cuerpo del estimulador nasal y la lengüeta externa, estimula la ejercitación que el paciente hace con los músculos elevadores y expansores de las narinas (fig. 10).



fig. 9 "Estimulador nasal".

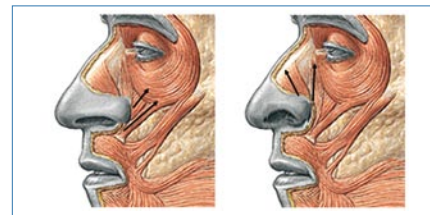


fig. 10 Efectos de dilatación y elevación de las narinas producidos por la estimulación muscular por parte de los "estimuladores nasales".

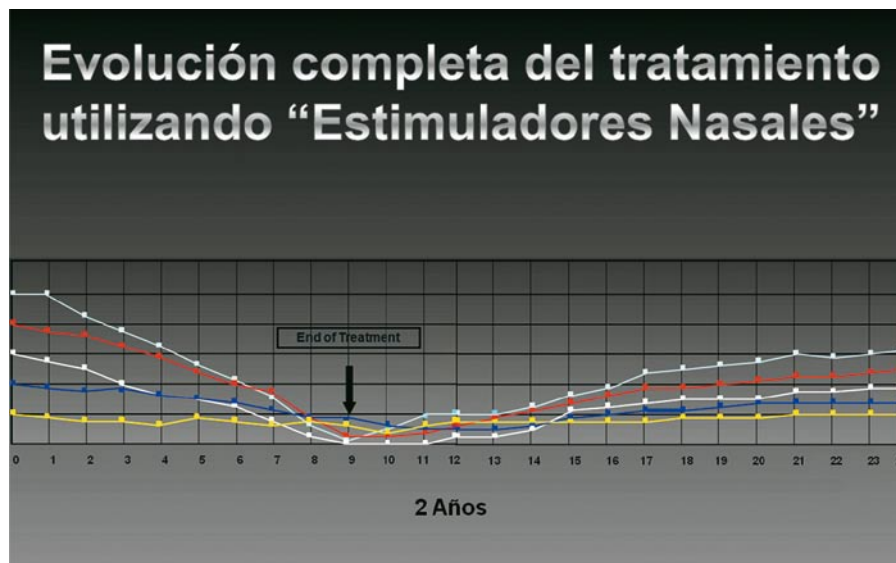


fig. 11 Evolución de las codificaciones del colapso nasal con el uso de los "estimuladores nasales" durante nueve meses y durante los meses posteriores hasta completarse los dos años.

El efecto clínico de los estimuladores nasales se obtiene tras el uso de los mismos entre 6 y 9 meses (**fig. 11**). Si se dejan de utilizar, aparece una recidiva del 50% a nivel del grado de colapso de las narinas (codificación), en un estudio realizado durante un período de 24 meses, suprimiéndose el uso nocturno de los estimuladores nasales a los 9 meses de tratamiento.



fig. 12 Cambios a nivel de las narinas, antes y después de utilizar los estimuladores nasales.

Los efectos clínicos, tanto funcionales como estéticos, tras el uso de los tubos estimuladores nasales (**fig. 12**) es muy evidente hacia los 6 meses de tratamiento.

Los estimuladores nasales se utilizan en ortodoncia para paliar la acción obtura-

dora de un aparato funcional o bien de un posicionador.

Obturadores bucales: se utilizan en régimen nocturno (**fig. 13**) y existen tres tipos: permeables (con orificios grandes), semipermeables (con orificios menores) e impermeables (sin orificios) que se utilizan progresivamente para lograr una mejor acomodación del paciente al efecto limitador del paso del aire por la boca mediante su uso (10).



fig. 13 Obturadores bucales permeables.

Los obturadores bucales presentan, en su diseño, unos ribetes superior e inferior que introducen un efecto estimulador de los labios. La ejercitación de los labios, en combinación con el efecto obturador del aparato, ayudan a alargar el labio superior y lograr un correcto sellado labial (**fig. 14**).

Los cambios a nivel de la incompetencia labial (**fig. 15**) estudiados en una muestra de 48 pacientes, nos muestran una mejoría de un 50% cada tres meses, obteniéndose un resultado óptimo a los doce meses de tratamiento. Los obturadores bucales se utilizan en combinación con los estimuladores nasales (10).

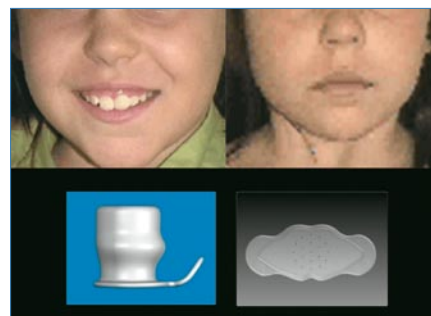


fig. 14 Paciente respiradora bucal con una intensa incompetencia labial y un labio superior corto, tratada con "obturadores" y "estimuladores nasales".

Valores Estadísticos descriptivos (incompetencia labial)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
inicial	48	3,0	6,5	4,667	0,991
3 meses	48	0,0	5,0	2,531	1,200
6 meses	48	0,0	3,5	1,208	1,020
9 meses	48	0,0	2,5	0,500	0,636
12 meses	48	0,0	1,5	0,302	0,396

fig. 15 Cambios a nivel de la incompetencia labial en pacientes respiradores bucales, tratados con el uso nocturno combinado de los obturadores bucales y estimuladores nasales.

Estimulador labial: tiene exactamente la misma forma que el obturador pero sin la superficie obturadora intermedia (**fig. 16**). Su función es la de ejercitar los músculos orbiculares (11). Una vez colocado en la boca del paciente (**fig. 17**), éste introduce una acción de presión sobre la cara interna de los labios y éstos inician unos ejercicios de cierre de los mismos. Dichos ejercicios generan una posición de reposo más atrasada de la lengua, ideal para iniciar un procedimiento de corrección postural de la misma. Al cabo de unos tres meses colocamos estímulos palatinos "anteriores" y/o "posteriores" por medio de unos botones palatinos que favorecen la aparición de unos movimientos de "búsqueda" de la punta y el dorso de la lengua, una ayuda para la normalización de la deglución disfuncional.



fig. 16 Estimulador labial, antes de ser colocado en boca del paciente.

Los resultados clínicos obtenidos (**fig. 18**) a nivel de la longitud del labio superior y de la incompetencia labial se estudiaron

en una muestra de 36 sujetos, con una corrección de la incompetencia labial en 3,65 milímetros y un incremento de la longitud del labio superior en un milímetro (11).

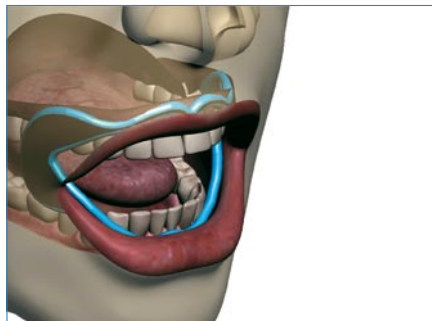


fig. 17 Mecanismo de acción del "estimulador labial".

Reducción de la incompetencia labial y aumento de la longitud del labio superior

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
Edad	36	6	9	7,64	0,867
Longitud inicial	36	20,5	24,0	22,806	0,9508
Longitud final	36	20,5	25,0	23,819	0,8464
Incompetencia inicial	36	3,5	5,5	4,292	0,6138
Incompetencia final	36	0,0	2,5	0,639	0,5929

Resultados		Mean
Longitud del labio superior		1,014 mm
Cerrado de la incompetencia labial		3,652 mm

fig. 18 Resultados obtenidos sobre los cambios a nivel de la incompetencia labial y la longitud del labio superior tras el uso de los estimuladores labiales en pacientes con edades comprendidas entre los 6 y 9 años.

Relajante muscular y plano de mordida: El relajante muscular es un elemento (fig. 19) especialmente diseñado para albergar un plano de mordida, conformándose así el aparato "antibruxista" (12) o para el control de la sobremordida (fig. 20).

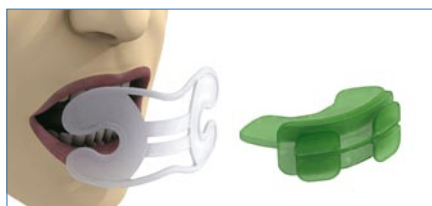


fig. 19 Relajante muscular antes de ser colocado en boca y plano de mordida.

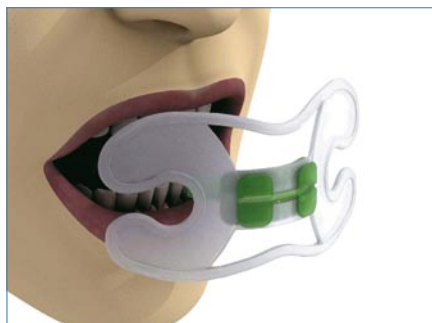


fig. 20 Aparato antibruxista.

Aparato antibruxista: Lo utilizamos clínicamente para la corrección de la sobremordida con aparatología fija pero también se utiliza en los pacientes bruxistas, obteniéndose unos buenos resultados por medio de la medición de los eventos bruxistas con el "BiteStrip" (fig. 21).

Bite-Strip

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
inici1	60	3	3	3,00	,000
inici2	60	3	3	3,00	,000
final1	60	0	3	,77	,909
final2	60	0	3	,70	,869

fig. 21 Valoración objetiva del uso clínico del aparato "antibruxista" mediante la valoración de los eventos bruxistas, antes y durante el uso del aparato con el "BiteStrip".

En un estudio subjetivo (fig. 22) realizado en una muestra de 60 sujetos adultos (30 hombres y 30 mujeres), se obtuvieron unos buenos resultados en el 70% de los sujetos encuestados (12).

Escala subjetiva con el uso clínico del aparato "antibruxista"						
	Frecuencias Absolutas			Porcentajes		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Buen	20	22	42	66,7	73,3	70
Regular	8	4	12	26,7	13,3	20
Mal	2	4	6	6,7	13,3	10
Total	30	30	60	100,0	100,0	100

fig. 22 Valoración subjetiva de los efectos del aparato "antibruxista" por medio de una encuesta realizada a los pacientes.

Aparato de la mordida abierta: es un aparato en forma de herradura que presenta unos planos de mordida laterales y un escudo anterior (fig. 23).



Aparato de la mordida abierta.

El aparato de la mordida abierta actúa (fig. 24) por medio de dos caminos:

- Ejercicios masticatorios sobre los planos de mordida laterales del aparato que reduce la dimensión vertical posterior de la oclusión.
- Impide la interposición anterior de la lengua, favoreciendo la extrusión de los dientes anteriores de la oclusión.

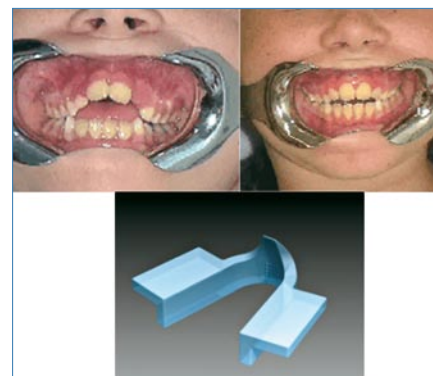


fig. 24 Corrección de una mordida abierta anterior en un paciente con un hábito de succión del pulgar.

En un estudio realizado sobre una muestra de 22 pacientes que presentaban inicialmente una mordida abierta anterior, con el uso nocturno del aparato de la mordida abierta se obtuvo una reducción de la misma de 1,25 milímetros en 6 meses (13).

Reducción de la mordida abierta anterior mediante el uso del aparato para la mordida abierta

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
Edad	22	7	9	8,00	0,816
Mordida inicial	22	2,0	4,0	3,432	0,470
Mordida 6 meses	22	0,5	3,5	2,182	0,628

Resultados		Media
Reducción mordida abierta		1,25 mm

fig. 25 Cambios a nivel de la mordida abierta anterior en un periodo de 6 meses de tratamiento con el aparato de la mordida abierta.

CUARTO PUNTO: OBJETIVIDAD DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS CON EL USO CLÍNICO DE LOS APARATOS PARA LA ESTÍMULOTERAPIA

Los estudios clínicos realizados desde el año 1992 han sido objetivos pues en ninguno de los pacientes de las correspondientes muestras utilizadas se utilizó la reeducación miofuncional (por parte de una logopeda) para no enmascarar los resultados finales obtenidos con el uso de cada uno de los elementos del kit MFS (8, 9, 10, 11, 12, 13).

No por ello menospreciamos el trabajo de reeducación miofuncional de las logopedas, sino todo lo contrario. Pero el protocolo de cada uno de los estudios así nos lo exigía.

QUINTO PUNTO: IMPORTANCIA DE LA ESTÍMULOTERAPIA PARA LA REEDUCACIÓN MIOFUNCIONAL Y PARA EL ORTODONCISTA

Nuestra posición respecto a la estimuloterapia es considerarla como un protocolo de trabajo que favorece el desarrollo de ejercicios automatizados por parte del paciente pero que –de ningún modo– substituye el trabajo de la logopeda especializada en la reeducación miofuncional (14, 15). Cualquier protocolo de tratamiento debe basarse en un correcto diagnóstico del caso (2, 3, 4, 16) y en un trabajo en equipo, basado en el concepto de interdisciplinariedad y con un protocolo de exploración interdisciplinar orofacial (17).

Desde la vertiente del ortodoncista, los aparatos de la estimuloterapia pueden serle útiles en sus tratamientos:

- Promover la respiración nasal en aquellos casos en los que se use un aparato de ortodoncia que obture el paso del aire por la boca.

- Corregir las sobremordidas profundas con el uso combinado de los aparatos fijos y el aparato antibruxista.
- Corregir las maloclusiones en pacientes bruxistas, utilizando el relajante muscular con el plano de mordida.
- Corregir las mordidas abiertas con el uso del aparato de la mordida abierta en combinación con los aparatos fijos.
- Acelerar los movimientos dentarios, liberando la presión de la musculatura perioral con el aparato relajante muscular.
- Liberar la presión de los labios con el aparato relajante muscular para poder mover con mayor libertad los incisivos.
- Usar el obturador en combinación con el aparato de la mordida abierta en los respiradores bucales para impedir la recidiva del caso durante el tratamiento.

De hecho, los aparatos para la estimuloterapia se utilizaron –inicialmente– como un complemento para las correcciones de las maloclusiones.

CONCLUSIONES

Tras veinte años de trabajo en el ámbito del funcionalismo, consideramos el presente proyecto de estimuloterapia programada como un nuevo protocolo de trabajo que, seguramente, será mejorado en los años venideros. Tenemos la seguridad de que contaremos con el colectivo de las logopedas reeducadoras miofuncionales porque es a quien más va a interesar el tema.

Por otra parte, la promoción del funcionalismo –en sus vertientes del diagnóstico y del tratamiento– dentro del ámbito de la ortodoncia no hará más que incrementar el número de disfunciones orales diagnosticadas, lo cual irá en beneficio de las logopedas reeducadoras miofuncionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Durán, J. Multifunction System "MFS". Forma y función: puesta al día de la cuestión. Ortodoncia clínica. 2003; 6(2): 79-88.
- Durán, J. Multifunction System "MFS". Las 8 claves de la matriz funcional. Ortodoncia clínica. 2003; 6(1): 10-13.
- Durán, J. Técnica MFS: Diagnóstico de la matriz funcional: codificación. Ortodoncia clínica. 2003; 6(3): 138-40.
- Durán, J. Preguntas y respuestas sobre la filosofía "MFS". En: Durán, J. Mecánica fija "MFS". Atlas clínico. Primera edición. Barcelona. Ed. Nexus. 2004; P.11-30.
- Ustrell, J. Durán, J. Diagnóstico en ortodoncia. En Ustrell, J. Durán, J. Ortodoncia. Primera edición. Barcelona. Ed. Universitat de Barcelona. 2001. P. 61-100.
- Ustrell, J. Durán, J. Etiopatogenia de las maloclusiones. En Ustrell, J. Durán, J. Ortodoncia. Primera edición. Barcelona. Ed. Universitat de Barcelona. 2001. P. 107-26.
- Ustrell, JM. Hábitos y disfunciones orales. En: Echevarría, JJ. Pumarola, J. El manual de odontología. Segunda edición. Barcelona. Ed. Elsevier. 2008. Pág: 1523-9.
- Durán, J. Estudio clínico del efecto de los tubos estimuladores nasales. En Padrós, E. Bases diagnósticas, terapéuticas y posturales del funcionalismo craneofacial. Primera edición. Barcelona. Ed. Ripano. 2006; Pág. 1018-22.
- Durán, J. Merino, M. Echarri, P. Carrasco, A. Una nueva propuesta de tratamiento para el paciente con el síndrome de la respiración oral. Ortodoncia clínica. 2009; 12(2): 73-9.
- Durán, J. Carrasco, A. Echarri, P. et al. El obturador bucal "MFS" como un método clínico de tratamiento de la incompetencia labial en los pacientes respiradores bucales. Dentum. 2008; 3:102-7.
- Durán, J. Ustrell, JM. Carrasco, A. Et al. Efectos de los estimuladores labiales a nivel del grado de incompetencia labial y la longitud del labio superior. Dentum. 2008; 3: 108-11.
- Durán, J. Echarri, P. Ustrell, JM. Et al. Un nuevo elemento prefabricado para relajar la musculatura en los pacientes bruxistas. Dentum. 2008; 3: 112-8.
- Durán, J. Carrasco, A. Echarri, P. et al. Cambios clínicos obtenidos con el uso del "aparato para la mordida abierta" MFS en pacientes con mordida abierta anterior. Dentum. 2008; 3: 119-22.
- Durán, J. Carrasco, A. Ustrell, JM. La "estimuloterapia programada" como base para el desarrollo de un protocolo de reeducación funcional oral que nos lleva al concepto de "prevención en ortodoncia". Dentum. 2008;3: 123-9.
- Durán, J. Merino, M. Echarri, P. Carrasco, A. Tabla de diagnóstico y tratamiento Multifunction System "MFS", herramienta básica de la estimuloterapia programada. Dentum. 2009; 9(3): 119-25.
- Echarri, P. Perez, JJ. Historia clínica, examen clínico y estudio de modelos. En Echarri, P. Diagnóstico en ortodoncia: estudio multidisciplinario. Barcelona, Ed. Nexus. 2002. p. 57-102.
- Echarri P, Carrasco A, Vila E, Bottini E. Protocolo de exploración interdisciplinar orofacial para niños y adolescentes. Ortodoncia Española, 2009; 49(2): 107-15.

Visión y aprendizaje (I): detección de disfunciones visuales

Montserrat Augé i Serra, Licenciada en Psicología, Diplomada en Óptica i Optometría (col. nº 3714). Responsable de la Unitat de Visió i aprenentatge del Centre Universitari de la Visió de Terrassa.

Marta Fransoy i Bel, Diplomada en Óptica i Optometría i terapeuta de escucha (técnica Tomatis E-08-36-05)
Departament d'Òptica i Optometria. Universitat Politècnica de Catalunya

En este artículo se hace una descripción detallada sobre la clasificación de las distintas alteraciones del procesamiento de la información visual y de escucha que interfieren en el aprendizaje escolar. También se abordan las características clínicas distintivas entre problemas perceptuales y de eficacia visual que permiten hacer un diagnóstico diferencial al evaluar un niño con problemas en la lecto-escritura.

Palabras claves: Direccionalidad, discriminación visual y auditiva, integración motora, lateralidad, memoria visual y auditiva, percepción visual, procesamiento de la información visual y de escucha

INTRODUCCIÓN

En la sociedad del conocimiento, una de las habilidades primordiales es el procesamiento eficaz de la información, para garantizar el aprendizaje, ya que la ubicación profesional y social depende en gran medida del nivel y calidad de la formación recibida e integrada.

El uso generalizado de las tecnologías de la información y de la comunicación exige al sistema visual un nivel mayor de rendimiento que la lecto-escritura tradicional. En la era de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones, las cuales llevan a los estudiantes a desarrollar múltiples tareas y durante largos períodos de tiempo, el uso del ordenador como medio de trabajo escolar, de comunicación entre los amigos (correo electrónico, messenger...), o sencillamente de juego, es ya un hecho aceptado por padres y maestros. Por otro lado, las horas de juego en espacios abiertos han estado sustituidas por horas de "PlayStation", "Wii", "XBox", etc., es decir, que los estudiantes pasan muchas horas estimulando y estresando el sistema visual y de escucha.

Por ello es tan importante garantizar la plena funcionalidad de los sistemas

involucrados en el proceso de aprendizaje (visual, de escucha y motor, principalmente), para evitar el fracaso escolar y alcanzar el nivel de ejecución requerido.

La visión es un proceso complejo y fundamental en el aprendizaje escolar. Las dos terceras partes de la información

que reciben los estudiantes es a través del sentido de la vista. El desarrollo de la visión incluye la capacidad de utilizar los ojos simultáneamente de forma efectiva y coordinada para identificar, interpretar y entender la información visual, para preparar la acción subsiguiente. Si el desarrollo del sistema visual no es correcto, con la edad se producirán dificultades en

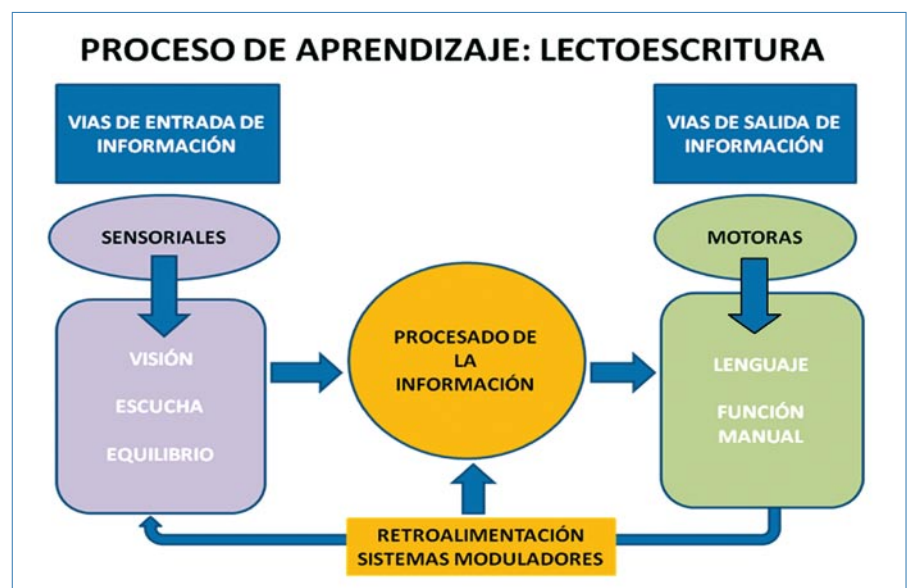


fig. 1 Proceso sensorial y motor en el aprendizaje escolar

el proceso de aprendizaje. Las primeras manifestaciones aparecen en la edad escolar como un desinterés por la lectura y la escritura, cuando lo que ocurre es que el niño no puede descodificar y asimilar correctamente la información visual que recibe.

Las actividades escolares implican pasar mucho tiempo en visión próxima, lo que requiere de unas buenas habilidades visuales y perceptuales que permitan leer rápidamente, comprendiendo bien lo que se lee. Cuando hay problemas en el procesamiento de la información visual, los niños necesitan mayor esfuerzo y concentración, lo que se traduce en una falta de atención y/o motivación para la lectura y escritura, y una pobre comprensión lectora. Y a largo plazo pueden llegar al fracaso escolar. Se estima que de un 10 a un 15% de los niños presentan problemas de aprendizaje relacionados con un problema de eficacia y/o percepción visual.

Los optometristas son los profesionales que pueden diagnosticar y prescribir el tratamiento más adecuado para cualquier disfunción visual relacionada con un problema de aprendizaje. Un examen completo del sistema visual se recomienda a partir de los 3-4 años de edad al menos una vez al año, como prevención, tanto si presentan síntomas o antes que éstos aparezcan. En la evaluación optométrica debe realizarse un examen en dos partes diferenciadas. La primera parte corresponde al análisis de la eficacia visual basada en la detección de un problema refractivo, oculomotor, acomodativo o de visión binocular. La segunda parte consiste en la evaluación del procesamiento de la información visual, que integra las habilidades espaciales de lateralidad y direccionalidad y también, la capacidad de análisis y de integración motora visual.

RELACIÓN ENTRE PERCEPCIÓN VISUAL Y APRENDIZAJE

Las primeras fases en el aprendizaje de la lectura exigen grandes demandas de los factores que intervienen en el procesamiento de la información visual. En los primeros cursos académicos, el niño debe realizar múltiples ejercicios de reconocimiento, emparejamiento y recuerdo de formas. El aprendizaje de la lectura comprende un mayor énfasis en el reconocimiento y recuerdo de pala-

bras donde prima la discriminación y la memoria visual. Los métodos fonéticos exigen un escrutinio cuidadoso de los detalles internos de palabras individuales. También se utiliza habitualmente la escritura para trabajar la lectura.

Las habilidades visuales que intervienen en el aprendizaje de la lectura y la escritura son un exacto control oculomotor, la capacidad para abordar la orientación direccional y también la discriminación y memoria visual. La coordinación ojo-mano resulta importante cuando se utiliza la escritura como refuerzo de la lectura. Sin embargo, la acomodación y la visión binocular no son factores críticos en estas primeras etapas cuando el niño aprende a leer, sino que se vuelven importantes más adelante, cuando el niño lee para aprender, es decir, a medida que aumenta el nivel de lectura a partir de 3º o 4º curso de primaria.

Cuando el niño empieza a leer, el reconocimiento de palabras es el trabajo principal. Las habilidades perceptuales son con frecuencia fundamentales, ya que el recuerdo y emparejamiento de las formas son importantes. También se requiere una capacidad de orientación direccional. Muchas de las palabras que se utilizan habitualmente deben aprenderse memorizando su forma, ya que son fonéticamente irregulares. La mayoría de niños poseen una capacidad de percepción visual suficiente como para leer adecuadamente a los 6-7 años de edad. Más adelante, el énfasis se desplaza de la decodificación como demanda primaria hacia la comprensión y la velocidad lectora. La importancia de los factores que intervienen en el procesamiento de la información visual, disminuye a medida que el niño progresa en la lectura y la escritura.

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE UN PROBLEMA DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN VISUAL

Los problemas de aprendizaje relacionados con una alteración de la información visual ya aparecen en el periodo preescolar. El niño empieza a manifestar dificultades con el vocabulario visual. Las inversiones y confusiones de las letras, los números y las palabras son habituales. El niño se expresa correctamente de forma oral, pero experimenta dificultades al pasar la información visual por escrito.

Tiene mala caligrafía y dificultad para copiar de la pizarra.

Sin embargo, cuando el niño presenta dificultades en el aprendizaje de forma más tardía, se trata más de un problema de eficacia visual que de procesamiento de la información visual. En los primeros cursos escolares, el niño con problemas de eficacia visual es un estudiante normal y, a partir de 3º o 4º curso empiezan las dificultades en la velocidad y comprensión lectora. En estos casos, la capacidad de decodificación y de aprendizaje visual del vocabulario y la ortografía ha sido normal, pero el niño se queja de problemas astenópicos asociados a la lectura y se pierde con frecuencia al leer y escribir. Necesita releer repetidamente el mismo material.

Mediante las pruebas de evaluación cognitiva o de rendimiento intelectual, el optometrista puede obtener una valiosa información que le permite diferenciar un historial clínico sugerente de problemas de aprendizaje, relacionado o no con problemas visuales. Generalmente, el niño con problemas en el procesamiento de la información visual obtiene mejores puntuaciones en las escalas que evalúan la aptitudes verbales que en las de realización. La diferencia fundamental entre las baterías de exámenes que miden el rendimiento intelectual, está en que en las pruebas de realización el niño trata con información visual y objetos concretos en los que no necesita responder verbalmente. Los niños con problemas de aprendizaje no relacionados con la visión tienen dificultades, principalmente, en la fonética y la decodificación.

RELACIÓN ENTRE ESCUCHA Y APRENDIZAJE

Además del sistema visual, en el proceso de lecto-escritura intervienen el sistema auditivo, con la función de escucha, y el sistema motor, puesto que leer requiere de la integración visual-auditiva-oral: se asocia un grafema a un fonema y se pronuncia. La escritura, ya sea por copia o por creación, se produce por la integración de los sistemas visual-auditivo y motor: además de asociar el grafema al fonema (porque lo vemos o visualizamos), hay que coordinar el movimiento de la mano para reproducirlo en papel o en un teclado. Para evaluar el grado de integración de estos tres subsistemas, los optometristas utilizamos los test de integración:

• VADS (visual-auditive digits system) que permite evaluar distintas vías de entrada y de salida de la información: visual-oral, visual-escrita, auditiva-oral, auditiva-escrita. Valora la capacidad de integrar la información visual y auditiva recibida y su correspondiente respuesta oral y escrita

• AVIT (auditive visual integration test). VADS (visual-auditive digits system). Evalúa la capacidad del niño para igualar la distribución temporal de un estímulo auditivo a la distribución espacial de un estímulo visual.

• VMI (visual-motor integration). Evalúa la integración de la capacidad de procesamiento de la información visual, con movimientos motores finos.

PROCESO DE DESARROLLO DEL NIÑO

Dado que el Desarrollo Motor (de 0 a 7 años) está recíprocamente relacionado con el Desarrollo Visual (de 0 a 8 años), es necesario conocer qué bloqueos o interferencias se han producido en este proceso para entender las dificultades visuales.

Dentro de este Examen de Desarrollo se realiza: **tabla 2**

FASES DEL PROCESO DE APRENDIZAJE DE LA LECTOESCRITURA

Según las capacidades del niño en cada estadio de desarrollo, podemos diferenciar dos estadios en el aprendizaje de la lectoescritura: primero el niño aprende a leer y desde los 6 años leerá para aprender. Esto supone en un primer estadio el procesado de información secuencial (sistema parvocelular) y en el segundo estadio el procesado global (sistema magnocelular) para extraer el significado de las oraciones

En la tabla 3 queda claro que el sistema de escucha (entendida como la audición + atención con el propósito de extraer información del mensaje) debe ser plenamente funcional. La visión y la escucha son procesos análogos, si los analizamos desde el punto de vista de sus cualidades intrínsecas, como se muestra en la tabla 4:

La visión prepara para la acción, mientras que la escucha es la puerta de la conciencia.

	Canal auditivo-verbal	Canal viso-motor
Nivel representativo	- Comprensión auditiva - Asociación auditiva - Expresión verbal	- Comprensión visual - Asociación visual - Expresión motora
Nivel automático	- Integración gramatical - Integración auditiva - Memoria auditiva	- Integración visual - Memoria viso-motora

tabla 1: Funciones lingüísticas

Edad	Organización Postural	Organización Sensorial	Organización Motora
0-8m.	Monolateral Alternante	Percepción figura-fondo, siluetas	- Reflejo tónico cervical - Volteo en el suelo - Reptado circular
8m. - 12m.	Bilateral	Percepción binocular	Reptado lineal homolateral
1a. - 5a.	Contralateral	- Binocularidad - Identificación de objetos y símbolos - Distingue códigos alfa-numéricos	- Reptado lineal contralateral - Gateo contralateral - Deambulacion homo y contralateral
5a.	Unilateral	Dominancia visual, auditiva y manual	- Lateralidad - Direccionalidad - Cordinación ojo-mano

tabla 2: Evaluación del desarrollo del niño a nivel postural, sensorial y motor

Aprender a leer (Hasta 6 años)	Organización Motora
RUTA FONOLÓGICA (letra por letra: asociación grafema-fonema)	RUTA LÉXICA (reconoce las palabras enteras)
Reconocimiento de la palabra	Extracción del significado
c-a-s-a	La casa de Pau está en la Plaza Mayor
- DISCRIMINACIÓN Y REFUERZO AUDITIVO - Refuerzo en voz alta - Refuerzo movimiento de labios - Refuerzo mental (escucha interna)	Los mejores lectores son aquellos que no se escuchan mientras leen



RELACIÓN VISIÓN-LENGUAJE EN LA LECTURA



tabla 3: Relación de la visión y el lenguaje en la lectura

AUDICIÓN	ESCUCHA
Proceso pasivo	Proceso activo (intención)
Sensación	Percepción
Involuntaria	voluntaria
No selectiva	Selectiva
Periferica	Focal (central, concreta)
VER	MIRAR

tabla 4: Ver es a oír lo que mirar a escuchar

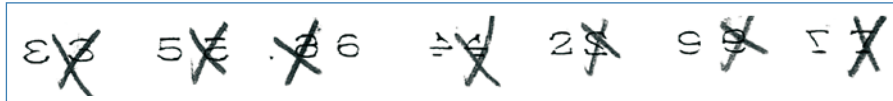


Fig. 2 Las habilidades visuales espaciales como la lateralidad y la direccionalidad son imprescindibles para la correcta identificación de los símbolos alfanuméricos en la lectura y la escritura

CLASIFICACIÓN DE LAS ALTERACIONES DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN VISUAL

El diagnóstico está basado en el análisis detallado del historial clínico y en la revisión de los informes y las pruebas realizadas al niño con problemas de aprendizaje escolar. Las alteraciones del procesamiento de la información visual están divididas en tres categorías:

- Disfunción espacial visual. Las capacidades espaciales internas y externas del niño que se utilizan para organizar el ambiente no están adecuadamente desarrolladas. Estas capacidades incluyen:
 - Lateralidad: Identificación interna de la derecha e izquierda en uno mismo
 - Direccionalidad: Diferenciación de las direcciones derecha e izquierda en el espacio externo. (figura 2)

- Disfunción del análisis visual. Las habilidades para analizar, discriminar, interpretar y recordar la información visual no se han desarrollado adecuadamente. El niño no aprecia pequeñas diferencias y similitudes entre formas, como puede ser una letra o palabra de otra. Clínicamente, esta disfunción se subdivide en 5 categorías:

- Discriminación visual: Refleja la capacidad del niño para identificar las características distintivas de las figuras, incluyendo la forma, el tamaño, la orientación y el color.
- Figura de fondo: Es la capacidad para discriminar la figura con respecto a la información del fondo.
- Cierre visual. Es la capacidad que tiene el niño para ser consciente de claves o pistas del estímulo visual que le permiten determinar la percepción final sin tener todos los

detalles presentes

- Memoria visual. Refleja la capacidad del niño para reconocer y recordar la información que se le presenta visualmente.
- Memoria visual secuencial. Es la habilidad para recordar una secuencia de letras, palabras, símbolos o figuras en el mismo orden o posición en la que se presentaron. (figura 3)
- Disfunción de la integración motora visual. La capacidad de integración del procesamiento de la información visual con movimientos motores finos es inadecuada (figura 4). En ella se incluye también la coordinación motora fina o coordinación ojo-mano, que se define como la capacidad del niño para utilizar su mano y sus dedos para movimientos finos. Esta habilidad es especialmente importante en la escritura.

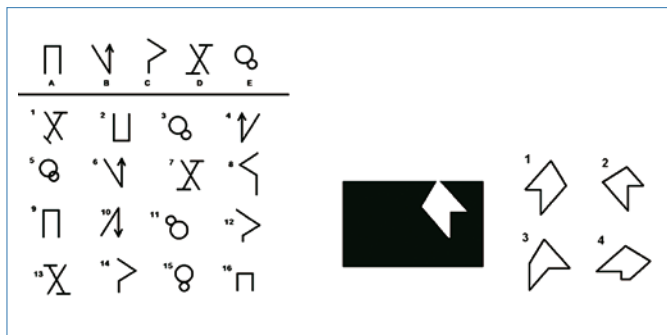


Fig. 3 Algunas habilidades perceptuales fundamentales en el aprendizaje escolar, como la discriminación visual y la diferenciación de figura del fondo, permiten al niño apreciar pequeñas diferencias y similitudes entre formas

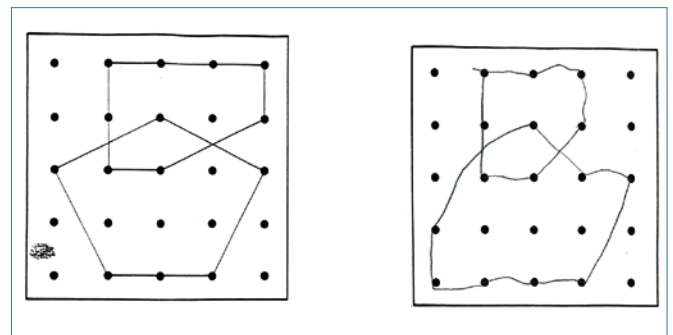


Fig. 4 La capacidad de integración motora visual o la coordinación ojo-mano ayuda al niño en el aprendizaje de la escritura.

BIBLIOGRAFÍA

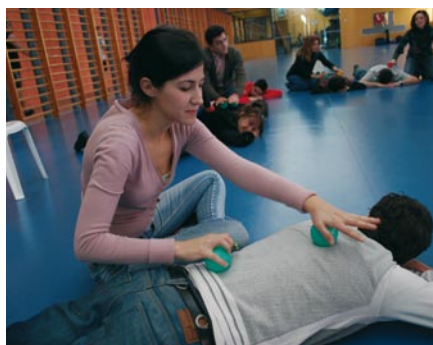
- Augé, M., Fransoy, M., Lupón, M., Quevedo, L. y Torrents, A. (2005). Psicología en la práctica optométrica. Ver y oír, 201, 696-700.
- Augé, M.; Quevedo, L. (2009). Alteraciones en el procesamiento de la información visual. Ver y oír, 233, 95-99
- Ferré, J. y Aribau, E. (2002). El desarrollo neurofuncional del niño y sus trastornos. Visión, aprendizaje y otras funciones cognitivas. Barcelona: Lebon
- Instituto Médico del Desarrollo Infantil. (2000). El desarrollo de la lateralidad infantil. Niño diestro-zurdo. Barcelona: Lebon
- Lane, K.A. (2004). Developing Ocular Motor and Visual Perceptual Skills. St. Louis: Mosby
- Martín Lobo, M.P. (2003). La lectura. Procesos neuropsicológicos. Barcelona: Lebon.
- Scheiman, M.M. y Rouse, M.W. (2006). Optometric Management of Learning Related Vision Problems. St. Louis: Mosby
- Shute RH. (1991). Psychology in Vision Care. Philadelphia: Butterworth-Heinemann
- Unsworth, C. (1999). Cognitive and perceptual dysfunction. A clinical reasoning approach to evaluation and intervention. Philadelphia: F.A. Davis Co.

6 de març de 2010: dia Europeu de la Logopèdia

Íngrid Fontanals Vocal de Barcelona

Com tots sabeu el dia 6 de març es va celebrar el dia Europeu de la Logopèdia. Com cada any, ens vam unir a la celebració de la CPLOL amb el seu mateix lema que enguany era LA VEU.

La nostra celebració la vam realitzar a les instal·lacions del Club Natació Barcelona, que ens les va cedir perquè poguéssim dur a terme la nostra activitat: “Donem la nota per la logopèdia”.



A l'acte estaven convidats a participar-hi tots els nostres col·legiats i les famílies o amics que ho desitgessin.

Vam comptar amb l'assistència d'una cinquantena de persones incloent-hi els nens i nenes que amb la seva espontaneïtat i alegria per fer les coses ens van ajudar a engrescar-nos més i a participar-hi.

Cap a les onze del matí, dins el marc de les sales polivalents del Club Natació Barcelona vam iniciar les nostres activitats. En primer lloc la nostra sotsdegana, Diana Grandi, després de saludar els assistents i disculpar l'absència de la degana Anna Civit per motius de salut, ens va explicar com quedarà la nostra professió després de la convergència europea del Pla de Bolonya. Els avantatges que ens aporta el fet que tinguem una professió que estigui supeditada a uns estudis de Grau i el que implica aquest reconeixement europeu en temes de mobilitat laboral per tot el continent.

Tot seguit, Montse Dulcet ens va guiar per una activitat en què vam fer un treball de relaxació, coneixement del propi cos i de ritmes i seqüències, que ens va servir per escalfar la veu i el cos per acabar

cantant “com els àngels”, entre d'altres cançons l'himne de la Unió Europea. Van ser activitats divertides, disteses i participatives, que ens van fer riure i gaudir d'un matí en companyia de tots els professionals i amics que es van voler unir a nosaltres per celebrar el nostre dia.



Aquestes activitats que vam desenvolupar tant en parelles com en grups ens van ajudar a acostar-nos els uns als altres i a conèixer-nos una mica més, tant amb els vells amics com amb els nouvinguts. La confiança que vam generar tot cantant, va fer que el pica-pica que el Col·legi ens va oferir després al bar privat del Club amb unes fantàstiques vistes al mar i a la piscina, fos bàsicament una trobada d'amics, distesa i divertida on vam tenir l'ocasió de brindar per la nostra professió i, per descomptat, per tots els professionals!

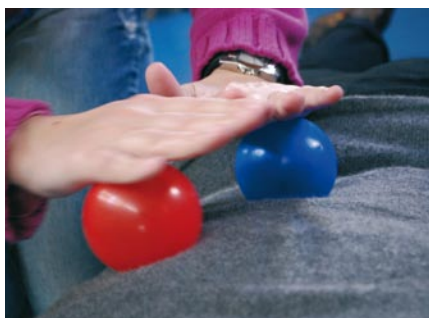
Per finalitzar la jornada, tots els que van voler, van tenir l'oportunitat de gaudir de les instal·lacions del Club i de quedar-s'hi a passar la resta del dia aprofitant el sol i la calor que ens va fer aquell dissabte, cosa que aquest any no ha estat gaire freqüent.

Ja estem pensant què podem fer l'any que ve; ens encantaria poder fer una activitat en què cada vegada hi hagués més participació i que el col·lectiu que ens reunim fos més gran any rere any...

Així que no oblideu la data: 6 de març, el nostre dia, el dia que ens ajuntem per celebrar que un dia vam prendre la decisió de dedicar la nostra vida a aquesta fantàstica professió: la logopèdia.



Hem demanat a dues persones que van participar d'aquesta activitat, si volien compartir amb tots nosaltres les seves vivències. Us reproduïm els comentaris de la Beatriz Rodríguez, estudiant de logopèdia, i de la Montse Valls, logopeda i col·legiada d'honor del CLC:



El dia 6 de març va ser un dia molt important per als professionals de la Logopèdia, i per a tots els qui un dia ho volem ser, com és el meu cas. Aquest dia es va celebrar el Dia Europeu de la Logopèdia, fent unes activitats amb el lema La Veu! al Club Natació Barcelona.

Vaig viure aquestes activitats com un aprenentatge, ja que encara no tinc gaire experiència en el tema de la veu.

Vaig aprendre a preparar el cos abans de cantar i, a fer massatges per tal de relaxar la musculatura. Però el més important, és que vaig aprendre a fer-ho d'una forma dinàmica i diferent, seguint el ritme de la música. Possiblement, no ho hauria pensat mai a l'hora de fer exercicis amb un pacient.

He de dir, que per a mi el més important no va ser aconseguir recursos, sinó compartir experiències amb altres professionals, que em van aportar molt, em van donar consells i vivències sobre la professió que he escollit.

Crec que escoltant les persones amb més experiència es pot aprendre molt, i en el marc en què ens trobàvem, gaudia d'una situació privilegiada.

Les converses, que sorgien de cada descans o de moments més relaxats, eren realment interessants, paraules que transmetien la il·lusió de formar part d'un col·lectiu i les ganes de continuar fent la feina ben feta. Per a mi, van ser un aprenentatge i un ajut, ja que em varen mostrar que aquelles persones vivien la professió amb ganes i que tot i fer molts anys que treballaven, encara tenien alegries i no estaven cansades de ser logopedes.

Això em va fer sentir que no m'havia equivocat a l'hora d'escollir els meus estudis, que la vocació en molts casos no s'esfumava amb el pas del temps.

Per aquest motiu trobo que aquestes activitats són molt importants per donar a conèixer la nostra professió, que tothom pugui conèixer la tasca que desenvolupa un logopeda i que se li atorgui la importància que es mereix.

D'aquesta manera, espero que se segueixin fent activitats com aquestes, tant per donar a conèixer la logopèdia com per seguir enriquint-me i aprenent de la tasca i l'experiència d'altres professionals.

Beatriz Rodríguez,
estudiant de Logopèdia



Europa ja és aquí!

Per mi ha estat la primera vegada que celebro el dia català i europeu de la Logopèdia i això que fa 53 anys que sóc logopeda!

Com podeu haver deduït en tinc alguns, força més de 53, ja que abans no existien els estudis de la diplomatura ni del grau. Vaig tenir la sort de conèixer la nostra meravellosa professió a Londres i de poder-la-hi estudiar. A Anglaterra, ja hi havia una llarga tradició en l'exercici de la logopèdia i els logopedes eren respectats i admirats per la seva inestimable labor i el molt bon saber fer. El Londres dels anys 50 era ple d'estudiants i de professionals de la salut que compartíem experiències i aprenentatges i, a poc a poc, em vaig deixar seduir per la logopèdia més que per la meua pròpia especialitat (jo tenia estudis d'infermeria i fisioteràpia). Tan entusiasmada estava que després de 4 anys d'estada a Londres ho vaig voler explicar i aplicar al meu país. Vaig tornar a casa a compartir la meua experiència.

Quina sorpresa! Parlava als metges del meu hospital de la logopèdia i no sabien què era! A Barcelona, intentar exercir una professió desconeguda (no hi havia cap tipus d'estudis sobre aquest tema) va ser pràcticament impossible. En aquell moment vaig poder tirar endavant gràcies als meus estudis d'infermeria i fisioteràpia. Va ser així com vaig anar introduint els meus coneixements logopèdics en el dia a dia de la meua feina com a fisioterapeuta de nens afectats de paràlisi cerebral i, com que sóc molt tossuda (o com m'anomenava la Sra. Bobath: head of iron -cap de ferro-),

vaig acabar convencent el meu cap de crear una unitat específica de logopèdia que avui en dia encara funciona i de ben segur que molt millor.

Per tant, el dia 6 de Març va ser un dia de reflexió i alegria per a mi, una logopeda tossuda i convençuda de la necessitat i la utilitat del que fem, que va per aquests mons sentint la seva professió. Vaig poder veure i escoltar (que no és poc a la meua edat) que la realitat ha canviat molt. Tenim un Col·legi que defensa el nostre reconeixement i vetlla pels interessos de tots els logopedes, hi ha acords de cooperació i coordinació europea i mundial entre tots els logopedes, som ja més de tres mil a Catalunya, i tenim estudis de grau! De sobte em vaig sentir rejevenida i no tan sols per la fantàstica vetllada que ens feia passar la Montse Dulcet i la seva expertesa en música, sinó perquè vaig tornar a reviure aquell orgull de pertànyer a un grup de persones compromeses amb la seva feina, allò que en diem professionals vocacionals. Crec que 53 anys després he retrobat Londres al Club Natació Barcelona per mitjà del CLC i del dia Europeu de la Logopèdia.

Ben segur que encara la nostra professió té un llarg camí per recórrer però des del pas del temps puc dir-vos amb fermesa i convenciment:

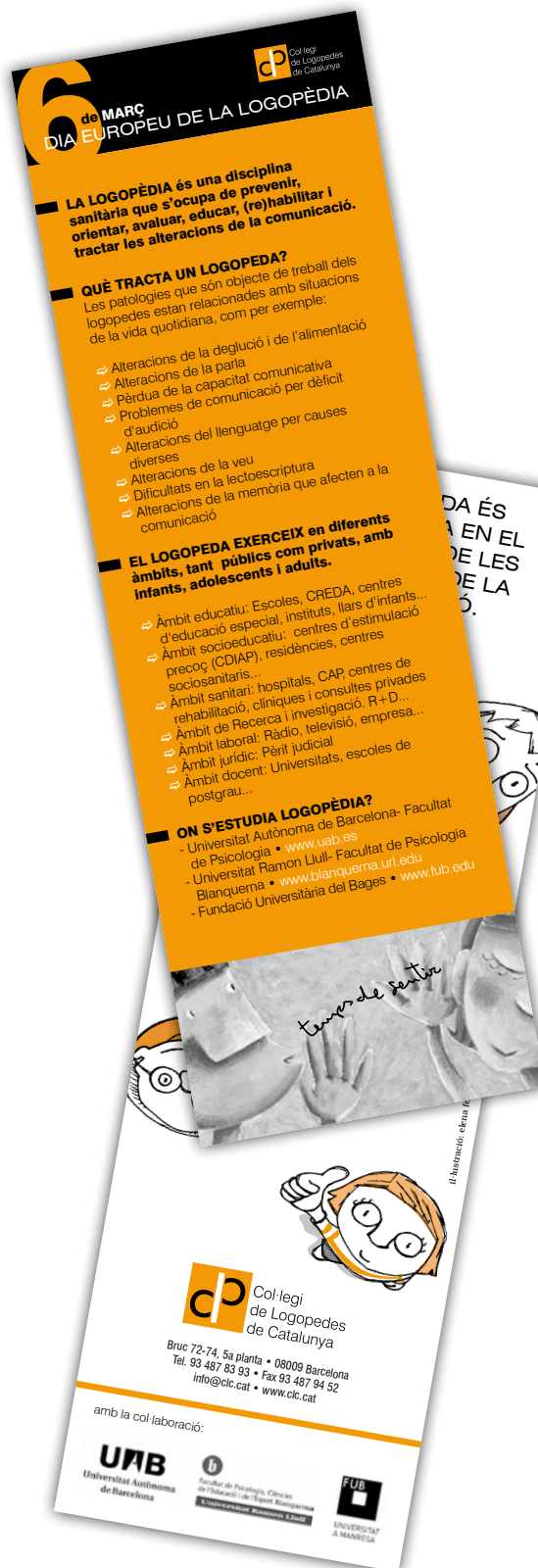
ÀNIMS! Dies com aquest no fa tant eren impensables i ara són realitat.
 ÀNIMS! Ens hem de reforçar per seguir amb la nostra professió.
 ÀNIMS! Cal tirar endavant i moltes FELICITATAAAAAATTSSSS!

Montserrat Valls Arnau

Per difondre què és la logopèdia, què fem els logopedes i on es pot estudiar, vam fer aquest punt de llibre conjuntament amb les universitats catalanes que ofereixen aquests estudis.

Alguns de vosaltres el vareu rebre en la celebració del dia europeu de la logopèdia, el passat 6 de març.

Si necessiteu alguns per a donar-los en alguna activitat dels vostres centres i entitats, contacteu amb el CLC.



El llenguatge escrit: el gran oblidat

Cristina Casas, Victoria González, Esther López i Carmen Martín, logopedes col·legiades integrants del grup de protocol del CLC

INTRODUCCIÓ

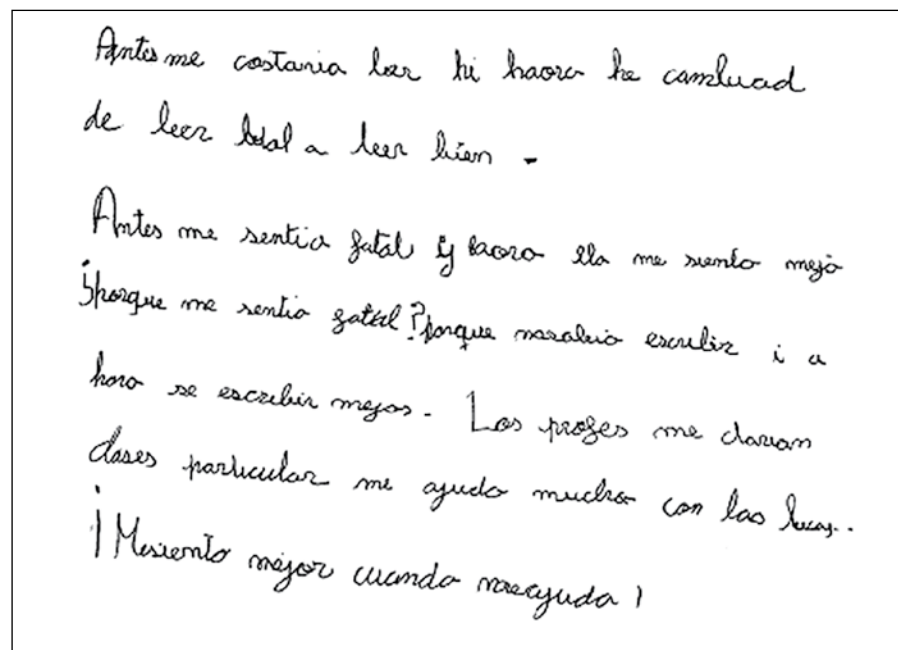
Albert Einstein, en una carta adreçada a una nena que es queixava del tracte que rebia per part dels professors davant les seves dificultats d'aprenentatge, li va recordar que ell va rebre un tracte similar: *"Me detestaban por mi independencia y me excluían cuando querían ayudantes"*. Albert Einstein.

Els nens que presenten dificultats, quan s'enfronten a la lectura manifesten els mateixos sentiments ara que fa cent anys. L'avantatge és que ara tenim les eines per poder realitzar diagnòstics més precisos a on es reflecteix l'origen de les dificultats per accedir a la lectura, permetent-nos posteriorment elaborar un pla de tractament específic per a cada nen. Per tant, actualment no hi hauria d'haver cap nen/a amb sensació de fracàs, amb baixa autoestima a causa de les dificultats d'aprenentatge de la lecto-escriptura.

Els logopedes tenim una gran tasca a fer en el món del llenguatge escrit. La societat relaciona la logopèdia amb el llenguatge parlat però sovint oblidem que el llenguatge escrit és llenguatge i per tant el logopeda seria el professional adient per rehabilitar les dificultats del llenguatge escrit. El grafisme, l'associació grafema fonema, l'organització del discurs escrit, l'ortografia, la gramàtica escrita i la comprensió lectora poden ajudar a molts nens a no patir aquest fracàs, hem de pensar que la lectoescriptura és la base de l'adquisició del coneixement escolar.

Tant els logopedes com els mestres tenim a l'abast molts recursos per aconseguir que l'accés a la lectura i l'escriptura sigui un camí planer. Cal identificar les dificultats concretes de cada nen i motivar-los, acompanyar-los, recolzar-los, animar-los. Només així podrem garantir part de l'èxit del seu recorregut per la vida escolar.

"Es el verdadero arte del maestro despertar la alegría por el trabajo y el conocimiento"
Albert Einstein



LLEGIR ÉS COMPENDRE UN ESCRIT

La capacitat lectora és la capacitat de reconèixer les paraules escrites, implica identificar cada paraula amb una forma ortogràfica que té un significat, i a la que se li atribueix una articulació concreta.

Quan parlem de lectura no podem confondre els següents conceptes:

- 1- La capacitat lectora
- 2- L'objectiu de la lectura
- 3- L'activitat lectora
- 4- El grau d'èxit de la lectura

La capacitat lectora parteix de les habilitats psicolingüístiques, dels recursos que cada individu té per poder aprendre.

L'objectiu de la lectura és la comprensió del text escrit. **L'activitat lectora** té relació amb l'activació d'òrgans sensorials i motors en el cervell en iniciar una lectura. L'èxit dependrà en part, dels recursos mentals que utilitzem en llegir. El domini del codi alfabètic és necessari per identificar la immensa majoria de les paraules conegudes i per identificar-ne les noves. Quant més ràpida sigui la identificació de la paraula, més memòria de treball quedarà disponible per dedicar-la a les anàlisis sintàctiques, de integració semàntica de les paraules que formen una frase, i per tant, assegurem una millor comprensió lectora.

COM APRENEM A LLEGIR

L'aprenentatge de la lectura passa per tres fases: primer, i cap als tres anys, s'inicia l'estratègia logogràfica, que consisteix en el reconeixement de paraules escrites, rètols que resulten familiars, marques conegudes pels nens, com per exemple, el seu nom, "Coca-Cola", "Zara", etc. Més tard es comença a utilitzar l'estratègia alfabètica, s'analitzen les paraules per les lletres que la componen i s'associa cada lletra escrita (grafema) amb el seu so corresponent (fonema).

És en aquest moment que els nens descobreixen la **consciència fonològica, la qual no és innata, ha de ser incentivada, treballada, viscuda**. Quan el nen/a

Soy un niño de 14 años, que le cuesta leer y escribir. A veces ir al colegio es duro porque la gente se rie de ti y así no te hace mucha gracia y cada día me cuesta ir al colegio porque no me gusta nada porque lo paso muy mal y me quitan las ganas de hacer cosas y me deprimen mucho. I en cima me pongo muy nervioso también y lo paso muy mal. ¡Ojalá que me ayuden antes! Ahora me están ayudando a mis cosas que cuestan en el colegio. Añendo trabajo diferente ect...

l'assoleix, podem asseverar que haurà adquirit ja els recursos suficients per a capbussar-se en el món de la lectura. En aquest moment les lletres deixen de presentar-se com un conjunt de ratlles i cercles sense sentit, i passen a representar el llenguatge oral. Serà cap als 7 anys que el nen adquirirà major destresa i seguretat en el procés lector.

Seguidament i tenint en compte que cada nen té el seu ritme, apareixerà el nivell ortogràfic, que permetrà el reconeixement de parts significatives de les paraules tenint en compte l'ordre de les lletres.

Cal remarcar que perquè tot això passi cal una motivació personal, un recolzament escolar i familiar i l'assoliment de la consciència fonològica, de la que en tornarem a parlar més endavant.

Tots els nens han de passar pel mateix procés, fins i tot els dislèxics. La diferència radicarà en l'esforç i el temps que s'haurà de dedicar. El nen que no presenti dificultats trigará dos anys en automatitzar la lectura, l'aprenentatge li resultarà agradable, l'assolirà sense aparent esforç, i haurà de practicar per adquirir destresa. Així doncs, podrà arribar sense dificultat a adquirir una adequada consciència ortogràfica.

El nen/a amb dificultats possiblement presentarà un dèficit fonològic que l'impedirà percebre la segmentació de les paraules parlades en els seus fonemes corresponents, li costarà automatitzar les correspondències grafema-fonema i descodificar les paraules escrites. El logopeda, mitjançant les estratègies adients, ajudarà als nens amb dificultats a obtenir una millor automatització, a millorar les seves aptituds per poder accedir a l'aprenentatge de la lecto-escriptura. Hem d'aconseguir evitar sentiments de

frustració i de baixa autoestima i predisposar al nen per assolir els processos d'aprenentatge pendents.

CONSCIÈNCIA FONOLÒGICA

Mitjançant l'habilitat fonològica podem assolir el coneixement i la capacitat per analitzar i manipular els elements que constitueixen el llenguatge. Ens permet aprendre l'estructura fonològica de les paraules i utilitzar la informació fonològica en el processament del llenguatge oral i escrit. És una habilitat que s'adquireix fruit de la capacitat de percebre i analitzar els elements constituents de les paraules.

Per accedir a la lectura és bàsica la presa de consciència de l'estructura fonològica del llenguatge parlat, així com comprendre que el sistema de representació ortogràfica de la llengua es basa precisament en la divisió de les paraules en els seus segments fonològics. Òptimes capacitats en tasques d'anàlisi fonològica són predictives d'una bona lectura, establint-se una relació amb les habilitats fonològiques en les etapes prelectores i l'èxit posterior en la lectoescriptura.

Així, se li dóna importància a les proves fonològiques en aquestes etapes com element preventiu o predictiu d'aquestes dificultats. Els nens amb dificultats en la lectura presenten dificultats en la manipulació dels sons.

L'ESCRITURA TAMPOC ÉS INHERENT AL CERVELL HUMÀ

L'escriptura, com la consciència fonològica o la lectura, tampoc és inherent al cervell humà. També és una habilitat que ha de ser apresada i automatitzada, per la qual cosa, necessita la mediació de l'ensenyament i temps per a fixar-la.

Per a escriure, igual que per llegir, es requereix del coneixement de l'abecedari

(codi arbitrari) i de l'associació amb la seva correspondència sonora que són els fonemes. Així doncs, també és molt important el treball de la consciència fonològica.

L'aprenentatge de l'escriptura també és gradual, per tant, va evolucionant en la mesura que el nen va captant el principi alfabètic. Les primeres etapes són bàsiques ja que col·laboren cap a la representació dels fonemes. Poc a poc, el nen anirà perfeccionant la grafia, aconseguirà traços més elaborats, i així, passarà de la lletra de pal a la cursiva.

Igual que la lectura, l'escriptura veritable és la que posseeix components fonològics. El fet que un nen escrigui el seu nom correctament no ens indica que entén el principi alfabètic, quan representi fonèticament algun o tots els sons de les paraules podrem dir que ha interioritzat les bases de l'escriptura.

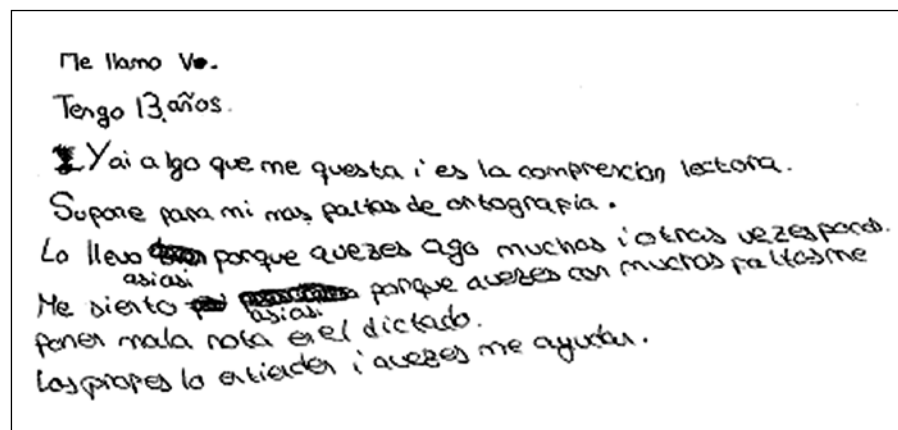
En el moment que el nen/a automatitzi l'escriptura alfabètica estarà en condicions de fixar-se en l'aspecte ortogràfic i posteriorment podrà posar tota la seva atenció en la cura del grafisme.

Soy un chico de 18 años que estoy cursando 4º de la ESO y tengo unas sé dificultades de lectoescritura. Las dificultades son que me cuesta leer, las materias ortográficas no me acuerdo de aplicarlas y los exámenes me se cuando van a de son abiertos a contestar muchas con los señores y varios albedos abiertos. Me recuerdo una albedos del centro es C.R.P.L. Todas las materias y la albedos que me dan los señores cuando a contestar aplicando las materias ortográficas a leer correctamente. Cuando de nuevo al centro me siento mal porque me pacho acor los mismos que me compensa de clase, pero cuando me siento mejor porque puedo ir más a la clase y entender más las cosas.

TRAJECTE FINAL, UNA BONA COMPRESIÓ LECTORA!

La comprensió és la raó de ser de la lectura. Si un nen sap llegir les paraules però no entén el que està llegint, no podem parlar de lectura realment.

Llegir és un acte de raonament, d'interpretació del missatge escrit a partir de la informació que proporcionen el text i els coneixements previs del lector. A la vegada, s'inicia una altra sèrie de raonaments per controlar el progrés de la interpretació del text llegit, per tal de poder detectar possibles incomprensions produïdes durant la lectura.



La interacció entre el lector i el text és el fonament de la comprensió, en aquest procés de comprendre, el lector relaciona la informació que l'autor li presenta amb la informació emmagatzemada a la seva ment; aquest procés de relacionar la informació nova amb l'antiga, és el procés de la comprensió.

És predicable que si una part important de l'esforç mental que s'inverteix en la lectura es consumeix en el procés descodificador dels signes, la comprensió lectora serà més pobre ja que no es pot focalitzar l'atenció sobre aspectes d'ordre superior com és la comprensió del text llegit, per tant el logopeda haurà d'utilitzar estratègies apropiades per treballar els dèficits de comprensió, estratègies metacognitives que ajudin al nen/a a pensar sobre la lectura i poder controlar la seva lectura. És bàsic que davant d'una lectura el nen tingui un propòsit, una intenció. Pot ser entretenir-se, aprendre alguna cosa nova, gaudir d'un conte, d'una història. Els professionals hem de saber transmetre als nens **el plaer de la lectura**.

Fem una ullada als criteris diagnòstics dels trastorns de lectura i escriptura

CRITERIS DIAGNÒSTICS DELS TRASTORNS DE LA LECTURA I L'ESCRITURA

DSM-IV Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (American Psychiatric Association)

Criteris pel diagnòstic del F81.0 Trastorn de la lectura (315.00)

A. El rendiment a la lectura, mesurat mitjançant proves de precisió o comprensió

normalitzades i administrades individualment, es situa substancialment per sota en funció de l'edat cronològica del subjecte, el seu coeficient d'intel·ligència i l'escolaritat pròpia de la seva edat.

B. L'alteració del Criteri A interfereix significativament en el rendiment acadèmic o les activitats de la vida quotidiana que exigeixen habilitats per a la lectura.

C. Si hi ha un dèficit sensorial, les dificultats per la lectura excedeixen de les habitualment associades a aquest.

Nota de codificació. Si hi ha una malaltia mèdica (ex. neurològica) o un dèficit sensorial, es codificarà amb l'Eix III.

Criteris pel diagnòstic del F81.8 Trastorn de l'expressió escrita (315.2)

A. Les habilitats per escriure, avaluades mitjançant proves normalitzades administrades individualment (o avaluacions funcionals de les habilitats per escriure), es situen substancialment per sota en funció de l'edat cronològica del subjecte, el seu coeficient d'intel·ligència i l'escolaritat pròpia de la seva edat.

B. L'alteració del Criteri A interfereix significativament en el rendiment acadèmic o les activitats de la vida quotidiana que exigeixen habilitats per l'escriptura. (ex., escriure frases gramaticalment correctes i paràgrafs organitzats).

C. Si hi ha un dèficit sensorial, les dificultats per a l'escriptura excedeixen de les habitualment associades a aquest.

Nota de codificació. Si hi ha una malaltia mèdica (ex. neurològica) o un dèficit sensorial, es codificarà amb l'Eix III.

CLASSIFICACIÓ CIE-10 Classificació Internacional de les Malalties Mentals de la OMS

F81.0 Trastorn específic de la lectura

Dèficit específic i significatiu del desenvolupament de la capacitat de llegir que no s'explica pel nivell intel·lectual, per problemes d'agudes visual o per una escolarització inadequada. Poden estar afectades la capacitat de comprensió de la lectura, el reconeixement de paraules llegides, la capacitat de llegir en veu alta i el rendiment en activitats que requereixen llegir. Sovint es presenten dificultats d'ortografia coexistents amb el trastorn específic de la lectura, que acostumen a persistir durant l'adolescència.

Pautes pel diagnòstic

El rendiment de lectura del nen ha de ser significativament inferior al nivell esperat d'acord a la seva edat, la seva intel·ligència general i el seu nivell escolar. La millor forma d'avaluar aquest rendiment és l'aplicació de forma individual de tests estandaritzats de lectura i de precisió i comprensió de la lectura. La naturalesa exacta del problema de lectura depèn del nivell esperat de la mateixa i del llenguatge i escriptura. Però, en les primeres fases de l'aprenentatge de la escriptura alfabètica, poden presentar-se dificultats per recitar l'alfabet, per fer rimes simples, per denominar correctament les lletres i per analitzar o categoritzar els sons (malgrat una agudes auditiva normal). Més tard poden presentar-se errors en la lectura oral com per exemple:

- Omissions, substitucions, distorsions o adicions de paraules o parts de paraules.
- Lentitud.
- Vacil·lacions o pèrdues del lloc del text en el que estava llegint.
- Inversions de paraules en frases o de lletres dins de paraules.
- Incapacitat de recordar el que s'ha llegit.
- Incapacitat de treure conclusions o inferències del material llegit.

És freqüent que en les etapes finals de la infància i en la edat adulta, les dificultats ortogràfiques i de lectura siguin més importants. És característic que les dificultats ortogràfiques impliquin molts errors

fonètics i sembla que, tant els problemes de lectura com els ortogràfics, poden ser en part conseqüència d'un deteriorament de la capacitat d'anàlisi fonològic.

Inclou: Retard específic de la lectura. Lectura en mirall. Dislèxia del desenvolupament. Disortografia associada a trastorns de la lectura.

Exclou: Alexia i dislèxia adquirida (R48.0). Dificultats adquirides de lectura secundàries a trastorns de les emocions (F93.-). Trastorn de l'ortografia no acompanyat de dificultats per a la lectura (F81.1).

F81.1 Trastorn específic d'ortografia

Trastorn on la característica principal és un dèficit específic i significatiu del domini de l'ortografia en absència d'antecedents d'un trastorn específic de la lectura i que no es explicable per un nivell intel·lectual baix, per problemes d'agudes visual o per una escolarització inadequada. En aquest trastorn està afectada la capacitat de lletrejar en veu alta i d'escriure les paraules correctament. Els nens que presenten només problemes per l'escriptura no s'inclouen en aquesta categoria, però en alguns casos les dificultats ortogràfiques s'acompanyen de problemes de l'escriptura. A diferència del que normalment es troba en els trastorns específics de la lectura, les faltes ortogràfiques tendeixen a ser correctes des d'un punt de vista fonètic.

Pautes per el diagnòstic

El domini de l'ortografia del nen ha de ser significativament inferior al nivell esperat d'acord a la seva edat, la seva intel·ligència general i el seu nivell escolar. La millor forma d'avaluar aquest

rendiment és l'aplicació de forma individual d'un test estandarditzat d'ortografia. La capacitat de lectura (tant en el que respecta a la exactitud com a la comprensió) ha d'estar dins dels límits normals i no pot haver-hi antecedents de dificultats significatives de lectura. Les dificultats ortogràfiques no deuen ser la conseqüència d'un ensenyament notòriament inadequat o dels efectes directes de dèficits funcionals visuals, auditius o neurològics i tampoc d'algun

trastorn neurològic, psiquiàtric o d'un altre tipus adquirit.

Inclou: Retard específic de l'ortografia (sense trastorn de la lectura).

Exclou: Dificultats d'ortografia atribuïbles principalment a un ensenyament inadequat (Z55.8). Trastorn adquirit de l'ortografia (R48.8). Dificultats de l'ortografia associades a trastorns de la lectura (F81.0).



Figura 1: Dibuix d'una nena de 12 anys que representa el que significa per ella ser dislèxia.

Jueves 07/07/11

Evaluación e intervención en TEL

Viernes 08/07/11

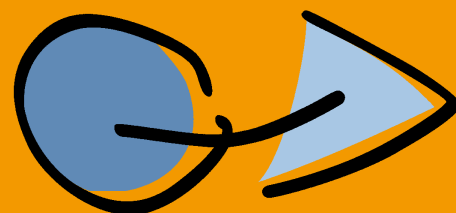
Alteraciones neurológicas que cursan con dificultades del lenguaje y la alimentación

Talleres sobre:

• Disfagia • TEL • Pragmática

**3º Congreso del Col·legi
de Logopedes de Catalunya**

7 y 8 de juliol de 2011 - Casa Convalescència - Barcelona



Autorització i registre de centres sanitaris

Carme López i Diana Grandi,
membres de la Junta de Govern del CLC.

Els logopedes, com totes les altres professions sanitàries, estem obligats a complir una sèrie de requisits a l'hora d'obrir un centre o una consulta. Actualment, des del Col·legi de Logopedes de Catalunya tenim converses amb el Departament de Salut per regular l'acreditació dels centres de logopèdia com a centres sanitaris, mitjançant el procés d'autorització i registre de centres.

Sabem que aquest procediment comporta una sèrie de fets que en principi ens poden generar algunes complicacions i despeses que no voldríem assumir. Però, d'altra banda, no hem d'oblidar que el fet de comptar amb una autorització del Departament de Salut és un element distintiu de qualitat de cara als usuaris i ens permetrà lluitar contra l'intrusisme professional.

Com a col·lectiu, el fet de disposar d'un registre de centres ens ajudarà a fer que la nostra professió sigui més coneguda i tingui el reconeixement que es mereix, no tan sols per part dels usuaris sinó també per part de la resta de professionals. A poc a poc disposarem d'un registre de centres que posarem a disposició dels altres col·lectius professionals i això facilitarà les derivacions d'usuaris.

L'autorització sanitària és la resolució administrativa que, segons els requeriments que s'estableixin, faculta un centre, un servei o un establiment sanitari per a la instal·lació, el funcionament, la modificació de les activitats sanitàries o, si s'escau, el tancament. (Reial decret 1277/2003, de 10 d'octubre de 2003, art. 2.1. e).

Els centres, serveis o establiments sanitaris autoritzats per al seu funcionament han de tenir en un lloc visible un distintiu que permeti als usuaris conèixer que han rebut l'autorització esmentada i el tipus de centre, amb l'oferta assistencial. (Reial decret 1277/2003, de 10 d'octubre de 2003, art. 6.1).

Per fer el tràmit d'autorització hi trobem dos grups de requisits: uns de **generals**, que afecten a tot tipus de centres sanitaris, i uns **d'específics** que afecten només la nostra professió i sobre els quals vam treballar, a petició del Departament de Salut, des del CLC.

Els requisits **generals** estan regulats pel Reial decret 1277/2003, de 10 d'octubre de 2003, la finalitat del qual "és regular les bases del procediment d'autorització de centres, serveis i establiments sanitaris, establir una classificació, denominació i definició comuna per a tots aquests, i crear un registre i catàleg general d'aquests centres, serveis i establiments".

Tots els centres de nova creació hauran de tenir en compte aquesta normativa i hauran de tramitar l'autorització com a centre sanitari. Estem estudiant en qui-

na situació es trobaran els centres i les consultes que ja estan en funcionament actualment i que no disposen d'aquesta autorització.

AUTORITZACIÓ I REGISTRE DE CENTRES I/O SERVEIS SANITARIS

Aquesta autorització és necessària en les situacions següents:

- Creació i/o modificació d'un centre o servei sanitari
- Trasllat d'un centre o servei sanitari
- Tancament d'un centre o servei sanitari

Cal tenir present que la creació, la modificació, l'ampliació i el trasllat de centre o serveis sanitaris, quan impliquin realització d'obra nova o alteracions substancials en la seva estructura o instal·lacions, estan subjectes al tràmit d'obtenció de l'autorització administrativa prèvia.

Documentació necessària per tramitar l'autorització

Creació i/o modificació d'un centre o servei sanitari

• Autorització de funcionament
S'ha de portar la documentació **general**, la documentació **tècnica d'arquitectura, enginyeria i seguretat** i la documentació **funcional**.

• Autorització prèvia
S'ha de portar la documentació **general** i la documentació **tècnica d'arquitectura, enginyeria i seguretat**.

Un cop acabada l'obra, s'ha de sol·licitar l'obertura i el funcionament del centre i

aportar la documentació **funcional**. Si durant el procés constructiu hi hagués hagut variacions substancials respecte del projecte autoritzat, s'haurà de portar un projecte nou que les reculli.

En cas de crear un nou centre, és necessari primer sol·licitar l'autorització prèvia i en acabar les obres, sol·licitar l'autorització de funcionament.

Documentació general

- Instància de **sol·licitud**.
- Document acreditatiu de la **condició del sol·licitant**, com a representant del centre.
 - En el cas d'una persona física, còpia del DNI.
 - En el cas d'una persona jurídica, còpia autenticada de l'escriptura de constitució i dels estatuts de l'entitat corresponent, i els poders del representant.
- Comprovant del pagament de les **taxes** corresponents.
- Documentació acreditativa de la propietat o del títol que habiliti per a la **posseïó de l'immoble** on s'hagi d'ubicar el centre o servei sanitari:
 - fotocòpia compulsada de l'escriptura de compra, o
 - còpia compulsada del contracte de lloguer, o
 - document acreditatiu de la disponibilitat dels espais emprats.
- Memòria funcional que descrigui la previsió d'activitat i de la plantilla.

Documentació tècnica d'arquitectura, enginyeria i seguretat

Projecte bàsic complet, en què tota la documentació, tant l'escripta (memòria tècnica) com la gràfica (plànols), ha d'anar signada per un tècnic competent (arquitecte, arquitecte tècnic, enginyer o enginyer tècnic) i visada pel col·legi professional o òrgan competent que correspongui; que consti de:

Memòria tècnica

Ha de justificar expressament el compliment de la normativa vigent que afecti el centre en matèria de construcció, instal·lacions i seguretat, i ha de fer esment especial del compliment de:

- Decret 135/95 de promoció de l'accessibilitat i de supressió de les barreres arquitectòniques. **Observació: quan el local té una superfície útil igual o**

menor de 100m2 i només hi treballin logopedes, com a màxim 2, no està obligat a complir el Decret 135/95.

- Document bàsic de seguretat en cas d'incendis (DB SI) del Codi tècnic de l'edificació.
- Reglament electrotècnic de baixa tensió i les seves instruccions complementàries.

Especificarà totes les instal·lacions de què disposarà el centre.

Documentació gràfica

La documentació gràfica serà com a mínim:

- **Situació.** Plànol de situació del centre.
- **Distribució i mobiliari.** Plantes de distribució on s'indiquin totes les dependències del centre, servei o establiment que s'ha d'autoritzar, amb els diversos usos i el mobiliari corresponent. També, s'indicaran les condicions d'accessibilitat des de la via pública (existència de graons, rampes, ascensor, etc.) així com les obertures a l'espai exterior. S'indicarà l'escala gràfica.
- **Instal·lacions.** Plantes d'instal·lacions d'aigua, electricitat, enllumenat normal i d'emergència, ventilacions forçades en dependències interiors, climatització, contra incendis, gasos medicinals, etc. Aquestes plantes detallaran completament la distribució, la localització i el tipus d'instal·lacions del centre.

Documentació funcional

- **Tipologia i finalitat** assistencial del centre. Especialitats mèdiques que s'hi atenen.
- **Organigrama funcional.** Identificació dels responsables mèdics, administratius i d'infermeria, i aportació de la seva acceptació per escrit.
- Còpia dels **títols del personal sanitari** (metges, ATS/DUI, especialistes, etc.).
- Còpia dels **contractes o vincles professionals** entre el centre i aquest personal, amb inclusió dels seus horaris de dedicació.
- Indicació de l'**horari general** d'actuació del centre/servei i la composició de torns de personal (si escau).
- Declaració signada de la persona responsable del centre, servei o establiment sanitari de l'existència d'un sistema de **gestió de reclamacions**, que ha d'estar a disposició de l'autoritat sanitària (cal indicar quin sistema).
- Declaració signada de la persona responsable del centre o del servei sanitari en què manifesti que es disposa de **protocols escrits** relatius a esterilització, neteja, bugaderia, i cobertura de pos-

sibles urgències que es puguin produir, inclosa l'atenció en el centre mateix i la derivació possible de pacients, segons l'oferta assistencial.

- Declaració signada de la persona responsable del centre o del servei sanitari conforme que la **documentació clínica** emprada i el sistema d'arxiu s'ajusten a la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació sobre la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.
- Declaració signada de la persona responsable del centre sanitari o servei en què es faci constar el compliment de la normativa vigent en matèria de **gestió de residus sanitaris** segons l'oferta assistencial.

-Còpia del contracte amb l'empresa responsable de la recollida.

-Diligència del llibre de registre de la recollida dels residus, facilitat per la Direcció General de Salut Pública.

- **Inventari d'utillatge** sanitari per a l'adequat desenvolupament de les tasques pròpies del centre, servei o establiment sanitari.

• **Documentació relativa als requisits específics** d'acord amb el tipus d'activitat del centre (vegeu unitats assistencials o carter de serveis). Aquest apartat fa referència als requisits específics mínims que un centre de Logopèdia ha de reunir per poder sol·licitar-ne l'autorització d'obertura i funcionament. Els requisits específics mínims han estat elaborats per la Vocalia i la Comissió de Salut i Direcció Tècnica, i aprovats per la Junta de Govern del CLC*.

Trasllat d'un centre o servei sanitari

S'ha de portar la documentació **general** i la documentació **tècnica d'arquitectura, enginyeria i seguretat**.

Tancament d'un centre o servei sanitari

S'ha de portar la documentació **general** i un **informe** escrit on s'expressin les **raons que duen a la desaparició del centre** o servei aportant un calendari proposta per dur a terme el procés. S'ha d'informar de la destinació de les històries clíniques i el nom de la persona responsable de la custòdia. Si hi ha aparells emissors de radiacions ionitzants el Servei de Coordinació d'Activitats Radioactives n'ha d'acreditar el desmantellament.

Si voleu fer el tràmit d'autorització trobareu tota la documentació necessària a:

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1931/sar002.htm>

• **La documentació s'ha d'adreçar a:**
Departament de Salut
Direcció General de Recursos Sanitaris
Travessera de les Corts, 131-159.
Pavelló Ave Maria
08028 Barcelona

• **Lloc de presentació de la sol·licitud:**
- Oficines de registre de la Generalitat de Catalunya (per trobar la més propera buscar en l'adreça web <http://www10.gencat.cat/sac/AppJava/registre.jsp>).

- Oficines de correus.

CONSULTES LOGOPÈDIQUES Requisits específics mínims

1) Professional logopèdic: acreditació de col·legiació

2) Espai físic

- àrea de recepció – espera
- àrea d'atenció – tractament (mínim 8 m²)
- lavabo

3) Utillatge mínim general:

- taula i cadires
- tauleta i cadires petites si es treballa amb nens menors de 6 anys
- mirall de paret
- mirall de taula o individual
- material didàctic (jocs, fitxes de treball, fons bibliogràfic, contes, ...)
- material fungible

Utillatge específic:

Recomanem comptar amb:

- material d'exploració i de rehabilitació específic per treballar amb les diferents patologies a les que es dediqui cada professional. El CLC assessorarà als professionals que ho necessiten en relació amb aquest punt.
- ordinador i impressora.

4) Fitxes:

- Administratives: dades de filiació del pacient i dels pares si es tracta d'un menor d'edat,
- Fitxes d'autorització:
 - Autorització d'intercanvi d'informació amb altres professionals per a finalitats terapèutiques
 - Autorització d'enregistrament d'imatge i veu per a finalitats terapèutiques / pedagògiques
 - Autorització d'intercanvi d'informació amb els professors per a finalitats terapèutiques
- Anamnesi o història clínica
- Fitxes d'exploració (Protocols d'avaluació per patologies: treball en curs)

5) Observacions:

- La disfàgia, donat el risc que comporta, cal avaluar-la i treballar-la en centres sanitaris on hi hagi material i personal qualificat per atendre qualsevol situació d'urgència.

Des de la Direcció General de Recursos Sanitaris s'està treballant en una simplificació dels tràmits d'autorització pels centres de menys de 100m2 i en els que hi treballi només un professional sanitari. Ja us anirem informant de la nova tramitació en quant tinguem notícies.

La Formació Continuada del CLC aposta sempre per la qualitat

És una realitat indiscutible que cada vegada més els logopedes rebem pacients amb alteracions complexes i seqüeles de malalties o traumatismes que comprometen el procés d'alimentació i de comunicació. Avui dia no és estrany rebre, per exemple, derivacions de pacients amb disfuncions de l'articulació temporo-mandibular (ATM), reseccions musculars per tumors o per cirurgia ortognàtica, etc., que impedeixen portar a terme amb normalitat les funcions del sistema estomatognàtic.

Indubtablement necessitem aprofundir la nostra formació específica sobre aquestes patologies. Per això, des de la Comissió de Formació Continuada del CLC, varem organitzar dos cursos molt interessants, sobre patologies amb les quals no estem acostumats a treballar:

- **Avaluació i rehabilitació logopèdica en les Disfuncions de l'Articulació Temporo-mandibular (ATM)**
- **Avaluació i rehabilitació logopèdica en traumatismes facials i en casos quirúrgics**

Aquests cursos van ser impartits durant el mes de març d'enguany per Esther Bianchini, fonoaudiòloga del Brasil, especialista en Motricitat Orofacial i doctora en Ciències.

Com a Col·legi vam fer un esforç econòmic per portar-la des de São Paulo, però estàvem convençuts que aquesta seria una bona oportunitat per enriquir els nostres coneixements sobre aquests temes. Estàvem segurs que aquesta era una ocasió que els col·legiats no podien deixar passar, perquè Esther Bianchini té molta experiència clínica en aquestes patologies i, a més a més, és autora de nombrosos articles i llibres sobre l'especialitat.

Vam comptar amb una assistència ben nombrosa, ja que, encara que el nostre col·lectiu era majoria, no solament s'hi van apuntar logopedes, sinó que també hi va haver d'altres professionals sanitaris: fisioterapeuta, foniatre, metge rehabilitador...

Aquests cursos es van fer només a Barcelona i un (el d'ATM) també es va fer a Màlaga, organitzat pel Col·legi de Logopedes d'Andalusia.

El contingut va ser d'un nivell molt alt i els participants varen rebre tot el material del curs, una part en paper i una gran part en un CD. L'Esther va lliurar molta bibliografia perquè qui ho volgués hi pogués aprofundir encara més.

Us transcrivim alguns dels comentaris que els assistents van posar en els qüestionaris de valoració dels cursos:

- Moltes felicitats a l'Esther, que en sap moltíssim! Enhorabona!
- Pràcticament sense dificultats degudes al idioma.
- Ha faltat explicar més l'anatomia i fisiologia de la musculatura.
- Marc teòric: massa informació en poc temps. Marc pràctic: trobo que ha faltat pràctica.

- Estaria bé que el curs fos més llarg (1 o 2 dies més) per poder-hi aprofundir i poder entendre millor la part anatòmica i fisiològica.

- És fantàstic que hagin facilitat el material amb CD, d'aquesta manera resulta més fàcil el seguiment de les explicacions.

- Ha sido muy interesante porque la docente tiene muchos conocimientos y experiencia, pero la cirugía ortognática no es muy frecuente en Catalunya. Esperaba más casos quirúrgicos en pacientes oncológicos, con IQ de mandíbula, lengua, paladar, etc.

- És molt difícil combinar formació i vida laboral quan els cursos són enmig de la setmana. Entenc, però, que la docent venia de molt lluny. M'agradaria que es tornés a repetir el curs d'ATM, ja que m'ha estat impossible d'assistir-hi i hi estic molt interessada.

- Excel·lent pedagogia!

Com succeeix amb freqüència, hi va faltar temps i molts assistents van demanar més hores per rebre'n més informació teòrica i sobretot, per fer-ne més treball pràctic. Ha quedat palès que hem d'aprofundir en la formació, sobretot en aspectes anatòmics i fisiològics, si volem avançar en temes com aquests, tan complexos.

Esperem comptar amb Esther Bianchini en més oportunitats!

El CLC va demanar l'acreditació d'aquests dos cursos al Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries, òrgan adscrit al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. (Vegeu l'article de la pàg 44)

El curs "Avaluació i rehabilitació logopèdica en les disfuncions de l'ATM" va ser acreditat amb 3,3 crèdits, i el curs "Avaluació i rehabilitació logopèdica en traumatismes facials i en casos quirúrgics" va ser acreditat amb 3,1 crèdits.

Durant els mesos de juliol i de setembre comptarem, una vegada més, amb la valuosa participació de M. Fernanda Lara, fonoaudiòloga, professora del Departament de la Comunicació Humana i els seus Desordres a la Universitat Nacional de Colòmbia i candidata a doctora en Ciència Cognitiva i Llenguatge. Podeu veure'n la informació a l'agenda de FC del CLC (pàg 50).

Per als cursos de la M. Fernanda, així com per a tots els cursos de FC que es facin d'ara endavant en el CLC, també es demanarà l'acreditació respectiva.



Per a més informació: Virginia Caulavier

info@mirelo.net

www.mirelo.net



Benvolgut/da col·legiat/da,

Tenim el plaer d'informar-te que, per ser col·legiat del Col·legi de Logopedes de Catalunya, tens dret a un 10% de descompte en els productes de l'empresa MIRELO, que desenvolupa moderns programes per a la rehabilitació logopèdica amb els que es treballen diferents àrees i competències (discriminació auditiva, atenció, lectura...).

Tots ells són originals (no són traduccions) i han estat concebuts per logopedes a partir dels seus coneixements i experiència. Alguns d'ells són projectes guanyadors de la Beca Guixà atorgada pel Col·legi de Logopedes de Catalunya.

La seva filosofia de sèrie consta d'una base de dades comuna (GESTIÓ D'USUARIS) que facilita el manteniment de la història clínica de cada pacient i la possibilitat d'efectuar estadístiques d'evolució a partir de resultats objectius.

Tots els programes estan disponibles en castellà i català.

Alguns programes permeten confeccionar materials impresos (FITXES) per a la rehabilitació, de forma pràcticament il·limitada, evitant així la contínua recerca de materials impresos que no sempre s'ajusten als nostres objectius, amb el conseqüent estalvi econòmic.

El codi per poder beneficiar-te d'aquest descompte és: clc001



Apreciado/a colegiado/da,

Tenemos el placer de informarte que por ser colegiado del Col·legi de Logopedes de Catalunya, tienes derecho a un 10% de descuento en los productos de la empresa MIRELO, que desarrolla modernos programas para la rehabilitación logopédica con los que trabajar diferentes áreas y competencias (discriminación auditiva, atención, lectura...).

Todos ellos son originales (no son traducciones) y han sido concebidos por logopedas a partir de sus conocimientos y experiencia. Varios de ellos son proyectos ganadores de la Beca Guixà otorgada por el Col·legi de Logopedes de Catalunya.

Su filosofía de serie consta de una base de datos común (GESTIÓN DE USUARIOS) que facilita el mantenimiento de la historia clínica de cada paciente y la posibilidad de efectuar estadísticas de evolución a partir de resultados objetivos.

Todos los programas están disponibles en castellano y catalán.

Algunos programas permiten confeccionar materiales impresos (FICHAS) para la rehabilitación, de forma prácticamente ilimitada, evitando así la continua búsqueda de materiales impresos que no siempre se ajustan a nuestros objetivos, con el consiguiente ahorro económico que ello supone.

El código para poder beneficiarte de este descuento es: clc001

Para más información: Virginia Caulavier

info@mirelo.net

www.mirelo.net

Apunts sobre el tractament de l'IVA en les prestacions de serveis de logopèdia en l'àmbit sanitari

Rosa M. Esqué Assessora fiscal del CLC

Com a premissa inicial cal dir que segons la Llei 37/1992, de 28 de desembre, de l'IVA, l'article 4 apartat 1 estableix que "están sujetas las prestaciones de servicios realizadas en el ámbito espacial del Impuesto por profesionales a título oneroso, con carácter habitual u ocasional, en el desarrollo de su actividad profesional".

A l'article 20, apartat 1 número 3 declara que estarà exempta "La asistencia a personas físicas por profesionales médicos o sanitarios, cualquiera que sea la persona destinataria de dichos servicios. A efectos de este impuesto tendrán la condición de profesionales médicos o sanitarios los considerados como tales en el Ordenamiento jurídico y los psicólogos, logopedas y ópticos, diplomados en centros oficiales o reconocidos por la Administración. La exención comprende las prestaciones de asistencia médica, quirúrgica y sanitaria, relativas al diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades, incluso las de análisis clínicos y exploraciones radiológicas".

Ara bé, segons la jurisprudència del Tribunal de Justícia de la UE que ha tractat aquesta exempció, declara que les exempcions previstes a la llei s'han d'interpretar estrictament, de manera que no se n'eximeixi a la totalitat dels serveis que poden prestar-se en l'exercici de les professions mèdiques i sanitàries, sinó únicament l'assistència a persones físiques. De manera que aquesta assistència a persones físiques ha de tenir una finalitat terapèutica, de diagnòsi, prevenció i tractament de malalties, és a dir, protegir, mantenir i restablir la salut de les persones. També es podria incloure com a finalitat la reducció del cost d'una futura assistència mèdica.

Es consideren serveis de:

Diagnòsi: "los prestados con el fin de determinar la calificación o el carácter peculiar de una enfermedad o, en su caso, la ausencia de la misma".

Prevenció: "los prestados anticipadamente para evitar enfermedades o el riesgo de las mismas".

Tractament: "los servicios prestados para curar enfermedades".

Per tant, perquè sigui d'aplicació l'exempció de l'article 20.1.3 cal que concorrin dues condicions:

a) De caràcter subjectiu, de manera que el personal que presta aquest servei sigui professional mèdic o sanitari, en els quals s'inclou expressament els logopedes.

b) De caràcter objectiu, que fa referència a la naturalesa del servei prestat, el qual ha de ser un servei d'assistència a persones físiques que consisteixin en prestacions d'assistència mèdica, quirúrgica o sanitària relatives a la diagnòsi, prevenció o tractament de malalties.

Dit això, analitzant el perfil del logopeda dins l'àmbit sanitari ens trobem que el logopeda compleix el requisit subjectiu. És a dir, segons la Llei 44/2003, de 21 de novembre, es defineix el logopeda com un professional sanitari de nivell diplomada, el qual "desenvolupa activitats de prevenció, avaluació i recuperació dels trastorns de l'audició, la fonació i el llenguatge, mitjançant tècniques terapèutiques pròpies de la seva disciplina".

Respecte al segon requisit d'àmbit objectiu als efectes d'aplicació de l'exempció de l'IVA en les prestacions de serveis de logopèdia en l'àmbit sanitari caldrà desgranar les diferents funcions o competències dins els serveis de diagnòsi, prevenció i tractament.

Prevenció: Les tasques del logopeda orientades a la prevenció de malalties i les malalties de persones físiques estarien exemptes de l'impost sobre el valor afegit.

Diagnòsi logopèdica: Quan la finalitat de la diagnòsi dirigida a una persona física concreta és terapèutica i vetlla per la seva salut, la prestació n'està exempta. Pel contrari quan la diagnòsi logopèdica que emet (tipus dictamen, avaluació) no té com a finalitat la millora de la salut d'una persona física, llavors la prestació del servei hi està subjecta i no exempta.

Tractament: Diferenciem dos tipus de tractament, el directe i l'indirecte. En el cas de tractament directe dirigit a una persona en concret, és una prestació exempta.

En el cas de tractament indirecte, si té caràcter terapèutic per tractar-se d'una persona en concret, és operació exempta. Si el tractament indirecte es tracta d'assessorament, estudi, informes de manera global o general sense versar en una persona física en concret per vetllar per la seva salut, llavors la prestació del servei hi està subjecta i no exempta.

Finalment, segons l'article 79 de la Llei de l'IVA, en el cas que una mateixa operació amb preu únic inclogui prestacions de serveis de diferent naturalesa (alguns subjectes a l'IVA i d'altres exemptos) la base imposable de cadascun d'ells es determinarà en proporció al valor de mercat dels serveis prestats.

Fins aquí, hem volgut fer cinc cèntims del tractament fiscal de l'impost sobre el valor afegit en l'àmbit professional dels logopedes. En el cas de tenir dubtes de la seva aplicació en la pràctica, no dubteu a adreçar-vos al CLC.

La racionalització dels terminis de conservació de la història clínica dels pacients en logopèdia

Francesc Vila Advocat del CLC

En la revista “LOGOPÈDIA” número 14 de gener de 2008 ja us vàrem parlar sobre l'obligació que tenen els centres sanitaris i els professionals logopedes que exerceixen la professió a títol individual, com a professionals sanitaris, de conservar els historials clínics dels pacients durant uns terminis concrets fixats d'acord amb el que disposen la Llei estatal 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i la Llei catalana 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica.

Tanmateix, a causa de la inoperància dels terminis fixats que obligaven a la conservació indefinida dels historials clínics, i per tant, la falta d'ús real de conservació de les històries clíniques, el passat dia 10 de juny de 2010 es va publicar al DOGC la “Llei 16/2010, de 3 de juny, de modificació de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica” que modifica substancialment l'article 12 de la Llei 21/2000 relatiu a la conservació de la història clínica per donar resposta als problemes sorgits amb l'anterior redacció de l'article 12.

1,- El concepte d'història clínica

D'acord amb el que estableix l'article 11 de la Llei 21/2000, la història clínica és un instrument que recull el conjunt de documents relatius al procés assistencial de cada malalt, que identifica els professionals assistencials que hi hagin intervingut, i que **té com a finalitat primordial afavorir la millora de la qualitat assistencial en benefici dels pacients.**

En aquest sentit, la història clínica també és una font d'informació imprescindible per donar resposta a qüestions epidemiològiques, de salut pública i de recerca o docència; i en darrer lloc, també té una gran utilitat per dur a terme funcions

d'inspecció, avaluació, acreditació i planificació sanitàries, que són fonamentals en el sistema sanitari.

2,- L'obligació de conservació de la història clínica d'acord amb la normativa vigent abans de l'entrada en vigor de la Llei 16/2010

Abans d'entrar en l'exposició dels canvis introduïts per la Llei 16/2010, vigents des del dia 11 de juny de 2010, és necessari conèixer quina era la regulació prèvia de l'obligació de conservació i custòdia de la història clínica dels pacients en logopèdia.

Concretament, l'article 17.1 de la Llei estatal 41/2002 estableix un període mínim de conservació dels historials clínics de cinc anys a comptar des de la data d'alta de cada procés assistencial. Així mateix, la Llei estatal admet que les comunitats autònomes, en exercici de les seves competències en aquesta matèria, puguin incrementar els terminis de conservació. La Llei catalana 21/2000, de 29 de desembre, tot i ser anterior a la Llei estatal, respectava aquest mínim de cinc anys, ja que establia dos terminis de conservació de l'historial clínic en funció de si la documentació era rellevant o no.

En efecte, l'article 12.2 de la Llei catalana estableix que **la documentació**

rellevant de l'historial clínic s'ha de conservar com a mínim fins a vint anys després de la mort del pacient, entenent com a documentació rellevant, juntament amb les dades d'identificació del pacient, “els fulls de consentiment informat, els informes d'alta, els informes quirúrgics i el registre de part, les dades relatives a l'anestèsia, els informes d'exploracions complementàries i els informes de necròpsia”. D'altra banda, l'apartat primer de l'article 12 estableix que **la documentació que no sigui rellevant** s'haurà de conservar durant un termini de deu anys des de l'última atenció al pacient.

Per tant, aquesta ha estat fins ara l'obligació que teníeu tots els professionals de conservar la història clínica dels vostres pacients.

3,- Els motius pels quals es modifica l'article 12 de la Llei 21/2000

L'obligació legal de conservar la documentació rellevant dels historials clínics fins als 20 anys després de la mort del pacient generava dos grans problemes.

En primer lloc, era molt difícil que els centres i els professionals tinguessin coneixement de la defunció d'un pacient, i més quan aquest feia molt de temps que havia finalitzat el darrer procés

assistencial. **Aquesta situació impedia saber amb exactitud quan s'havia de computar l'inici del termini dels vint anys, i obligava de facto a conservar la informació de forma indefinida en el temps.** Però aquesta situació s'agreujava quan el pacient era un infant, i per tant, l'obligació de conservació del seu historial s'estenia més enllà de la vida professional del logopeda.

I en segon lloc, la conservació indefinida en el temps obligava els centres i els professionals a disposar d'un gran espai per emmagatzemar tota aquesta informació, i/o a fer una gran inversió per digitalitzar les històries clíniques, la qual cosa **impedia que aquell espai o aquelles inversions es destinessin a altres finalitats pròpies de l'activitat professional.**

3.1.- Exemple de l'aplicació de l'article 12 de la Llei 21/2000 vigent abans de la modificació

Aquesta inoperància de la Llei, i el resultat absurd i il·lògic al qual ens conduïa la seva aplicació es pot apreciar clarament en l'exemple següent: imagineu-vos que a la vostra consulta el dia 2 de febrer de 2010 entra un nen de deu anys que té un trastorn del llenguatge, al qual tracteu fins al 15 de maig de 2011 en què finalitza satisfactòriament el tractament.

D'acord amb l'article 12 de la Llei 21/2000, tenint en compte que l'esperança de vida d'una persona és d'uns 80 anys, i que s'han de sumar els vint anys que la Llei obligava a conservar l'expedient després de la seva mort, hauríeu de conservar de forma obligatòria la documentació rellevant de la història clínica fins a l'any 2100 aproximadament. I només podríeu destruir aquella documentació no rellevant a partir del 15 de maig de 2021, deu anys després de l'última atenció al pacient.

4.- Les novetats de la modificació de la Llei 21/2000

Davant de l'absurd al qual portava l'aplicació de la Llei catalana, i amb la finalitat de donar una utilitat real a la conservació dels historials clínics, es va aprovar la "Llei 16/2010, de 3 de juny" que modificava l'article 12 de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, amb l'objectiu de racionalitzar el contingut de l'exigència de conservar la història clínica. Aquesta Llei va entrar en vigor el dia 11 de juny de 2010, i per

tant, des d'aquell moment és plenament aplicable a totes les històries clíniques dels vostres pacients.

4.1.- La responsabilitat de conservació, custòdia i destrucció de la documentació de la història clínica

La nova redacció de l'article 12 "Conservació de la història clínica" estableix de forma clara i consistent que **"la responsabilitat de custodiar la història clínica recau en la direcció dels centres sanitaris, o bé en els professionals sanitaris que duen a terme llur activitat de manera individual"**.

Concretament, aquesta responsabilitat consisteix a "conservar [la història clínica] en les condicions que garanteixin la inalterabilitat, l'autenticitat i la perdurabilitat de la informació assistencial, i també la confidencialitat de les dades i de la informació que contenen"; i per tant, a garantir que pugui ser reproduïda de forma completa en un futur. Però la Llei també atribueix als centres i als professionals la responsabilitat de "destruir correctament la documentació que prèviament s'hagi decidit esporgar", tant si és rellevant o no.

4.2.- La documentació rellevant de la història clínica que s'ha de conservar

La Llei 16/2010 amplia la documentació que s'ha de considerar rellevant a efectes de conservació durant un termini mínim de quinze anys. En efecte, a la llista de documentació fixada per l'anterior article 12.2 de la Llei catalana que hem citat en el capítol 2, s'hi afegeix com a contingut obligatori els "informes d'anatomia patològica".

Així mateix, els nous apartats 7è i 8è de l'article 12 obliguen els centres i els professionals que exerceixin a títol individual la professió de logopeda a conservar a) la documentació que s'estableixi d'acord amb els criteris fixats per la "Comissió Tècnica en matèria de documentació clínica" que d'acord amb la Disposició Final Primera haurà de ser creada dins dels sis mesos des de l'entrada en vigor d'aquesta Llei; així com b) la documentació que sigui rellevant a efectes assistencials, epidemiològics, de recerca o d'organització i funcionament del Sistema Nacional de Salut. En el tractament d'aquesta documentació s'ha de respectar la normativa en matèria de protecció de dades.

En qualsevol cas, la nova Llei incentiva la informatització i digitalització de la història clínica per tal d'aconseguir en el termini de quatre anys, tal i com estableix la Disposició Addicional, una història clínica compartida a la qual puguin accedir tots els professionals del sistema sanitari català, així com cada pacient en relació amb la seva documentació mèdica personal.

4.3.- Els terminis de conservació es computen des de la data d'alta del pacient en cada procés assistencial

Una de les novetats més importants d'aquesta modificació legislativa rau en la racionalització dels terminis de conservació de la història clínica mitjançant l'establiment de la data d'alta del pacient en cada un dels processos assistencials com a moment d'inici del còmput del termini de conservació.

En efecte, el nou article 12.4 fixa el termini de conservació de la documentació rellevant de la història clínica en **quinze anys a comptar des de la data d'alta de cada procés assistencial**, deixant enrere el còmput dels vint anys des de la data de defunció del pacient que obligava una conservació de la història clínica desproporcionada i irracional.

En el mateix sentit, el nou apartat 6è de l'article 12 preveu que la documentació que integra la història clínica que no s'hagi inclòs expressament com a rellevant en l'apartat 4 de l'article 12, **"es podrà destruir un cop hagin transcorregut cinc anys des de la data d'alta de cada procés assistencial"**. Per tant, l'obligació de conservació en aquest cas és de cinc anys des de la data d'alta del procés assistencial.

4.4.- L'obligació de conservar la història clínica després del tancament dels centres i/o després de finalitzar l'activitat

L'apartat 10è de l'article 12 estableix l'obligatorietat de la conservació de la història clínica, fins i tot després del tancament de centres i serveis sanitaris, o del cessament definitiu d'activitats professionals sanitàries a títol individual, per garantir l'accés als citats historials per part dels mateixos pacients i d'altres professionals, en benefici de l'assistència mèdica i dels drets dels pacients.

Per tal de facilitar la comprensió d'aquestes modificacions en relació amb la nor-

	Antiga redacció de l'article 12 de la Llei 21/2000	Normativa vigent a partir de l'11 de juny de 2010
Responsabilitat	Els centres sanitaris han d'emmagatzemar les històries clíniques en instal·lacions que en garanteixin la seguretat, la conservació correcta i la recuperació de la informació	La responsabilitat de custodiar, conservar i destruir la història clínica recau en la direcció dels centres sanitaris, o bé en els professionals sanitaris que duen a terme llur activitat de manera individual
Dades rellevants de la història clínica	Les dades d'identificació de cada pacient; els fulls de consentiment informat, els informes d'alta, els informes quirúrgics, el registre de part, les dades relatives a l'anestèsia, els informes d'exploracions complementàries, els informes de necròpsia	Les dades d'identificació de cada pacient; els fulls de consentiment informat, els informes d'alta, els informes quirúrgics, el registre de part, les dades relatives a l'anestèsia, els informes d'exploracions complementàries, els informes de necròpsia, i els informes d'anatomia patològica
Termini de conservació documentació no rellevant	20 anys	15 anys
Còmput del termini	A comptar des de la mort del pacient	A comptar des de la data d'alta de cada procés assistencial
Termini de conservació documentació no rellevant	10 anys	5 anys
Còmput del termini	Des de l'última atenció al pacient	Des de la data d'alta de cada procés assistencial
Conservació documentació rellevant a efectes preventius, assistencials i epidemiològics	S'ha de conservar durant tot el temps que calgui a criteri del facultatiu	La Comissió Tècnica en matèria de documentació clínica establirà els criteris de conservació d'aquesta documentació; i serà la direcció del centre o el facultatiu qui en decidirà la conservació
Conservació després del tancament del centre o finalització de l'activitat		Malgrat el tancament de centres i serveis sanitaris, o el cessament definitiu de l'activitat professionals, s'ha de garantir el manteniment de l'accés legalment reconegut a les històries clíniques

mativa vigent abans de l'entrada en vigor de la Llei 16/2010, s'adjunta la següent taula comparativa dels dos règims.

5,- Conclusió

Recuperant l'exemple del nen de deu anys de l'apartat 3.1, amb la modificació legislativa, avui el professional logopeda només haurà de conservar la documentació rellevant de la història clínica d'aquest pacient com a mínim fins al dia 2 de febrer de 2025 (en comptes de fins a l'any 2100), i haurà de conservar

la documentació no rellevant fins al 2 de febrer de 2015 (en comptes de fins al dia 15 de maig de 2021).

Per tant, la Llei 16/2010, de 3 de juny introdueix canvis substancials a la regulació de la conservació de l'historial clínic dels vostres pacients, que faciliten la conservació de la història clínica, potenciant-ne la informatització i digitalització, i donant un ús més racional i útil a tota aquesta documentació mitjançant la constitució de la història clínica compartida, en benefici del mateix pacient i de la col·lectivitat.

Amb tot, caldrà esperar l'aprovació d'un Reglament que d'acord amb aquesta Llei, s'haurà de redactar en el termini d'uns anys des de l'entrada en vigor de la Llei 16/2010, i que haurà de regular les mesures que garanteixin la custòdia i la conservació correcta de la documentació clínica, i l'accés legalment reconegut dels pacients a la història clínica en els casos de tancament de centres i de finalització d'activitats professionals.

Barcelona, 12 de juliol de 2010

Fe d'errates a la Revista 18

En l'anterior Revista, a la secció d'Experiències Professionals, pàgina 18, calia esmentar els autors del Protocol d'Exploració Interdisciplinari Orofacial per a nens i adolescents (dirigit a logopedes, odontòlegs, otorinolaringòlegs i pediatres) que són: Elsa Botini, Alberto Carrasco, Jordi Coromina, Graciela Donato, Pablo Echarri, Diana Grandi, Lida Lapitz i Emma Vila.

e-logopèdia (XIX)

Andreu Sauca i Balart, col·legiat núm. 101

Software per a Logopèdia i Logopèdia orientada a l'evidència

Fem un alto en la planificació d'articles per comentar unes notícies i una actualitat que mereixen la nostra atenció.

Com molts ja sabeu, una part de la meua activitat com a logopeda és la de dissenyar software per a la nostra professió. Vaig començar aquesta dedicació l'any 1999, amb el portal Logopedia.net, i temps després he pogut veure les meves idees concretades en una forma gràcies a MIRELO.

Des d'un bon principi volia que els resultats de qualsevol exercici que es fes quedessin desats. També volia un sistema de programació que no depengués en excés de les característiques de l'ordinador ni del sistema operatiu.

Per què? Aquestes dues necessitats són el principal problema de les eines informàtiques de què disposem avui dia. Darreument estem assistint a un accelerament molt notable de l'evolució tecnològica. En pocs anys hem vist ja tres sistemes operatius de Microsoft i altres tantes suites d'Office. Molts ens hem trobat amb in comptables problemes per fer servir tal o tal programari que teníem en XP i que no hi havia manera de fer servir en Vista, ni amb el mode de compatibilitat. Windows 7 soluciona algunes coses però tampoc és el que desitjaríem, i la solució que proposen d'incorporar un entorn XP dins del W7, sols és aplicable a les edicions Professionals del Sistema Operatiu (Professional i Ultimate) i, per tant, més cares.

Encara veiem software per a logopèdia, moltes vegades de gran qualitat i amb molta feina de concepció i construcció, però antic. I aquest "però" no és, malauradament, una objecció al contingut i, per tant, a la seva utilitat, sinó simplement a les seves característiques tècniques.

Un exemple que segur que ens serà proper:

Trobem uns programes dels quals ens han parlat molt bé o dels quals n'hem tingut notícia a les classes de TIC a la Facultat, o que són molt citats a la bibliografia. En cerquem un i ens costa molt de trobar. Ja no es ven. A través d'algun amic que domina els misteris de la informàtica aconseguim una descàrrega gratis de l'E-mule, Ares, etc. Si al contrari, hem aconseguit una versió comercial que algú ens ha venut, a l'obrir la caixa ens trobem amb sorpreses: No hi ha el logo de Windows XP, ni Vista ni W7, perquè ha estat dissenyat per Windows 3.1x o 98 i no han tingut renovacions, adaptacions ni millores posteriors que els facin compatibles amb Vista o Windows 7 (problema 1). Quan busquem el CD d'instal·lació trobem en el seu lloc una pila de disquets (problema 2), i com ara molts ordinadors i gairebé la totalitat de portàtils ja no tenen aquesta unitat, hem de buscar una de connectable per a USB, i no són fàcils de trobar, o recórrer a un PC de sobretaula antic que la tingui i que ens

permeti fer un CD. Quan finalment ho solucionem i aconseguim copiar-lo en un CD, provem, sense èxit d'instal·lar-lo (problema 3). Si el programari és prou interessant i el volem fer servir, com sol passar, no ens queda més remei que comprar un PC obsolet (baratet) amb Windows 3.1x, 98 o 2000, ja que com no dominem la informàtica, muntar un PC amb "discos virtuals" i diferents SO (sistemes operatius) és una cosa que crec que mai farem.

Què vull dir amb tot això? Senzill, que no anem cap endavant sinó al revés. Molts programaris, per a logopèdia, bons i vàlids s'han quedat tècnicament obsolets i necessitem mantenir ordinadors també obsolets i voluminosos per poder fer-los servir o, resignar-nos a deixar-los dins d'un calaix (no els llencem per algun obscur sentiment d'afecte o una vana esperança que torni a funcionar).

Fa pocs dies llegia a Internet un document resum de les TIC per a Logopèdia. Es tractava d'un escrit base per a l'assignatura que s'imparteix en una universitat espanyola sobre el tema. Bona part dels programaris que en aquesta assignatura s'ensenyen com a representants del panorama TIC logopèdic actual ja no funcionen en els ordinadors nous.

I una cosa hem de tenir en compte: la Logopèdia actual s'ha d'encaminar cap a l'objectiu de l'evidència, que és comú a totes les disciplines sanitàries. Necessi-

RACÓ DEL PROGRAMARI

TRUC SEL·LECCIONAT

Imprimir sense impressora

Molts de nosaltres ja anem d'una consulta a una altra amb el nostre portàtil o netbook, però no sempre tenim a mà una impressora. Per poder imprimir qualsevol cosa en aquesta situació tenim una eina que ens generarà un document PDF que podrem desar i posteriorment, si ho desitgem, imprimir-lo a casa. Moltes vegades veurem que havent-lo desat ja no ens caldrà imprimir-lo, opció més "ecològica i econòmica". Aquesta eina és, a més a més, gratuïta. Es tracta de l'aplicació lliure "PDF Creator". La podeu descarregar de la web: <http://www.pdfforge.org/>

Una vegada instal·lada us haurà creat una impressora nova. Quan imprimeu sols heu de seleccionar aquesta impressora (PDF Creator).

Revistes electròniques: <http://www.logopediamail.com>

WEBS DE COL·LEGIATS:

Si teniu web personal i voleu comunicar-lo a la resta de col·legiats en aquest espai, envieu un e-mail al CLC, indicant el vostre nom, núm. de col·legiat/ada i la URL de la vostra web. El CLC no es fa responsable del noacompliment de la LSSI en aquests Webs.

tem, doncs, rigor i objectivitat. Les eines informàtiques, entre altres avantatges, ens haurien d'ajudar en aquest camí cap a l'evidència.

Una altra mancança actual que també pot ser resolta amb l'ajut de la informàtica és l'obtenció de proves baremades. Recentment, per exemple, MIRELO ha tret al mercat un nou programari. Es tracta del clàssic Loto Fonètic amb una automatització de l'obtenció dels resultats en l'exploració que es mostren gràficament i en format text i que es desen per poder comparar-los al cap d'un temps. També té un mòdul per complementar el tractament sense interferir en futurs resets amb el programa. Més enllà de l'avantatge que això suposa en temps per al logopeda, és evident que les dades que tenim són exhaustives. Què es podria fer amb aquest software? Doncs convertir-lo en una eina baremada de les quals precisament no en tenim gaires. Si administrem la prova a un nombre significatiu de subjectes de diferents edats i fem l'anàlisi estadística escaient, n'obtidrem dos guanys. El primer, el coneixement de la realitat actual pel que fa als objectius del programari i la nostra població, no sols en aquelles poques llengües autonòmiques per a les quals ja hi ha estudis (Bosch, Serra, Aguilar, Llach,...) sinó també per a les altres així com per a poblacions específiques que, juntament amb la immigració comparteixen territori i llengua (aquesta amb variants pròpies). El segon, l'estandardització d'uns barems

que facin dels resultats obtinguts amb qualsevol pacient no només un conjunt de dades objectives sinó també que siguin comparativament vàlides per a tota la comunitat logopèdica. Llavors podrem parlar també d'evidència.

És necessari, doncs, un esforç de tots per construir nous programaris, amb tecnologies de programació que els independitzin de la plataforma (sistema operatiu i tecnologia de l'ordinador), i també per crear proves baremades a partir, per exemple de programaris ja existents. Els nous graus de Logopèdia tenen aquí moltes possibilitats si tenen en compte les necessitats reals del sector a l'hora de planificar les seves línies d'investigació, entre les quals hi seran els doctorats.

El Col·legi de Logopedes de Catalunya ja ha donat un pas molt important per a tots amb un acord amb MIRELO respecte a la informatització de Beques Guixà. De ben segur que en un temps tindrem un conjunt d'eines útils i de qualitat gràcies a aquesta iniciativa.

També l'Escola de Patologia del Llençatge de l'Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau ha donat un pas pioner, molt recentment, en el camí de les noves tecnologies cap a la telelogopèdia.

Catalunya esdevé un cop més capdavantera en la nostra professió, però hi calen l'ajut i les energies de tots.

La importància de conèixer les nostres possibilitats i reconèixer les nostres limitacions en l'exercici professional

Diana Grandi

Sotsdegana i directora tècnica del CLC

Al Col·legi rebem cada vegada més consultes dels usuaris i també, lògicament, dels professionals col·legiats. I ens sembla molt bé - i així ha de ser - que tant uns com els altres tinguin el CLC com a referent per a resoldre dubtes, inquietuds, necessitats...

En aquesta ocasió volem fer referència a un tema que, a partir de diferents consultes de logopedes, ens ha fet reflexionar sobre la importància de tenir - com a professionals - coneixement i consciència individual de les pròpies possibilitats i també de les pròpies limitacions en l'exercici de la nostra professió.

Partim de la base que tothom - des del col·legiat amb més anys de treball i d'experiència professional fins al logopeda més jove, pràcticament sense experiència laboral - volem ajudar a millorar el benestar dels nostres pacients, tal i com expressa el Codi d'Ètica Professional (CLC, 2003). Això queda fora de qualsevol dubte!

El mateix codi assenyala també, en els seus principis generals, que "el logopeda ha de conèixer els límits de la seva actuació professional i actuar en conseqüència". En relació amb aquest punt hem pensat que seria bo reflexionar un moment i per això, amb l'objectiu d'afavorir aquesta reflexió, hem volgut demanar a dues professionals de prestigi i amb molta experiència, els seus parers.

És un tema difícil de tractar, però pensem que si volem créixer com a col·lectiu i si volem que la logopèdia tingui el lloc que es mereix com a professió sanitària, entre tots els logopedes hem de treballar la dignificació professional i la Revista pot ser un mitjà útil.

Us transcrivim la conversa que vam mantenir amb Carme Bruno¹ i Teresa Herrero², a qui aprofitem per agrair-los la seva important aportació.

Com vas afrontar, al llarg de la teva carrera professional, els dubtes i mancances amb els que tots, sense excepció, vam sortir dels estudis acadèmics?

Carme Bruno (CB): Els primers reptes els vaig resoldre en equip. Em vaig adonar que molts dels problemes amb què ens trobem els professionals no vénen sempre condicionats per la falta d'informació o per inexperiència sinó que sovint provenen d'altres factors: manca d'intuïció a l'interpretar les intencions o interessos de l'infant o adult, excés d'intervencionisme que sol frenar la iniciativa, no establir complicitat en l'acte comunicatiu, i moltes més circumstàncies determinants de l'èxit, les quals formen part del caràcter intrínsec de la relació interpersonal.

Per tant vaig considerar la possibilitat de connectar amb professionals amb "ofici" i "dedicació" per tal d'assistir a sessions terapèutiques, aprendre'n de les indicacions, les lliçons i els comentaris i anar adquirint competència.

Tere Herrero (TH): Des del punt de vista emocional aquests dubtes d'una banda em causaven una gran i normal inseguretats però, a la vegada, van ser uns dels millors motors per a l'aprenentatge i anaven alimentant la meua curiositat.

Des del punt de vista pràctic, vaig intentar resoldre-ho buscant informació, anant-hi a cursos o a totes les reunions professionals possibles, estudiant molt i, sobretot, contactant amb d'altres professionals, no gaire nombrosos en aquell moment, que em semblava que podrien ajudar-me. La Carme Bruno, per exemple se'n deu recordar. Ens reuníem de dia, de nit, molts festius i sempre que ens era possible. Vam tenir mestres, en el meu cas sobre tot altres metges foniatres, pares de la logopèdia, que sempre estaven disposats a compartir el seu temps i el seu saber amb nosaltres. En vaig aprendre molt.

Com veus la relació entre formació i professió? Hi ha una bona correspondència? Surt preparat, el diplomant en logopèdia, per inserir-se en la vida laboral?

(CB): Actualment, la meua relació amb la professió la porto a terme assessorant casos d'infants amb deficiència auditiva i d'altres, amb dificultats d'articulació; en conseqüència em falten elements de judici per establir un criteri generalitzat de la correspondència real entre la formació vigent i la professió.

No obstant això, pel caràcter dels requeriments que em plantejgen m'he quedat amb la sensació que hi ha certes mancances de coneixement respecte a la planificació i el tractament dels trastorns de producció oral: articulador i miofuncionals.

Val a dir que mai s'està prou preparat pel sol fet de tenir una diplomatura. L'activitat laboral va més lluny. El que cal és la comunicació interprofessional i no perdre contacte amb els formadors.

(TH): És veritat que de la facultat se'n surt amb mancances. És natural. Però, sincerament, si als coneixements acadèmics adquirits s'hi afegeix la prudència i el judici crític, crec que sí que hi ha molts logopedes que surten preparats per a iniciar-se en el món laboral. Això no vol dir que no hagin de continuar formant-se. Tota la vida, diria jo.

Penses que les trobades per compartir experiències professionals sobre diferents casos clínics poden ser una bona eina per a afavorir el creixement com a col·lectiu? Creus que en general els logopedes tenim bona disposició per a presentar un cas als companys i poder compartir-hi els nostres encerts però també els dubtes i per què no, les equivocacions?

(CB): La influència de les trobades amb exposició de casos clínics respecte al creixement dels professionals com a col·lectiu no constitueix una eina totalment fiable. Queda clar que s'intercanvien posicions i es contrasten experiències, però, l'àmbit en què es planteja la situació ofereix poques alternatives de resposta als interessos terapèutics particulars, objectiu prioritari dels seguidors d'aquestes propostes. Només en cas d'un coneixement previ del programa que cal seguir, i unificant la temàtica de conformitat amb els assistents, podria ser un exercici enriquidor i el debat esdevindria estimulador. Sense previsió i unanimitat en el contingut que s'ha de tractar, a la llarga es corre el risc de generar mimetisme en l'elaboració metodològica en detriment de l'aplicació de possibles recursos personalitzats.

Penso sincerament que, en general, els logopedes estem ben disposats a compartir la pràctica del nostre treball diari amb companys de professió i a evidenciar, si cal, la nostra insuficiència.

Hi ha raons perfectes que justifiquen aquesta disponibilitat com la necessitat d'aprofundir en el coneixement, l'afany per assumir noves expectatives, la dèria pel treball ben fet, la gratificació que la feina proporciona i, en resum, la consecució d'objectius.

(TH): Crec que és una bona manera de créixer professionalment però no l'única, i té els riscos de la casuística i de, si no hi ha després un aprofundiment en els temes tractats, quedar-se en la superfície o l'anècdota concreta. Crec que és més útil quan ja fa un temps d'exercici professional. De fet, fa quatre o cinc anys que en un grup obert de metges foniatres i logopedes, ens reunim mensualment per compartir coses i casos. I ens deu ser agradable i útil perquè continuem fent-ho, sense cap estructura ni organització subjacent.

Espero que els logopedes i els altres companys del mateix camp professional sàpiguen compartir encerts i equivocacions perquè se'n treu molt profit de la correcta anàlisi dels errors.

Penses que pot ser efectiu, també, l'assessorament o la supervisió professional a càrrec d'alguna persona més experta en el tema en qüestió? Tens experiència en això? Ho recomanaries?

(CB): Durant la meua trajectòria com a logopeda, sobretot en les primeres èpoques, em comunicava amb professors amb experiència per consultar aspectes d'intervenció poc clars o bé per assegurar la validesa dels procediments que emprava. Aquests períodes van ser decisius per perfeccionar coneixements teòrics, aconseguir un domini de la tècnica cada vegada més pertinent i abandonar les pràctiques obsoletes.

El fet que ara pugui ser capaç de realitzar una supervisió és un dels molts efectes positius heretats de l'assessorament que vaig rebre.

Assessorar, al meu entendre, és un requisit indispensable que s'hauria de portar més enllà de l'etapa dita "de formació". La formació no té fi; sempre queden espais per a explorar i jo no conec una manera més adient per a tirar endavant que recórrer a aquesta pràctica, sigui quina sigui la fórmula que s'adopti per integrar-la.

(TH): Naturalment. Crec que sempre s'ha fet així. Encara que cada vegada pot ser més difícil trobar qui tingui temps per a fer-ho, perquè tots tenim pressa i estem molt ocupats. Tinc moltíssimes experiències de reunions amb professors, amb logopedes, amb equips multi professionals, i, sempre he après tant o més que els meus interlocutors. També he buscat qui en sabés més que jo i freqüentment he trobat disponibilitat i ciència.

Sabem que la Logopèdia inclou moltes àrees, moltes patologies i totes les franges d'edat. És molt difícil, per no dir impossible, tenir un bon coneixement de tot. Encara no comptem amb especialitats "oficials", però potser ara, amb la reforma que ens ha portat la titulació de grau i de postgrau, es pugui concretar aquesta fita. Penses que tenir especialitats seria un bon camí per a evitar que es treballi sobre patologies per a les quals no estem del tot preparats?

(CB): L'especialització com la dedicació a més d'una àrea comporta inconvenients i avantatges. Un especialista per definició tendeix a l'èxit en el seu camp però en aquest camp que li és propi hi conflueixen factors que pertanyen a altres dominis i que també hauria de conèixer per a reeixir.

Un logopeda que accepta casos d'etiologia diversa també per definició tendeix a dispersar-se i no aconsegueix aprofundir al màxim. No obstant això, el seu treball diari li aporta una àmplia informació que l'obliga a investigar i a perfeccionar els seus coneixements més deficitaris.

Per tant, dins el nostre marc d'actuació no veig per què ser o no ser un especialista pugui evitar cap tipus de problema d'incompetència. Ni crec que el fet d'oficialitzar les especialitats resolgui cap qüestió de responsabilitat. Estem parlant d'un factor humà que correspon a l'ètica de cadascú.

(TH): És una discussió que és sobre la taula en tots els àmbits professionals. Generalistes o especialistes? Crec que són necessàries ambdues coses. El camp de la logopèdia i les vocacions individuals són suficientment variades perquè hi puguin coexistir models d'ambdues tendències. El que sí que crec és que, per a especialitzar-se, és necessari un primer temps d'assentament de

1) Pedagoga i logopeda. Professora, durant molts anys, dels estudis de Logopèdia a l'Escola de Patologia del Llenguatge del Hospital de St. Pau i a la UAB. 2) Metgessa foniatra i logopeda. Cap clínic de la Secció de Foniatria i Logopèdia del Servei de Rehabilitació. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

coneixements generals. I em refereixo tant a la professió com als individus. És possible que la logopèdia ja estigui madura per a crear especialitats, però realment és molt jove i, de moment, a mi m'agradaria que fossin els individus, després de conèixer tots els camps, que es decidissin per un tema concret per al qual ja hi ha cursos i postgraus adequats. Més que crear especialitats directament des de la facultat. Sé que això és una opinió molt personal però hi ha molts pacients que tenen problemes en diverses àrees i necessiten logopedes que siguin competents en totes i que els tractin de manera integral. No que sàpiguen molt d'afàsies però molt poc de disfàgies. O que tractin igual la disfèmia post TEL i una disfèmia familiar.

Dins el gran ventall de patologies que atenem, consideres que alguna en concret requereix una formació més acurada que la resta? Quines "especialitats" proposaries?

(CB): Cada patologia manifesta uns símptomes i unes causes que s'evidencien en el diagnòstic. Les síndromes difereixen en la seva naturalesa i en el pronòstic però el tractament s'ha d'aplicar amb idèntica amplitud i rigor. La complexitat patològica pot determinar i dificultar l'evolució del procés, no obstant això, no afecta d'igual manera la metodologia ni els procediments emprats. No hi ha simples metodologies ni procediments fàcils.

A tall d'exemple, l'aptitud del logopeda per descondicionar mals hàbits en un dèficit funcional es pot posar tant a prova com en el cas d'intervenció en un desordre de tipus neurològic.

No incloc la possibilitat d'establir formacions més o menys acurades. El que sí que tindria en compte és la disponibilitat o la inclinació del logopeda per a assumir amb dignitat segons quina mena de compromís.

(TH): Globalment, crec que ja estan marcats els camps i que solen correspondre als diferents postgraus oferts. Per exemple, dany cerebral, trastorn específic de llenguatge, trastorn del

llenguatge infantil secundari, alteracions orofacials i miofuncionals, etc.

Diferenciar entre logopèdia escolar versus logopèdia clínica em causa alguns problemes conceptuals, però es podria discutir.

Tots tenim dubtes i a més a més, normalment, com més saps d'un tema o d'una patologia, més et qüestionen i penses que encara et manquen moltes respostes, oi? Quin missatge donaries als logopedes per concloure aquesta conversa tan interessant?

(CB): Que la forma de procedir no ens ofusqui l'ànim.

Quan cregueu haver esgotat gairebé tots els recursos observeu les actituds, un gest, una expressió..., i sigueu receptius. Allà hi ha una resposta.

Quan dubteu de la validesa d'un sistema establiu complicitats, un senyal, un desig..., i provoqueu empatia. També hi trobareu resposta.

(TH): Que cultivin una enorme curiositat, un enorme respecte pel pacient i la major formació humanística i cultural possible. Que busquin créixer com a persones, prudents i crítiques amb elles mateixes. Et sembla allunyat del tema? És que, si no existeixen aquestes premisses, ni tan sols es podran adonar que tenen dubtes ni sabran que, moralment, tenen l'obligació de resoldre'ls. I també, perquè el sentit comú i la cultura ajudarà a resoldre en molts casos.

Saber que Einstein havia fet una pel·lícula, a l'octubre de l'any 1928, va fer que es trenqués la barrera amb el meu primer pacient afàsic, director de cine, quan jo ja estava a punt d'abandonar el malalt i la professió. És del tot cert.

Moltes gràcies a les dues per voler compartir amb tot el col·lectiu la riquesa de la vostra experiència professional!

Racó lúdic

Joc 1. Sabries dir el significat d'aquestes paraules:

- a) munió
- b) giragonsant
- c) baladreres
- d) enervant
- e) exhalaven
- f) ferums
- g) gelosia
- h) espellifats
- i) avalot
- j) energúmens

Joc 2. 4.- Quin és el so que es repeteix tot sovint en aquest poema per provocar un determinat efecte sonor en relació amb el contingut del poema. Com s'anomena aquest recurs?

Si jo tingués un veler...

Si jo tingués un veler
sortiria a pesca d'albes.
Encalçaria els estels
per posar-me'n arracades.

Si jo tingués un veler,
totes les illes i platges
em serien avinents
per al somni i les besades.

Rosa Leveroni

solució joc 1: a) munió: gran nombre de persones o coses. b) giragonsant: fent moviments sinuosos. c) baladreres: que criden esvalotant. d) enervant: que fa perdre els nervis. e) ferums: olors fortes. f) gelosia: enrevoltat de l'hostia que es posa en una finestra i que permet de veure-hi sense ser vist. g) espellifats: amb la roba feta malbé, destrossada. h) avalot: tumult. i) energúmens: persones agitats, excitades per alguna cosa. solució joc 2: a) el so que es repeteix es el de la s, aquest recurs s'anomena al·litteració.

La vida em dóna una segona oportunitat

Anna M. Guilera Sardà, Logopeda col·legiada

Era un dissabte al matí del mes de desembre de l'any 2006. Ens vam llevar, els nois i jo, com un dissabte qualsevol. Més ben dit, com qualsevol, no, era el primer dia de les esperades vacances de Nadal.

La tarda abans, vaig anar amb la meua filla a comprar-li uns guants d'esquí perquè ens disposàvem a passar uns dies a la neu, amb les seves cosines. El dinar del dia anterior havia estat magnífic i especial: dinar de Nadal al CEIP Mare de Déu de Montserrat de Castellbisbal, amb regals, brindis, nades i bons desitjos.

Però l'endemà, dissabte, em vaig llevar incòmoda, amb una migranya persistent que feia dies que no em deixava. **Vaig intentar fer vida normal: preparar l'equipatge d'esquiar, preparar l'esmorzar, anar a buscar pa. Però hi havia alguna cosa que no rutllava i aquella migranya...**

A mig matí els meus fills (un noi de 15 anys i una noia de 12 anys aleshores) es van adonar que deia i preguntava incoherències. La meua filla, cansada de respondre'm tantes vegades a les mateixes preguntes que jo li feia em va escriure en un full, perquè ho llegís i ho memoritzés i així evitar que li fes les mateixes preguntes una vegada i una altra "Em dic Anna, sóc logopeda, tinc 46 anys i els meus fills són el Marc que té 15 anys i la Laura que en té 12. Avui no anem a escola ni a treballar perquè és dissabte i estem de vacances de Nadal. Aquests guants que no pares de preguntar-me de qui són els vam anar a comprar tu i jo ahir a la tarda. Sí que m'agraden i sí que em van bé."

Va resultar que jo, aquell matí havia patit, sense saber-ho, una amnèsia global transitòria, que va remetre a l'hora de dinar. Amb bon criteri, els nois van avisar els avis, que viuen a Tossa, que la mama no estava bé, deia incoherències. I el meu pare, des de Tossa de Mar, va venir a veure'm.

Al cap d'uns dies, em va visitar un neuròleg de l'hospital General de Catalunya, a Sant Cugat. Em va demanar que em fessin unes proves: una tomografia computada i un escàner. El resultat d'aquestes va ser rotund, es tractava d'un tumor (glioma de grau alt II/III a l'hemisferi dret), que calia operar com més aviat millor. El moment que em van donar el diagnòstic em vaig sentir com en un ascensor, en caiguda lliure.

Ma germana Magda, la "sister", que és metge, es va encarregar d'escollir el neurocirurgià que li donés més confiança. Em va operar el doctor Frederic Bartumeus, neurocirurgià de l'hospital de Sant Pau de Barcelona. Aquesta va ser una elecció molt ben encertada, ja que en aquest hospital hi treballa un equip de professionals d'altíssim nivell, tant humà com professional. Recordo quan hi vaig ingressar. Estava molt ESPANTADA. Era

el dia 22 de març del 2007 quan vaig ser operada. Va ser una intervenció llarga i amb èxit, realitzada amb una tècnica de neuronavegació.

Vaig haver d'estar-me a l'hospital durant vuit dies en una habitació individual a la sala Sta. Teresa, del Pavelló Sant Antoni. Anteriorment, vaig estar a l'UCI anomenada de semicrítics.

Recordo que m'interessava molt tenir un calendari a mà per anar sabent, en tot moment, quin dia era. Quins dies passarien les coses que havien de passar: sortir de l'hospital, anar a Tossa...

Moltíssims amics i familiars van venir a veure'm. Em portaven moltes coses per distreure'm: un quadern de mandales per pintar, revistes... Recordo especialment una llibreta que em va regalar la "sister", "És per a escriure-hi només els bons pensaments" em va dir. **Encara recordo la primera frase que hi vaig escriure: "Si necessites una mà que t'ajudi, busca-la al final del braç."** (l'havia sentit dir en un curset). Aleshores, escriure em costava, i també pintar (la lletra em sortia com la que fan els nens quan aprenen escriure). Moltes coses les havia d'aprendre de nou.

Per animar-me, la "sister" em va portar, amb encert, un petit MP3 on podia escoltar la música que m'agradava: Serrat, Llach, Cat Stevens... cantar i recordar les lletres, em feia estar contenta alhora que feia treballar la memòria.

Afortunadament, la primavera començava a escalfar els matins i les tardes, s'albirava el bon temps. Gràcies a la "sister", jo gaudia d'alguns privilegis a l'hospital en la flexibilitat de l'horari de visites. Al cap de vuit dies vaig ser donada d'alta. Podia anar a casa, amb els meus fills, el Marc i la Laura. Els dies següents a l'operació la casa es va començar a omplir de flors i plantes. Arribaven de molts llocs, dels companys de feina. La més llunyana va ser enviada des de Dublín.

Amb els pares, vaig anar directament a Tossa de Mar. Enyorava poder sentir la brisa suau de la marinada i l'escalfor agradable del sol de primavera, a la cara. Després de tants dies de respirar l'aire tancat de l'hospital; Tossa de Mar. Allà el mar és més blau i el cel és més vast.

Enyorava poder trepitjar la fina sorra blanca de la platja gran, amb els peus descalços. **Començava doncs, a Tossa, la meua tranquil·la, gradual i progressiva recuperació que havia de durar un any.**

I van arribar les dates per ser celebrades: 31 de març, la Laura feia 12 anys! Algú de la família havia d'anar-li a comprar un joc per a la Nintendo, que és el que desitjava. I va arribar també el primer diumenge de maig, dia de la mare. Els pares em cuidaven amb adoració, perseverança i estima. Em curaven la ferida de la cicatriu del cap tan bé com podien. La mare estava al cas que em prenguéss, puntualment, la medicació, que aleshores era molta.

A les nits, em costava dormir, i ho feia gràcies a l'ajuda de l'orfidal i l'stilnox. Una "pastilleta" que la Laura m'ajudava a prendre quan m'acompanyava a dormir. Ella, m'acompanyava a dormir a mi, quan sempre havia estat al revés. Durant un temps, doncs, es van canviar els papers.

I jo, com em sentia aleshores? Molt diferent de com em sento ara, que ja han passat dos anys i mig. **Em sentia enfadada i no parava de preguntar-me per què m'havia tocat aquesta malaltia a mi?**

Va ser aleshores quan els pares es van traslladar, des de Tossa, a viure amb nosaltres tres, a Sant Cugat, per ajudar-nos i cuidar-me. Era conscient que no em podia valdre per mi mateixa i que era absolutament dependent en tot dels altres. Pel carrer, havia d'anar sempre acompanyada, de la mà d'algú, mai sola, si no em perdia. Hi havia moltes coses que, de sobte, em costaven o no podia fer tan bé com abans: em costava parlar, llegir novel·les, tocar el piano. Em costava fer tot el que m'agradava. I també les feines de coordinació: lligar-me els cordons. I, sobretot, em costava recordar. I això justament ara, que estàvem superant la separació (feia un any que ens havíem separat el Joan i jo).

Recordo que durant la recuperació jo era molt diferent de com sóc ara: em sentia incapacitada en molts aspectes. No volia que la gent em vingués a visitar. No m'agradava trobar-me amb les amigues. Perquè no podia parlar bé (tartamudejava i no trobava les paraules). Aleshores optava per escoltar i callar. Callava, sobretot en les reunions familiars. Em perdia i responia amb un sí o no, sense estructurar gaire la resposta.

Jo sóc logopeda i, és curiós, he pogut experimentar moltes conductes verbals que ara observo en els alumnes que atenc. Havia perdut, per sort temporalment, l'espontaneïtat, la iniciativa verbal, la dinàmica i la fluència oral que, abans de l'operació, em caracteritzaven.

A casa, sempre volia estar acompanyada. M'aterrava quedar-m'hi sola a casa, perquè en no distreure'm amb res, les hores se'm feien eternes. Recordo un dia que el meu pare em va dir: obre l'ordinador i mira el correu. Potser hi ha persones que t'han escrit. En intentar-ho, em vaig adonar que no recordava com s'obria el correu. Em vaig sentir molt malament. Com que em costava recordar noms, llocs i informacions, vaig començar a escriure. Quan veig la lletra que feia aleshores se m'escapa un somriure.

Però la "sister", i tots els que m'envoltaven no van deixar d'animar-me. El cervell es recuperarà segur, em deien. La "sister", a la seva feina tenia a prop la mare d'una companya que havia passat per una situació similar i se n'havia sortit. El meu estat d'ànim, aleshores, era baix. Havia perdut la meua independència i l'autonomia. Era conscient que m'ajudaven a gairebé en tot: circular pel carrer, dutxar-me i vestir-me. La meua parla aleshores era força lenta i amb un lleu tartamudeig. Em costava trobar les paraules precises per a expressar-me. També

havia perdut en comprensió lectora. Podia llegir mecànicament un text, però en no retenir les informacions, no aconseguia "enganxar-me" a cap llibre ni gaudir llegint. Així és que a la meua filla Laura se li va ocórrer venir a llegir-me contes curts i lectures fàcils al vespre.

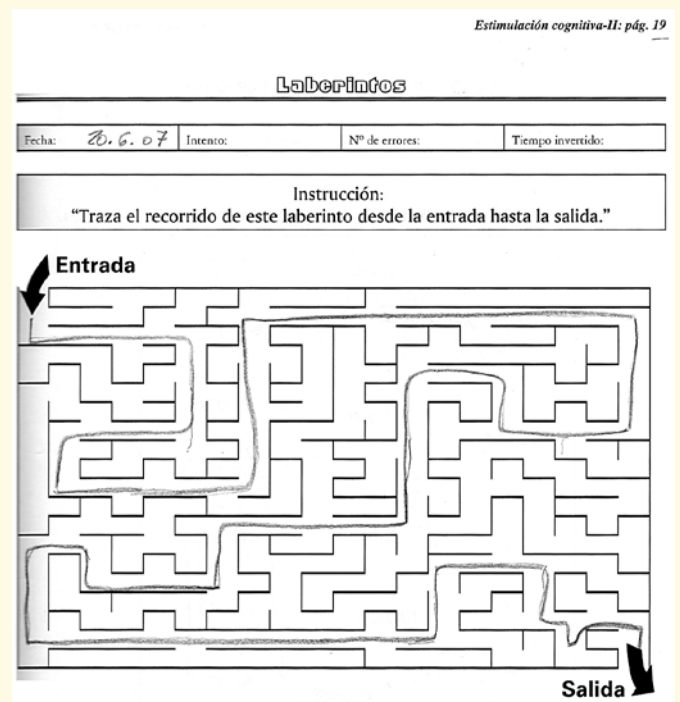
Des del mes d'abril fins al juliol, vaig anar a fer sessions de radioteràpia a l'Hospital General de Catalunya. Sopava abans, a les 19 h, ja que la meua sessió diària començava a les 21 h. Com era d'esperar, la pell de la cara em va quedar més resseca i fosca. Vaig millorar gràcies a les cremes que porten Aloe Vera. I, tal com estava anunciat, em van caure els cabells. Em trobava horrible.

Vaig fer 33 sessions de radioteràpia. El pare m'hi acompanyava i, en sortir de l'hospital ens fèiem una abraçada tot dient "un dia menys". Estava molt més prima que ara. M'havia aprimat molt (pesava 52 quilos) i mai no tenia gana. A taula, em sentia observada, tothom pendent de mi, de si m'ho menjava tot i jo, menjant per obligació, sense gaudir. L'hora dels àpats era un turment.

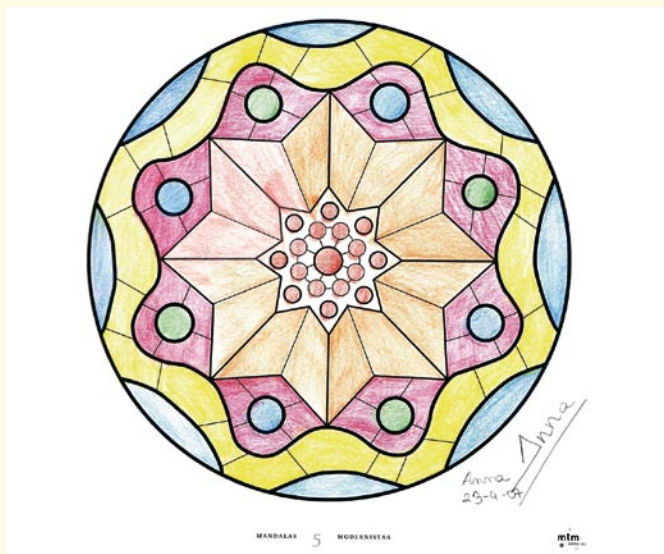
En aquella època vaig començar a posar-me mocadors i gorres al cap. A l'estiu mocadors tipus pirata i a la tardor gorres que m'escalfessin més. Me'ls feia una veïna meua del color que jo triava o me'ls comprava la "sister" i la meua cunyada de Lloret. Encara els guardo tots.

I va arribar el mes de maig, el mes de les primeres comunions. Per anar a la primera comunió de la meua fillola, la Mònica, em vaig comprar fins i tot, un barret elegant. I, certament, **el cervell es va anar recuperant**. A l'estiu vaig anar fent, amb l'ajut del meu pare, uns quaderns d'estimulació cognitiva de la doctora Carmen García.

Els metges aconsellaven als pares que era millor que sempre estigués ocupada: fent treballar el cervell. I així era: al matí, amb la mama preparàvem coses per al dinar: les maduixes i el suc de



Exercicis d'estimulació cognitiva



taronja o els llibrets de lloc... A la tarda, feia classe: resoldre els quaderns i classe de piano, amb el papa. També amb la mama, a la tarda passàvem llargues estones jugant al dòmino, al 3 en ratlla, al parxís, jocs per fer treballar el cervell.

De vegades, penso que potser no els he agraït prou tot el que van fer per mi, aleshores.

Al vespre, la mare i jo preparàvem juntes la verdura per al sopar. Jo parava taula, recordo que el començament, era una feina que em costava molt. Em feia un embolic en col·locar totes les coses bé sense deixar-me res, (tasca d'organització espacial). La mare m'ajudava i corregia amb discreció, sense que jo notés els errors.

Com ja he dit, amb el papa feia classe: quadernets d'estimulació cognitiva de la doctora Carmen García i classe de piano. Els quadernets, com em costava d'entendre'ls i mantenir l'atenció una estona per a resoldre'ls! El meu pensament es fatigava de seguida. També la mama em posava exercicis de pensar; recordo una llista que em va demanar que fes, amb les dates dels aniversaris de tota la família: pares, germans, fills i nebots.

Aquesta capacitat de recordar els aniversaris dels familiars, abans de l'operació, sempre m'havia agradat i interessat. També em costava la classe de piano que el papa em feia fer. Ell, tan disciplinat i perseverant.

La mà esquerra era la que em costava més que fes el que jo volia, (el tumor havia estat a l'hemisferi dret), per tant, la banda del cos que havia quedat més afectada era l'esquerra. La mà havia perdut força, mobilitat i precisió dels moviments.

Tocant el piano, aleshores, no tenia gaire repertori, només podia tocar "Per a Elisa" de Beethoven, i, a més, si tocava tota sola, al segon compàs ja m'havia perdut. Per això, el meu pare es va fer un punter casolà. Temia que arribés l'hora de classe de piano, em cansava de seguida. No podia mantenir l'atenció i la concentració tanta estona com la que volia ell.

I així va passar l'estiu, amb banys a la platja de Tossa, excursions amb bicicleta, i dinars familiars... I va arribar el setembre, quan ja es va veure que volia i podia viure sola amb els nois, a casa nostra. Amb l'ajuda de la Jeni podia fer la compra, fer

els dinars i sopars. Podia tornar-me a fer càrrec de casa meua. Això em va animar.

A la feina continuava de baixa. La doctora del Departament d'Educació em va aconsellar que em prengués el curs amb calma, amb l'únic objectiu de recuperar-me.

Tenir l'oportunitat de gaudir d'un any sabàtic (curs 2007-2008) era qüestió d'organitzar-me el dia. A l'octubre del 2007 vaig entrar a la Coral Sant Cugat del Club Muntanyenc on segueixo cantant. I vaig començar les classes setmanals de piano amb una professora que venia a casa. Més endavant, vaig tornar a jugar a tennis amb una amiga al Club Tennis Natació Sant Cugat.

Tal com em deia un tenor en acabar un assaig, al llarg del primer curs a la Coral vaig millorar en tantes coses... Ara, penso que m'he recuperat al cent per cent. Torno a ser la que era abans del 22 de març del 2007. Sóc millor. **Veig la vida diferent, ara. Valoro estar sana, trobar-me bé, gaudir amb el menjar. Vull aprofitar cada dia per fer moltes coses: alegrar-me amb els amics, els bons amics, i la família.** Sé que he de donar gràcies, cada matí, de poder gaudir de les petites i grans coses de la vida. A més, la meua fe, que no vull amagar, em dona un optimisme vital.

Crec, modestament, que ara sóc millor, perquè viure una experiència així fa que segueixi endavant d'alguna manera, més "reforçada". També intento ser millor persona, i millor professional. El curs passat (2008-2009), em vaig reincorporar a la meua feina de logopeda (Credav de Sabadell) amb èxit.

Em queda l'hemianòpsia a l'ull esquerre (menys visió lateral), no conduixo i vaig a tot arreu amb transport públic. Si a un lloc no hi puc anar, sempre hi ha algú que m'hi pot portar, recollir o acompanyar. Em costen les tasques d'orientació espacial, com recordar un itinerari nou.

Segueixo controls mèdics periòdics a l'Hospital de Sant Pau. Recordo força matinades, llevar-nos el pare i jo a les 6 del matí per arribar-hi a les 7, l'hora de les extraccions de sang per a fer-me l'anàlisi que l'oncòleg havia demanat.

Amb la "sister", el cunyat, els fills i les nebodes, hem fet algunes sortides junts: al delta de l'Ebre, Burgos, Navarra, Cantàbria, València i Prades de Conflent. Ens agrada sortir junts. Ens ho passem bé. Amb tren vaig anar a Lausanne, Suïssa, a visitar una amiga. Estic plenament recuperada.

Ara sé que, **només amb empena i perseverança, podem superar les adversitats.** Penso que he tingut molta sort. Especialment per la família que tinc. Sóc feliç amb el fet que la vida m'hagi donat una segona oportunitat. Estic convençuda que... la vida és dura però, jo, encara ho sóc més.

En primer lloc, vull agrair als meus fills, germans i pares tot el que van fer per ajudar-me en el llarg camí de la meua recuperació. Finalment, vull agrair a les meves companyes de professió: Anna Nolla Casals i Toni Sánchez Álvarez, logopedes del Credav Jordi Perelló com jo mateixa, els seus comentaris i consells durant l'elaboració d'aquest relat que desitjo compartir amb els lectors de la Revista del CLC. I, qui sap?, potser la meua experiència serà d'utilitat per a algú.

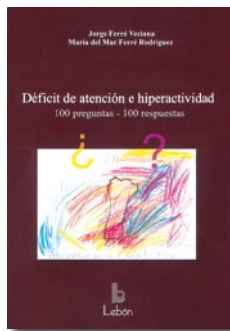
Sant Cugat, 30 d'octubre del 2009

Llibres



Lateralidad infantil 100 preguntas - 100 respuestas

Jorge Ferré Veciana, M. del Mar Ferré Rodríguez
Edt.: Lebón (2010)
Precio: 14 €



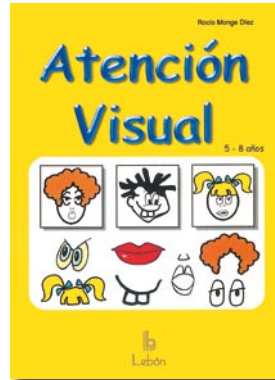
Déficit de atención e hiperactividad 100 preguntas - 100 respuestas

Jorge Ferré Veciana, M. del Mar Ferré Rodríguez
Edt.: Lebón (2010)
Precio: 14 €

Los doctores Jorge y M^a del Mar Ferré, han elaborado dos obras pensando en los profesionales que ya tienen experiencia y quieren profundizar en el conocimiento de una forma de abordaje distinta del déficit de atención o de la lateralidad infantil y la importancia que ésta tiene en la transición de la etapa preescolar a la escolar y en el aprendizaje de las bases de la lectura - escritura.

Las 100 preguntas y sus respuestas que encontramos en cada libro, son una selección realizada entre las miles que han sido formuladas por profesionales de todo tipo, que han seguido los muchos cursos on-line impartidos por los autores.

Seguramente encontraréis las respuestas a muchas preguntas que a veces os habéis formulado; ahora tendréis la respuesta de un experto. De lectura muy agradable y rápida, pero de bien seguro provechosa.

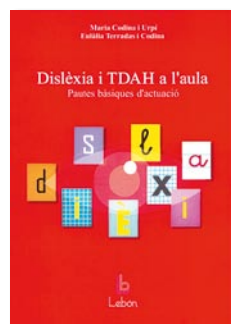


Atención visual

Rocío Monge Díez
Edt. Lebón (2010)
PRECIO: 16 €

La autora dedica este libro a ejercicios de atención visual, englobando una serie de aspectos entre los cuales caben destacar: reconocimiento visual e identificación de referencias; discriminación visual, integración visual y memoria visual.

Los ejercicios tienen un carácter lúdico y buscan favorecer el interés del niño, sin que suponga una carga para él ni para el logopeda. Este material pretende cubrir aquella parte de la reeducación dedicada a la terapia visual, en niños de 5 a 8 años que presentan trastornos de atención, alteraciones del lenguaje lectoescrito, alteraciones neurológicas u otras patologías que cursen con trastornos visuales.



Dislèxia i TDAH a l'aula. Pautes bàsiques d'actuació.

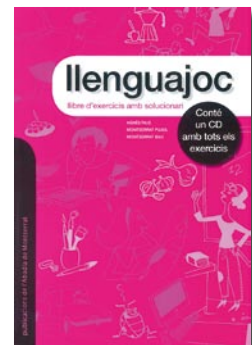
Maria Codina Urpí, Eulàlia Terradas i Codina
EDITORIAL: Lebón
PREU: 14 €

Maria Codina és llicenciada en filologia catalana i logopeda, i, Eulàlia Terradas és mestra, especialista en educació infantil. Totes dues porten molt de temps treballant a les aules i des d'aquesta experiència han escrit aquest llibre, en el qual suggereixen una sèrie d'estratègies que permetran als alumnes dislèctics o amb TDAH treballar amb il·lusió i sense perdre la seva autoestima.

Dites autores ens fan pensar que encara quedar molt per avançar en el tractament d'aquests nens, ja que, països més avançats tenen psicòlegs especialitzats en els centres només per donar estratègies als mestres i fer que el dia a dia amb aquests nois sigui millor.

Posen molt d'èmfasi també en la coordinació entre pare/mare/alumne, i suggereixen aplicar sobretot tècniques multisensorials. Veritablement és molt enriquidor veure el fruit de treball d'aquestes autores, us animem a llegir-lo.

Ressenyes a càrrec de: Àngela Nebot



Llenguajoc, llibre d'exercicis amb solucionari

Agnès Rius, Montserrat Pujol i Montserrat Bau
Edt. Publicacions de l'Abadia de Montserrat

Llenguajoc és un llibre d'exercicis amb solucionari. És una eina útil i complementària per millorar la competència lingüística de l'alumnat en el procés d'aprenentatge del català. Treballa l'expressió i la comprensió orals, l'expressió i la comprensió lectora. Té com a objectius adquirir, ampliar i consolidar el lèxic, la semàntica i les estructures gramaticals i verbals de la llengua catalana.

El material pot ser utilitzat en un ampli ventall d'alumnat: cicle superior de primària, secundària i batxillerat; alumnes d'incorporació tardana, escoles d'adults, escoles d'idiomes, alumnat d'aules d'autoaprenentatge, alumnes que necessiten un reforç en llenguatge oral i lectoescriptura...

La tipologia dels exercicis és molt variada: sopes de lletres, encreuats, tests, jocs de diferències, endevinalles, jocs de lògica, omplir els buits... Llenguajoc s'estructura en 5 blocs de treball més el solucionari. Cada bloc conté 3 nivells de dificultat per facilitar la tria d'exercicis en funció de les necessitats de l'alumnat, els nivells de dificultat s'identifiquen en una, dues o tres estrelles.

A més a més Llenguajoc conté un cd amb tots les exercicis, perquè es puguin imprimir tantes vegades com es vulgui.

Ressenya a càrrec de: Olga Rion



L'estrès laboral dels docents. Malalties que pot provocar i propostes terapèutiques.

COORDINADORS: Joan Riart Vendrell i Anna Martorell Sabaté
Edt. ISEP (2010)
PREU: 13€

Aquest llibre, en el que hi han participat 27 professionals vinculats amb la prevenció de l'estrès laboral, pretén ser un manual de suport per a tots els professors, amb la finalitat que puguin desenvolupar la seva tasca amb una disposició favorable davant la multiplicitat de factors de risc envers l'estrès.

Per tal de fer més àgil la lectura del llibre, aquest s'ha dividit en tres parts. En la primera es presenten una sèrie d'experiències i recerques dins l'àmbit docent, relacionades amb la prevenció de l'estrès. La segona part tracta la salut laboral dels docents, des dels àmbits de la formació i tasques dels principals sindicats. La tercera part està constituïda per diferents propostes terapèutiques, per tal que cada docent pugui trobar el recurs que més s'ajusti a les seves característiques i necessitats personals, les causes que generen estrès no són les mateixes ni afecten als docents de la mateixa manera. Els capítols aborden: la relaxació de les emocions, la respiració, el ioga, l'educació de la veu, l'osteopatia, el Shiatsu, els aparells de biofeedback, el Tai Chi, programes per aplicar a l'aula, el Seïtai, l'escriptura emocional i la musicoteràpia. Malgrat siguin propostes diverses, tenen uns objectius comuns: l'equilibri i creixement personal i la competència emocional.

Ressenya a càrrec de: Joan Riart Vendrell i Anna Martorell Sabaté



Integra-Tek

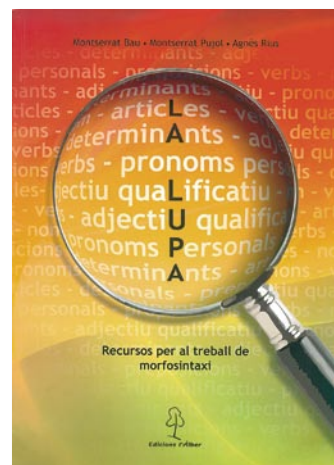
Integra-Tek, és un projecte molt recent, abril 2009, promogut per un grup de mares que tenen nens amb dificultats d'aprenentatge. Neix amb l'objectiu d'aportar solucions tecnològiques que utilitzen, des de fa més de 10 anys, en països educativament i tecnològicament més avançats que Espanya per integrar els nens amb dificultats d'aprenentatge en l'àmbit escolar i laboral.

Col·laborem directament amb les escoles, associacions i amb centres de reeducació per posar a l'abast de la societat aquesta tecnologia, que per la nostra experiència podem garantir la seva eficàcia i millora de resultats en aquestes persones.

Partint de la tecnologia TTS (text to speech) el projecte pretén posar a l'abast de la societat una eina integradora que facilitarà l'accessibilitat als continguts educatius digitals, superant així les barreres que els impedeixen l'accés a la formació i evitant per tant el fracàs escolar i professional.

Un dels programes que ofereix Integra-Tek és el clar Read, les principals funcionalitats són:

- **Lectura** de documents electrònics amb pronunciació nativa i amb VEUS DIGITALS d'alta qualitat.
- **Dictat i evidència d'errors** d'escriptura en escoltar simultàniament els textos.
- Permet **Millorar** la visualització dels textos.
- **Digitalització** de documents físics o PDF.
- **Portabilitat** (Generació d'audiollibres).
- **Captura i classificació de textos.**
- **Traducció** simultània de paraules sense sortir del document (MS Word, PDF, Internet, etc.).



LA LUPA Recursos per al treball de morfosintaxis

Agnès Rius, Montserrat Pujol i Montserrat Bau
Edt. L'Àlber

La lupa és un llibre essencialment pràctic destinat al treball de la morfosintaxi. Els exercicis que hi inclou són senzills de comprendre i realment pràctics i específics per al treball que ens interessa.

El llibre està dividit en blocs de treball segons les matèries, i a més a més, hi ha una classificació dels exercicis segons la dificultat de cadascun.

La primera part del llibre ens dona una pinzellada teòrica de cada àrea i la gran part del llibre restant són exercicis pràctics.

Una nota curiosa i útil per tal de treballar amb nouvinguts i gent de fora és que aconsellen un sèrie de blocs d'exercicis en funció de la llengua materna de l'estudiant, per tal de treballar amb ells els aspectes del català que els hi són més difícils d'assimilar degut a l'experiència de la seva llengua.

En resum, un llibre que ens serveix per al treball pràctic de la morfosintaxi amb usuaris de totes les edats, (hi ha dibuixos divertits pels nens però no massa infantils per a un adult), ja que compta amb un número extens d'exercicis ben ideats i estructurats.

Ressenya a càrrec de: Ingrid Fontanals



• Librería editorial especializada en logopedia, dificultades de aprendizaje y educación especial al servicio de los profesionales.

• Si tiene una buena obra, nosotros se la publicaremos.

Roger de Llúria 93, 08009 Barcelona Tel 93 487 70 09 - Fax 93 487 70 09
<http://www.lebon-libros.com> E-mail: libreria@lebon-libros.com

El Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries i el Consell Tècnic de Formació Continuada en Logopèdia

Hi ha novetats respecte a l'acreditació dels nostres cursos de formació continuada (FC), a partir de la creació del **Consell Català de FC de les Professions Sanitàries**, òrgan adscrit al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

En principi, a partir de la creació d'aquest òrgan, cada col·lectiu professional ha de sol·licitar al Departament de Salut la creació del **Consell Tècnic específic de FC. Des del CLC** ja hem demanat la creació del Consell Tècnic de FC en Logopèdia. Però fins que tots els col·lectius no tinguin el seu propi Consell Tècnic, hi ha una Comissió Mixta formada per representants de totes les professions sanitàries, encarregada d'acreditar els cursos de formació que les diverses entitats presenten. Les nostres representants en aquesta comissió són Anna Civit, degana del CLC, i Elisabeth Dulcet, vocal de Benestar i Família i directora tècnica.

En aquesta ocasió, hem demanat a Elena Segura, secretària de la Comissió Mixta del Consell Català de FC de les Professions Sanitàries, que ens donés informació sobre aquest tema perquè tothom se'n pogués assabentar.

A partir d'ara, per exemple, qualsevol institució que faci formació continuada dirigida als professionals sanitaris, podrà demanar l'acreditació de l'activitat al Consell Català de FC de les Professions Sanitàries. Haurà de seguir els passos requerits via telemàtica i haurà de fer el pagament de les taxes corresponents (90 € per a cada activitat formativa que es vulgui acreditar) al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

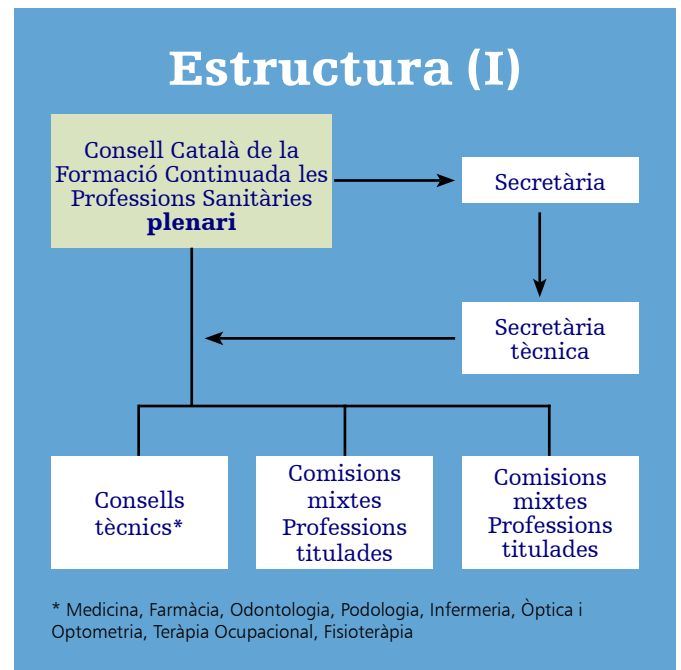
Quan estigui creat el Consell Tècnic de FC en Logopèdia, aquest òrgan serà l'encarregat de fer les acreditacions de les activitats formatives.

Fins ara, molts dels nostres cursos de FC tenien una durada de 30 hores i alguns inclús de 40 hores. Com a novetat, a partir de la nova acreditació, els cursos formatius de 20 hores o menys, tindran més crèdits que els cursos que tinguin una durada major. Per això el CLC ha demanat als formadors que s'adaptin a aquests requisits, i per tant veureu que alguns cursos del CLC que normalment tenien una durada major, ara són de 16 o de 20 hores com a màxim. Ens interessa que els nostres cursos de F.C., a més de mantenir l'alt nivell de qualitat, puguin donar als assistents una bona quantitat de crèdits, perquè una de les novetats més interessants, és que els cursos seran acreditats amb un nombre x de crèdits ECTS. Recordeu que aquests crèdits tenen validesa no solament de cara a la formació continuada (per fer màsters i doctorat), sinó que també tenen importància de cara a l'activitat professional.

Què és el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries (CCFCPS)?

Elena Segura, Institut d'Estudis de la Salut (IES). Departament de Salut

El Decret 407/2006, de 24 d'octubre, de creació del Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries i dels Consells tècnics de formació continuada, va crear aquests òrgans adscrits al Departament de Salut.



La seva finalitat és establir instruments que garanteixin la coordinació i l'homogeneïtat de les estructures d'acreditació i la gestió de les institucions de formació continuada, així com dels programes i les activitats de les diferents professions sanitàries.

Consells tècnics

Per cada professió sanitària s'ha constituït un consell tècnic de formació continuada, la composició dels quals és la següent:

- Tres representants del Col·legi professional corresponent.
- Fins a tres representants proposats per les societats científiques.
- Un representant proposat pel Consell Interuniversitari de Catalunya, en el cas de titulacions universitàries, o pel Consell Català de Formació Professional, en el cas de titulacions de formació professional.
- Fins a tres experts de lliure

elecció del món professional, a proposta del Departament de Salut.

Per què un sistema d'acreditació?

Les activitats de Formació Continuada (FC) són molt nombroses, proporcionades per proveïdors diversos i amb uns nivells de qualitat dispers.

Si es vol que l'esforç del professional per a mantenir-se competent mitjançant la FC es tradueixi en alguna valoració objectiva, cal disposar d'un sistema formal d'acreditació de les activitats formatives i de les institucions proveïdores que permeti l'adjudicació de crèdits.

Altrament, un sistema objectiu d'acreditació constitueix una eina útil per a l'adaptació permanent de l'oferta formativa a les necessitats del moment i per a la millora constant de la qualitat d'aquesta.

Característiques del sistema

Inspirat en les experiències de diversos països, el sistema d'acreditació del CCFCPS es caracteritza per:

- El seu caràcter voluntari.
- La seva obertura a proveïdors públics i privats d'activitats formatives.
- El seu objectiu d'acreditar activitats de FC d'acord amb un sistema formal (i homogeni) d'adjudicació de crèdits.
- La seva neutralitat pel fet de ser un organisme plurinstitucional.
- El seu caràcter de complementarietat com a sistema d'avaluació objectiva de la competència individual.
- La seva voluntat de servir de marc referencial per a Catalunya, tot restant obert a la col·laboració amb altres sistemes d'acreditació.
- La seva connexió amb el sistema d'acreditació de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Quines professions inclou?

Professions titulades sanitàries

BG	Biòlegs esp. en ciències de la salut
BQ	Bioquímics esp. en ciències de la salut
DN	Dietistes - Nutricionistes
FR	Farmacèutics
FS	Físics esp. en ciències de la salut
FT	Fisioterapeutes
HB	Higienistes bucodentals
IN	Infermeres
LG	Logopedes
MD	Metges
OD	Odontòlegs
OP	Òptics-optometristes
PO	Podòlegs
PD	Protètics dentals
PS	Psicòlegs Clínics esp. en ciències de la salut
QM	Químics esp. en ciències de la salut
TO	Terapeutes ocupacionals
VT	Veterinaris

Professions de l'àrea sanitària

FP TGS	Anatomia patològica i citologia
	Audiologia protèsica
	Dietètica
	Documentació Sanitària
	Imatge per al diagnòstic
	Laboratori de diagnòstic clínic
	Ortesis i pròtesis
	Radioteràpia
	Salut ambiental
TGM	Cures auxiliars d'infermeria
	Emergències sanitàries
	Farmàcia i parafarmàcia

Si voleu sol·licitar l'acreditació d'activitats formatives que faci el vostre centre, heu de contactar amb el Consell Català de FC de les Professions Sanitàries: <http://www.gencat.cat/salut/ccfcps>

LLENGUA DE SIGNES CATALANA (LSC)

Com recordareu, el CLC va ser convidat a participar en les compareixences que es van fer al Parlament de Catalunya, respecte de la LSC, després d'haver portat a terme tot un seguit de reunions amb els diferents grups parlamentaris per donar-nos a conèixer i per expressar el nostre parer al respecte.

El 20 de gener de 2010 van comparèixer, en representació del nostre col·legi, l'Anna Civit i Canals, degana del CLC, i la Ingrid Fontanals i Muñoz, vocal de Barcelona. En el Full Informatiu 51 us vàrem explicar tot el procés i la feina que es va dur a terme per demanar, bàsicament, dues qüestions: el lliure dret d'elecció de la modalitat d'ense-

nyament per part dels pares dels nens amb sordesa, i una disposició addicional que comprometés al Govern a elaborar el codi d'accessibilitat.

El 10 de juny d'enguany va sortir publicada al Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya Núm. 5647, la Llei 17/2010, del 3 de juny, de la Llengua de Signes Catalana. És important destacar que el Parlament ha tingut en compte l'opinió del CLC, incorporant al text definitiu part de les qüestions plantejades.

L'article 5 de la Llei recull la nostra proposta i reconeix el dret de lliure elecció entre la modalitat educativa oral, en què la llengua oral és

la llengua vehicular, o la modalitat educativa bilingüe, en què la llengua de signes catalana és la llengua vehicular.

La llei no recull la nostra proposta relativa a establir una disposició addicional que obligués al govern a regular els mitjans de suport a la comunicació oral. Amb tot, s'ha de dir que en l'Exposició de Motius de la Llei es fa referència als mitjans de suport a la comunicació de les persones sordes i sordcegues, ja siguin signants o oralistes, que els han de permetre superar les barreres en la comunicació i garantir-los l'accés a la informació, la comunicació i els serveis públics essencials en condicions d'igualtat.

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

Normativa sobre centres logopèdia

Us agrairia em poguéssiu respondre als següents dubtes. Estic a punt d'obrir un centre de logopèdia, i em qüestiono el següent:

- És habitual veure el cartell de "centre de logopèdia i fonoaudiologia". Em podrieu dir si hi ha alguna diferència i quina és?

- Voldria que em corroboréssiu que no existeix cap normativa sobre la obligatorietat de tenir un bany adaptat a disminuïts en un centre de logopèdia, per a un local de menys de 30 m². Com a Col·legi, imagino que si hi hagués dita obligació, la sabríeu. El meu arquitecte diu que no és necessari per aquests metres, però vull la vostra opinió.

Agraïda, Col. 1.329.

Benvolguda,
En relació amb la teva primera pregunta, no és habitual ni necessari posar "centre de logopèdia i fonoaudiologia".

Es tracta de la mateixa professió, aquí s'anomena logopèdia i a Llatinoamèrica és diu Fonoaudiologia. Encara que aquest terme és més complet que el de logopèdia, es tracta de la mateixa professió, i aquí s'ha d'utilitzar el terme "logopèdia".

Respecte a la 2a pregunta, segons la normativa quan el local té una superfície útil igual o menor de 100m² i només hi treballin logopedes, com a màxim 2, no està obligat a complir el Decret 135/95 sobre promoció de l'accessibilitat i de supressió de les barreres arquitectòniques. Per tant, no és obligatori tenir un bany adaptat, fet que en canvi és obligatori per a superfícies útils més grans de 100m².

De totes maneres, sobre aquest tema trobaràs un article en aquest número de la Revista.

Conservació de les històries clíniques

Bon dia, voldria saber quan de temps s'han de guardar les històries clíniques dels pacients de logopèdia. Hi ha un temps o no fa falta guardar-les?

Gràcies, Marta.

Hola, soy Celia. Quería haceros una consulta, me han comentado que hay en vigor una ley de protección de datos de los pacientes y que hay que cumplir una serie de normas. ¿Cómo nos influye en las consultas? ¿Las historias de los pacientes se consideran médicas?

Agradezco vuestra información.

Benvolgudes,
Efectivament, tenim responsabilitats envers els nostres pacients en relació a la protecció de les dades personals i a les històries clíniques. A la Revista LOGOPÈDIA del CLC núm. 14 ja es parlava sobre la "Conservació de l'historial clínic dels pacients en logopèdia". A més a més, com la normativa va canviar fa poc, trobareu també un altre article en aquest número de la Revista on podeu trobar resposta a la vostra consulta.

Trobada sobre casos clínics

Benvolguts,
Volia agrair l'organització de la trobada de casos de TME.

Va ser una trobada molt interessant on, almenys jo vaig aprendre coses noves. Animar-vos a continuar organitzant trobades com aquesta.

Col. 1737

Moltes gràcies pel teu reconeixement. Ens agrada fer bé la feina i ens estimula rebre els vostres comentaris. Volem continuar organitzant trobades per compartir experiències i casos clínics, però per això necessitem el suport de tots vosaltres!

Protecció de dades

M'adrego a vosaltres perquè tinc alguns dubtes sobre la Llei de protecció de dades. Quan vau enviar la carta sobre el tema li vaig comentar al meu gestor i em va dir que només s'havia de fer signar als pares que vinguessin, a partir de llavors, un paper on m'autoritzessin per poder posar-me amb contacte amb l'escola i altres professionals que poguessin tenir algun tipus de vinculació amb el tractament. Des de fa un any que faig que els meus pacients omplin aquest paper. Però des de fa uns dies vaig comentar el mateix tema amb un altre gestor i em va dir que el que estava fent no era prou, que s'havia d'instal·lar un programa d'ordinador i no sé quantes coses més. I la veritat és que m'ha sorgit el dubte si

ho estic fent bé o no i m'agradaria saber si algú em pot informar i/o assessorar sobre el tema.

Gràcies i una salutació, Col. 1323

Sóc una logopeda que m'estic establint pel meu compte, i voldria saber quines obligacions tinc pel que fa a la Llei de protecció de dades.

Jo mateixa, a través del Web de l'agència espanyola de protecció de dades, he omplert el formulari que els haig d'enviar per notificar la inscripció inicial del fitxer. No sé que més haig de fer, si ja m'ho informaran, perquè del Web no en trec aigua clara. No sé si només haig de fer això, o periòdicament s'ha de fer alguna cosa.

- Què haig de fer amb les dades dels meus pacients? (A banda de tenir-les guardades sota clau i mantenir el secret professional).

- Les puc tenir només en paper o haig de crear alguna mena de fitxer? Haig d'enviar a l'agència les dades dels meus pacients o només informar-los que tinc fitxers amb dades personals i de salut de pacients?

- Haig de fer signar algun paper quan arriba un pacient per informar-lo?

Moltes gràcies per endavant, Col. 917

Benvolgudes,
Les dades de caràcter personal cal que estiguin protegides tan a nivell físic com virtual. Cal tenir un fitxer informàtic de seguretat en el que s'especifiquen els responsables del fitxer, les claus d'accés, l'ubicació, entre altres, de les dades que són objecte de protecció. En teoria, cal passar periòdicament una auditoria. Respecte a la documentació que han de signar els pacients, bàsicament caldrà informar-los que les seves dades estan incorporades al fitxer de seguretat, complint la normativa i indicar-los el dret a sol·licitar la cancel·lació o rectificació del fitxer amb les seves dades una vegada s'hagi resolt el contracte que us uneix. També és obligatori informar-los si alguna d'aquestes dades seran utilitzades per altres professionals en virtut d'un contracte d'outsourcing. A l'agència de protecció de dades no cal enviar les dades, només informar de l'existència del fitxer de seguretat i la seva inscripció.

Les dades de caràcter personal contingudes en fitxers, siguin en paper o en arxiu informàtic, han de protegir-se mitjançant mesures de seguretat de diferent abast en funció del nivell de seguretat que calgui aplicar.

Hi ha tres nivells d'organització de mesures de seguretat segons la informació a protegir: baix, mitjà i alt. Per l'activitat profes-

sional de logopèdia, en general el nivell de seguretat que requeriran els fitxers és Alt: fitxer que contingui dades personals sobre ideologia, religió, creences, origen racial, salut o vida sexual o els registrats per a fins policials sense consentiment. Aquestes son dades que la legislació considera que han de ser especialment protegides. Els nivells de seguretat son acumulatius, és a dir, el nivell de seguretat alt haurà d'incloure les mesures de seguretat previstes als nivells baix i mitjà.

En quan a la comunicació, obligatòria, a l'Agència Espanyola de Protecció de dades, el que es comunica és la existència del fitxer, el tipus de dades que conté, la finalitat del fitxer i la identificació de tercers en el tractament de les dades, no les dades concretes. Al web de l'Agència trobaràs una aplicació per poder dur a terme la comunicació.

En quan a documentar la relació amb els pacients, et recomanem fer signar al pacient un formulari (lliurant-li còpia), on s'especifiqui que el pacient dona el seu consentiment al tractament de les seves dades de caràcter personal, la finalitat per la que són recollides (atenció professional, estudi, etc.) i que les mateixes s'incorporaran al fitxer de "pacients", responsabilitat del professional. També informar-li que té dret a l'accés, rectificació, cancel·lació i oposició al tractament de les seves dades personals i l'adreça on

Quadre resum de mesures de seguretat. Font: Agència Catalana de Protecció de dades

Mesures de seguretat (a) Automatitzats / (na) No automatitzats		Bàsic	Mitjà	Alt
Bàsic	Funcions i obligacions del personal Registre d'incidències Control d'accés Gestió de suports i documents Identificació i autenticació Còpies de suport i recuperació Anxur: garantir-ne la conservació Anxur: localització i consulta Anxur: exercici de drets Dificultar l'accés al dispositiu que conté documents Evitar l'accés a persones no autoritzades (si no és possible l'anterior) Custòdia dels documents per part del personal.	(a) / (na) (a) / (na) (a) / (na) (a) (a) (na) (na) (na) (na) (na) (na)		
Mitjà	Responsable de seguretat Auditoria Registre d'entrada i sortida de suports Limitació dels intents d'accés no autoritzat Control d'accés físic Registrar procediments de recuperació com a incidents		(a) / (na) (a) / (na) (a) (a) (a)	
Alt	Identificació de suports codificada Xifrat de suports durant el transport o protecció de documentació Xifrat de dispositius portàtils Evitar concurrència de riscos en còpies i procediments de recuperació Registre d'accessos a la informació o documentació Xifrat de les telecomunicacions (xarxes públiques / sense fil) Dispositius d'emmagatzemament en zones tancades Control de còpia o reproducció dels documents Destrucció de les còpies sense utilitat.			(a) (a) / (na) (a) (a) (a) / (na) (a) (na) (na) (na)

pot fer efectius aquests drets. I molt important: si es preveu una possible cessió a tercers (derivació del seu expedient a un altre professional, per exemple) sempre

s'ha d'obtenir el consentiment exprés per escrit del pacient.

Departament Jurídic CLC

Racó lúdic

Joc - Entre els temes més característics que s'empren en la lírica hi ha uns motius, anomenats tòpics, que es van repetint des dels inicis de la literatura. Et proposem que uneixis temes amb tòpics més freqüents.

TEMES	TOPICS	DESCRIPCIÓ
1. El retrat	a. Beatus ille	g. Descripció d'un prototip de dona que va posar de moda el poeta italià Petrarca.
2. El pas del temps i la brevetat de la vida	b. Locus amoenus	h. Prové del poeta llatí Horaci: "sortós aquell que viu apartat de la vida mundana i busca la vida recollida.
3. Ideals vitals	c. Aurea mediocritas	i. Descriu una natura equilibrada que suggereix tranquil·litat i pau.
4. La mort	d. Dansa de la mort Homo viator	j. - Compara la vida amb un camí. - La mort arriba a totes les persones.
5. El paisatge	e. Carpe diem	k. Prové d'unes paraules dels poeta llatí Horaci: Cull el dia d'avui i no confiis gens en el de demà.
6. Lloanç de la vida natural	f. Descriptio puellae	l. Prové del poeta llatí Horaci: meditació i contemplació intel·lectual, sense frenesia ni vaguetats.

Solucions: 1 - f - g • 2 - e - k • 3 - c - l • 4 - d - j • 5 - b - i • 6 - a - h.



“Us presentem les estadístiques de visites al nostre WEB, l’horari en què es fan, els dies de la setmana, de quins països es connecten, etc. Des del CLC en fem un balanç molt positiu”

Última actualizaci3n: 26 Jul 2010 - 05:01

Periodo mostrado:



Resumen

Periodo mostrado	Mes Jul 2010				
Primera visita	01 Jul 2010 - 00:17				
Última visita	26 Jul 2010 - 01:52				
	Visitantes distintos	Número de visitas	Páginas	Solicitudes	Tráfico
Tráfico visto *	1659	3059 (1.84 visitas/visitante)	48201 (15.75 páginas/visita)	241986 (79.1 solicitudes/visita)	1.23 GB (422.48 KB/visita)
Tráfico no visto *			3373	3945	392.43 MB

* El tráfico "no visto" es tráfico generado por robots, gusanos o respuestas de código especial de estado HTTP.

Histórico Mensual



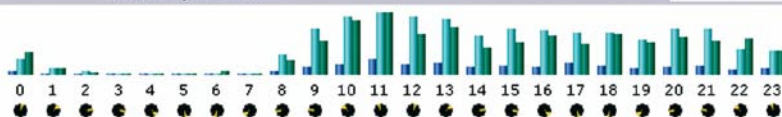
Mes	Visitantes distintos	Número de visitas	Páginas	Solicitudes	Tráfico
Ene 2010	2163	3662	74330	337905	1.63 GB
Feb 2010	2276	4035	138667	429053	1.80 GB
Mar 2010	2366	4142	64198	336919	1.90 GB
Abr 2010	1912	3451	64084	292748	1.55 GB
May 2010	2310	4049	123262	377761	2.08 GB
Jun 2010	2083	3771	153481	394290	1.74 GB
Jul 2010	1659	3059	48201	241986	1.23 GB
Ago 2010	0	0	0	0	0
Sep 2010	0	0	0	0	0
Oct 2010	0	0	0	0	0
Nov 2010	0	0	0	0	0
Dic 2010	0	0	0	0	0
Total	14769	26169	666223	2410662	11.94 GB

Días de la semana



Día	Páginas	Solicitudes	Tráfico
Lun	2225.50	11484.50	52.58 MB
Mar	3639.67	15254.67	59.13 MB
Mie	1979.33	12336	62.26 MB
Jue	2161.50	11932.25	62.65 MB
Vie	1883.75	9674.25	55.97 MB
Sab	503.50	3065	19.28 MB
Dom	1061.75	3647.50	34.01 MB

Visitas por Horas



Visitas por Horas	Páginas	Solicitudes	Tráfico	Visitas por Horas	Páginas	Solicitudes	Tráfico
00	1056	5157	46.72 MB	12	3405	19705	81.08 MB
01	376	1863	13.16 MB	13	3744	18715	95.25 MB
02	192	1044	4.55 MB	14	2422	13283	53.96 MB
03	24	172	338.18 KB	15	3028	15730	64.59 MB
04	49	284	1.72 MB	16	2473	15030	79.72 MB
05	30	247	1.46 MB	17	3858	14045	63.02 MB
06	27	178	6.33 MB	18	3063	14024	83.03 MB
07	65	414	2.70 MB	19	2181	11803	65.28 MB
08	1017	6610	28.40 MB	20	2755	15558	76.68 MB
09	2755	15557	68.77 MB	21	3234	15284	67.70 MB
10	3647	19673	109.94 MB	22	1527	8539	74.25 MB
11	5229	20831	125.72 MB	23	2044	8240	47.71 MB

Países (Top 10) - [Lista completa](#)

Países		Páginas	Solicitudes	Tráfico
Spain	es	39038	193657	947.25 MB
Russian Federation	ru	446	446	2.22 MB
Great Britain	gb	205	931	4.37 MB
Andorra	ad	204	1451	6.92 MB
United States	us	112	337	8.75 MB
Japan	jp	67	179	2.21 MB
Germany	de	19	21	5.08 MB
Chile	cl	16	96	1.84 MB
Ireland	ie	14	94	464.66 KB
Ukraine	ua	10	10	7.69 MB
Otros		8070	44764	275.32 MB

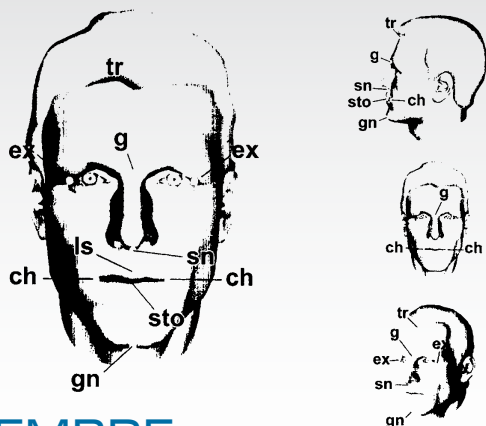
Duración de las visitas

	Número de visitas	Porcentaje
0s-30s	1433	46.8 %
30s-2mn	765	25 %
2mn-5mn	342	11.1 %
5mn-15mn	280	9.1 %
15mn-30mn	116	3.7 %
30mn-1h	93	3 %
1h+	27	0.8 %
Desconocido	3	0 %



agenda

Agenda de Formació Continuada del CLC



SETEMBRE

Jornada Fent pràctica amb el peu de rei

A càrrec de: Diana Grandi

Data: 4 de setembre de 2010 **Horari:** 10 a 13 h **Durada:** 3 h

Lloc: CLC

Imprescindible haver fet prèviament la jornada organitzada pel CLC sobre l'ús del peu de rei.

Curs Intervenció logopèdica en les dificultats d'aprenentatge (4a edició)

A càrrec de: M. Fernanda Lara

Dates: 17 i 18 de setembre de 2010 **Horari:** de 10 a 14 h i de

15 a 19 h **Durada:** 16 hores **Lloc:** CLC

Jornada Sessió informativa de l'Institut Català de l'Acol·liment i de l'Adopció (ICAA)

A càrrec de: Dolors Prats i Ana Domenech

Data: 29 de setembre **Horari:** 10.30 h. **Lloc:** CLC

OCTUBRE

Curs La lectura: processos i dificultats - nivell 2 - Aprofundiment en Reeduació i Intervenció Terapèutica

A càrrec de: M. Fernanda Lara

Dates: 1 i 2 d'octubre de 2010 **Horari:** de 10 a 14 h i de 15 a

19 h **Durada:** 16 hores **Lloc:** CLC

Curs Avaluació i intervenció de les dificultats del llenguatge: un enfocament basat en l'evidència - nivell 2 -

A càrrec de: M. Fernanda Lara

Dates: 15 i 29 d'octubre de 2010 **Horari:** de 10 a 14 h i de

15 a 19 h **Durada:** 16 hores **Lloc:** CLC

Curs Detecció, diagnòstic i tractament de les disfuncions orofacials - nivell 1 (14a edició)

A càrrec de: Diana Grandi, amb la participació d'Yvette Ventosa

Dates: 16, 22 i 23 d'octubre de 2010 **Horari:** divendres 22 de 10 a 14 h i de 15 a 18 h; dissabtes 16 i 23 de 10 a 14 h i de 15.30 a 18 h **Durada:** 20 hores **Lloc:** CLC

ABRIL 2011

6es JORNADES DE LOGOPÈDIA i ODONTOLOGIA Fòrum Dental del Mediterrani

"Avenços en l'abordatge interdisciplinari de les disfuncions orofacials"

8 d'abril de 2011 – Palau de Congressos de Montjuïc

Bloc del matí: Detecció i avaluació de les disfuncions orofacials. Estat actual i noves propostes.

Elsa Bottini, Laura Carasusán, Anna Casals, Maria Céspedes, Jordi Coromina, Graciela Donato, Pablo Echarri, Lyda Lapitz, Anna Pujol, Ivette Ventosa i Emma Vila.

Bloc de la tarda: El tractament interdisciplinari de les disfuncions orofacials en diferents àmbits d'atenció: realitat o ficció?

Mar Costa, Mònica Egea, Diana Grandi, Esther López Almunia, M.Carme López García, Tomasa Pastor i Elisenda Peradejordi.

Esperem la confirmació de tots els ponents. A la cloenda de les jornades es lliurarà el premi al millor pòster.

Reserva't la data!

JULIOL 2011

3r Congrés del Col·legi de Logopedes de Catalunya

7 i 8 de juliol de 2011 –

Casa Convalescència (Barcelona)

DIJOUS 07/07/11

Bloc 1: Avaluació i intervenció en TEL

Conferència inaugural: Gina Conti

• **Ponents confirmats:** Gina Conti, Marc Monfort, Miquel Serra, M. Fernanda Lara, Elvira Mendoza • **Ponents a confirmar:** Anna López, Roser Colomer, Cristina Boix

DIVENDRES 08/07/11

Bloc 2: Alteracions neurològiques que cursen amb dificultats del llenguatge i l'alimentació

• **Ponents confirmats:** Asun Aracil, Helena Bascuñana, Manel Roig, Montse Guillén, Josep M. Vendrell, Elisabeth Dulcet, Ingrid Fontanals

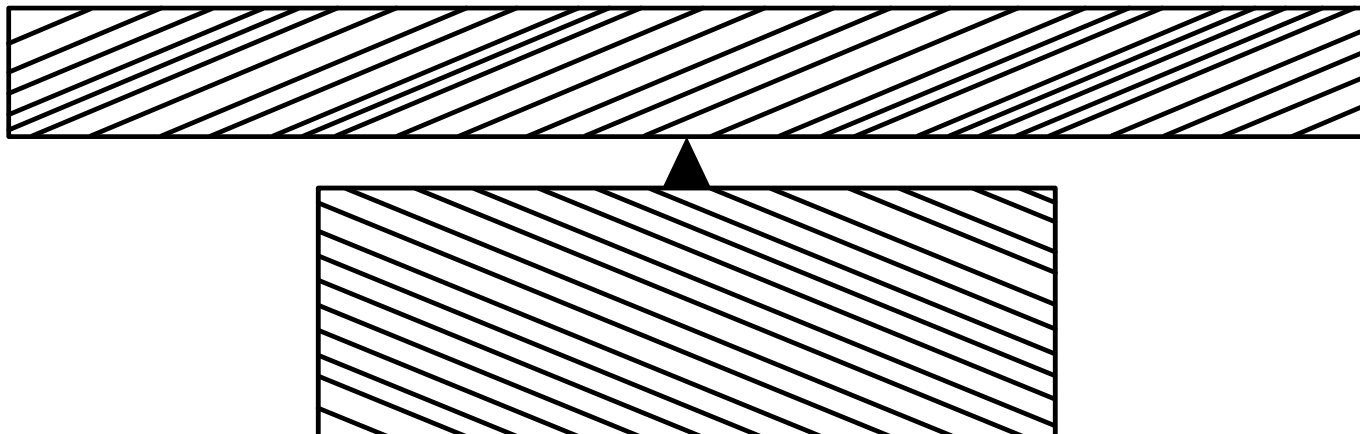
Tallers sobre: - **Disfàgia:** Helena Bascuñana – **TEL:** Gina Conti – **Pragmàtica:** M. Fernanda Lara

Les ponències i tallers que no siguin en castellà disposaran de traducció simultània

Reserveu-vos aquestes dates Més informació: www.clc.cat T'ESPEREM A BARCELONA!

No tot és el que sembla

I en assegurances d'assistència sanitària, sovint tampoc...



Creu que els dos rectangles són paral·lels? www.mgc.es/nototeselquesembla

Davant de qualsevol oferta cal informar-se bé per prendre la millor decisió. És important saber:

- si tindrem cobertes les **intervencions menys freqüents**, però no per això menys importants, i que acostumen a ser molt costoses.
- si tindrem cobertes totes les **pròtesis o els darrers tractaments contra el càncer**, com els anticossos monoclonals.
- quina és l'amplitud del **quadre mèdic** i si els **equips mèdics de més prestigi** estan concertats. No és suficient tenir concertats centres de renom si després no podem accedir als seus equips de professionals.
- si podrem consultar qualsevol **ginecòleg i pediatre**, i no només els que apareixen al quadre mèdic.
- si l'assegurança inclou tot tipus de **tècniques diagnòstiques i terapèutiques de darrera generació**, com l'estudi mitjançant PET del metabolisme cerebral o les isquèmies cardíaques, els neuronavegadors, o si només queden cobertes en algun cas molt especial.
- si l'asseguradora posa traves o dificulta l'accés a les prestacions, per tal de poder **mantenir quotes baixes**.

Abans de prendre cap decisió, parli amb un assessor de Mútua General de Catalunya. Pensi que quan més ho necessiti potser ja no podrà canviar d'asseguradora.



MÚTUA General de Catalunya

Tuset, 5-11 - 08006 Barcelona - Tel. 93 414 36 00

Granollers | Igualada | Mataró | Sabadell | Sant Cugat del Vallès | Terrassa | Vic | Girona | Lleida | Tarragona | Palma de Mallorca

Oficines comercials a: L'Hospitalet de Llobregat | Manresa | Vilafranca del Penedès | Vilanova i la Geltrú | Blanes | Figueres | Olot | Palamós |

Amposta | Reus | El Vendrell | Lluçmajor

www.mgc.es | e-mail general: mgc@mgc.es - atenció al mutualista: atm@mgc.es

BS Nòmina

Oferta per a:



Col·legi
de Logopedes
de Catalunya

*“Vull
zero comissions
i tots els avantatges”*

Amb la nòmina, **sí**

Sí a **zero comissions** d'administració i manteniment, **sí** a **targetes** de crèdit i dèbit **gratuïtes**, **sí** a **reinteguments gratis** amb targeta de dèbit en més de 32.000 caixers ServiRed * (en disposicions per un import igual o superior a 60 euros) y **sí** a la **devolució del 3%** dels meus rebuts de gas, llum, telèfon, mòbil i Internet.**

I a més a més, **només pel fet de pertànyer al meu col·lectiu professional**, gaudiré d'una selecció de productes i serveis en condicions preferents perquè podré:

- Avançar un mes el meu sou, amb **BS Avançament Nòmina**, al 0 % d'interès, que podré pagar fins a 6 mesos i sense comissions d'obertura, estudi ni cancel·lació.
- Equilibrar la meua economia durant tot l'any, amb **BS Pòlissa de Crèdit Professional**, un crèdit del qual només pagaré interessos per la quantitat utilitzada i durant el temps de què en disposi. Sense despeses de formalització ni de renovació.

Nosaltres ens encarreguem gratuïtament de fer totes les gestions. Informi-se'n a les nostres oficines o trucant al 902 383 666.

* Per un import inferior, s'aplicarà un 1% sobre l'import de l'operació (mínim 0,60 euros).

** Oferta vàlida per a nòmines domiciliades per primera vegada a les entitats de grup Banc Sabadell a partir del 20 d'abril de 2009.

Requisits: import de la nòmina superior a 700 euros i domiciliació d'un mínim de tres rebuts, dos dels quals han de ser de llum, gas, telèfon, mòbil o Internet.



SabadellAtlántico

El valor de la confiança

