

LOGOPÈDIA

Revista Col·legi de Logopedes
de Catalunya

Primavera 2024



Pràctica basada en l'evidència

25è aniversari del CLC

Una oportunitat per
celebrar el camí fet,
tot posant la mirada
en el futur

Pràctica clínica de qualitat

Propostes actualitzades
per seguir millorant en
l'exercici de la professió

Atenció centrada en la persona

La persona atesa
i la família esdevenen
el centre dels processos
terapèutics

**Col·legi de Logopedes
de Catalunya**



Comissió de revista

Mireia Sala, Núria Duaso, Xon Belmonte,
Cristina Rimbau, Gemma Oliver, Diana Sebastián

Col·laboradors

Celia Alba, Caritat Almazán, Alondra Camus,
José Francisco Cervera, Alfonso Igualada,
Alejandra Gómez-Raya, Gonçalo Leal,
Alba Lucas, Celia Martínez, Franklin Susanibar

Edició

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

Disseny

www.blocd.com

Maquetació

www.spread.eu.com

Imatge de portada

David Lorente

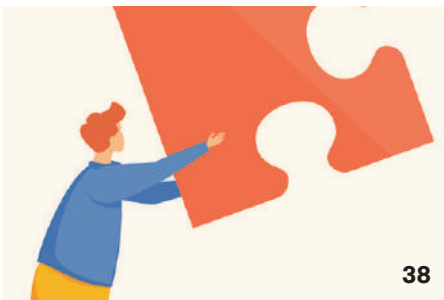
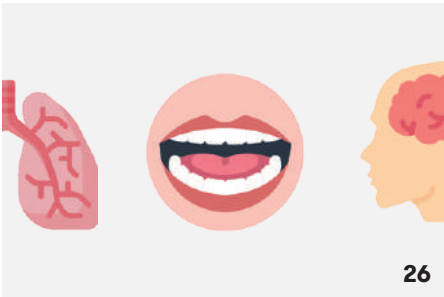
Dipòsit Legal

B-6850-2001- ISSN 1696-1544

La Revista *Logopèdia* és una publicació del Col·legi de Logopedes de Catalunya. Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades-CompartirIgual.

Normativa per a la publicació

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



Editorial

5 Celebrem 25 anys i donem veu al futur

Vida col·legial

10 25è aniversari del CLC

12 Eleccions 2023: renovació de la junta de govern

13 La creació del document de bones pràctiques en logopèdia

14 Presentació del Codi deontològic

16 Innovació i compromís: el nou camí de la comissió d'atenció primerenca del CLC

18 Monogràfic | Els components de l'èxit en la pràctica de la logopèdia

20 Contra el sentit comú

22 Com aproximar-nos a la pràctica basada en evidències (PBE) com a logopedes? El termòmetre de la pràctica clínica de qualitat

26 Pràctiques clíniques que s'han desmentit amb evidència científica

28 Trastorno de los sonidos del habla. Controversias y datos científicos sobre el uso de ejercicios oromotores no verbales (EONV) en la evaluación e intervención

32 La evolución del tratamiento de la disfemia gracias a los últimos avances en investigación

38 La toma de decisiones compartida en el marco del modelo clínico centrado en la persona

44 La pràctica de l'evidència: l'aportació de les doctorandes

46 L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya: el programa 'Essencial'

49 Agenda

Tastets de llengua

50 El camí de l'evidència

Organigrama

51 Qui hi ha darrere del CLC?



Editorial

Aquest any el CLC ha celebrat el seu 25è aniversari amb el lema “Celebrem i donem veu al futur”. Durant aquest quart de segle, les juntes de govern del CLC, juntament amb els seus col·legiats, han treballat per dignificar i visibilitzar la professió i els seus professionals en tots els àmbits d’actuació de la logopèdia.

En els últims mesos, la Junta de Govern s’ha renovat parcialment a través del procés electoral que va tenir lloc durant la tardor del 2023. D’entre tots els reptes que ha assumit la Junta en aquest exercici, un dels més rellevants ha estat renovar el Codi deontològic. La nova Junta té el propòsit ferm de posar-lo en valor i actualitzar-lo per tal que ens orienti i ens reguli en la pràctica professional.

Els articles de vida col·legial us acosten a la realitat i a la feina compromesa del dia a dia del Col·legi, amb propostes tan rellevants com la creació del document de bones pràctiques en logopèdia o els fruits del treball continuat de la Comissió d’Atenció Primerenca.

El tema monogràfic d’aquesta revista és la pràctica basada en l’evidència (PBE) i això no és casual. La segona norma general que trobem al nou Codi deontològic publicat al mes de novembre hi diu: “Els logopedes han de seguir els principis comuns a tota deontologia de les professions sanitàries: protecció dels drets humans, respecte, honestedat, prudència en l’aplicació de tècniques i instruments, competència professional i fonamentació en l’evidència científica”. La PBE és una obligació que tenim cap a la nostra professió i cap als nostres pacients; i vol dir que, per a cada cas concret, en comprometem a dur a terme la intervenció més adequada. Per això, a través de les veus de logopedes eminents en la matèria, hem volgut mostrar-vos diferents cares d’aquest prisma des de les quals enfocar més clarament la nostra pràctica centrada en la persona.

Desitgem que la nova revista us porti informació rellevant i us engresqui a continuar treballant per fer sentir la nostra veu ara i en el futur.

Junta de Govern

A continuació us compartim el discurs de la nostra degana realitzat el passat 3 de novembre de 2023 en la celebració del nostre aniversari.



Discurs per a la celebració de 25è aniversari del CLC

Mireia Sala
Degana del CLC

L'any 2023 ha estat un any de felicitat i joia perquè hem celebrat el 25è aniversari del Col·legi de Logopedes de Catalunya (CLC). I ho hem fet en un entorn extraordinari, el Palau de la Música Catalana, en reconeixement de la idíl·lica relació que sempre ha existit entre la música i la logopèdia.

És meravellós veure com la petita institució del CLC s'ha anat desenvolupant i creixent al llarg del temps. La professionalització i el creixement són indicatius del seu progrés i fortalesa. Sota aquest paraigua podem protegir els interessos del col·lectiu, establir un marc regulador per a l'exercici professional i dur a terme una tasca crucial per a la societat que és garantir els drets dels ciutadans amb dificultats de comunicació, siguin de llenguatge oral o escrit, de parla, d'audició, de veu o de deglució.

La diplomatura de Logopèdia va néixer com una carrera de tres anys i, en aquell moment, pocs podien preveure que un professional d'aquesta carrera es pogués decantar per la via de la recerca, però aquesta possibilitat va arribar gràcies al canvi a grau i al reconeixement de la logopèdia com a professió sanitària en la Llei d'ordenació de les professions sanitàries (LOPS). Això va suposar un altre pas endavant, i avui dia hi ha més conscienciació del fet que la logopèdia és una àrea de coneixement científic i tècnic que genera i ha de generar evidència.

Per a aquesta ocasió, em permetré fer una referència especial al conegut poema de **Kavafis** musicat per Lluís Llach, *Viatge a Ítaca*, que serveix com a metàfora del trajecte que el CLC va iniciar l'any 1998.

“El “viatge a Ítaca” posa de manifest la importància de lluitar, perseverar i tenir paciència al llarg del camí.”

Sense cap mena de dubte, el CLC ha hagut de lluitar molt per impulsar el reconeixement de la professió. Aquesta lluita ha estat un llarg periple, i ho continua essent, marcat per la perseverança, ja que sovint hem afrontat reptes i obstacles que més tard i amb l'experiència ens adonem que estan fora del nostre control.

Després de fer grans esforços, encara ara els responsables de les polítiques públiques no perceben la logopèdia com un problema ni tampoc com una part de la solució per millorar la qualitat de vida de les persones; hem dut a terme nombroses reunions conjuntes i hem participat intensament en grups de treball però, la majoria de vegades, no n'hem vist els resultats desitjats.

Com a exemples recents tenim el **Fòrum de diàleg professional** on es va treballar de valent des del setembre del 2018 al novembre del 2019, però encara ara no s'ha concretat el desplegament de les propostes aportades pels diferents grups de treball que, pel que fa a la logopèdia, eren molt satisfactòries.

També estem a l'espera del nou Pla de rehabilitació, en què el CLC va desplegar l'any passat un nombre d'experts considerable per entomar des de l'excel·lència totes les aportacions dels grups de treball; a hores d'ara també desconexim com s'implantarà i com quedarà la cartera de serveis.

Actualment també participem en el nou protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica i hi estem il·lusionats perquè creiem que a pediatria farem un pas endavant. I ara mateix, a través del Grup de Treball dels Trastorns del Neurodesenvolupament i de l'Aprenentatge de la Societat Catalana de Pediatria, i de la mà de la seva presidenta, Anna Gatell, estem unint esforços per aconseguir que cap infant es quedi enrere ni per problemes de llenguatge ni d'aprenentatge.

El poema de Kavafis insisteix en la importància de seguir el consell dels savis que guiaran cap a Ítaca, i això és precisament el

que hem fet en la nostra trajectòria. S'ha dut a terme una feina de qualitat i hem seguit el camí marcat per l'experiència i el coneixement de professionals i acadèmics que coneixen les lleis i la professió. Vull agrair públicament el gran suport que he tingut com a presidenta del CGCL i del CLC de Climent Giné com a referent en temes relacionats amb la discapacitat i l'escola inclusiva, tant en l'àmbit del Ministeri com del Departament d'Ensenyament; de José Francisco Cervera, com a president de la conferència de les universitats espanyoles que cursen el grau de Logopèdia i excompany del CGCL com a president del col·legi de València; de Francesc Vila i Sergi Chimenos i de Benito Fernández-Hijicos com a advocats del CLC i del CGCL, i de Núria Duaso, vicedegana durant vuit anys del CLC i gran coneixedora del sistema sanitari català. Així com d'altres degans de col·legis professionals amb qui compartim estratègies i ens ajudem. Prova d'això és el gran suport que ens vam donar durant la pandèmia.

Quant a la referència a l'aprenentatge i al creixement personal que suposa el viatge, el CLC té la missió d'assegurar que els membres del col·lectiu assoleixin en el decurs del camí l'excel·lència professional i els més elevats estàndards ètics que assegurin una atenció de qualitat. Per aquest motiu, hem redactat un **Pla de desenvolupament professional continu** lligat a les necessitats reals que necessita la societat seguint els criteris del Departament de Salut, que guia el viatge formatiu.

També recentment hem presentat una versió revisada del codi ètic adaptada als temps actuals. El Codi Deontològic és el cor del CLC i n'estem orgullosos.

I quines són les nostres fites? On volem arribar?

Volem garantir un servei universal perquè cap persona que ho necessiti es quedi sense una assistència logopèdica adequada. Els logopedes treballem amb persones des del naixement fins a les últimes etapes de la vida, per aquest motiu cal augmentar la presència d'aquest professional sanitari en la cartera d'especialistes dels serveis públics:

1. Començaré parlant de l'atenció primària per a la prevenció i la intervenció en fases inici-

Vida col·legial

als. Hi ha demanda dels pediatres i dels metges de família per a geriatria.

En l'àmbit infantil, cal detecció i intervenció precoç en trastorns de la comunicació i del llenguatge i, aquí, primària hi té un paper important. Augmenten les demandes d'infants amb problemes de llenguatge i sovint arriben tard; la pandèmia va comportar que moltes famílies haguessin de compaginar el teletreball amb la criança i molts infants van estar excessivament exposats a les pantalles. Un altre factor que cal tenir en compte és que la pandèmia ha limitat la varietat i freqüència de les interaccions socials i el joc amb els companys, i d'interaccions en diferents contextos. Amb les mesures de distanciament social, la interacció va quedar limitada a l'ambient intrafamiliar i sabem que la variabilitat dels interlocutors és necessària per al desenvolupament del llenguatge.

Ens preocupa la confusió que hi ha en moltes escoles en el sentit que el nen ha de seguir el ritme de la seva maduresa, però quan existeix un trastorn de llenguatge, ja sigui oral o escrit, és vital intervenir com més aviat millor i no esperar que maduri tant que caigui de l'arbre. Un retard, fins quan és un retard? Això es desconeix perquè no hi ha prou experts en llenguatge per saber-ho diferenciar. Deixem passar un temps d'or en el neurodesenvolupament, un període crític, i després es complica tot. En altres països, des d'atenció primària, es proporciona orientació als pares i als educadors sobre com millorar les habilitats de comunicació i llenguatge dels infants.

A banda de l'àmbit infantil, des del CLC fem sessions de formació a atenció primària per detectar la disfàgia, però no tenim garantida la intervenció ni el seguiment des d'aquest servei.

2. A l'atenció intermèdia la cartera de servei ve derivada del Pla estratègic d'atenció geriàtrica i del Pla estratègic d'atenció pal·liativa especialitzada de Catalunya com alguns dels elements de la transformació de l'atenció socio-sanitària a l'atenció intermèdia, però hi trobem a faltar la figura del logopeda en els equips interdisciplinaris. I no ho entenem, perquè ja hi érem presents, però ara s'organitza diferent i no hi som. Perdoneu si els cito tots, però em sembla important fer-ho: **unitat geriàtrica d'aguts,**

suport hospitalari de geriatria, consulta externa interdisciplinària, hospital de dia d'atenció intermèdia, hospitalització domiciliària d'atenció intermèdia, unitat de subaguts, unitat de recuperació funcional, unitat de continuïtat de cures, unitat psico-geriàtrica, PADES, unitat de llarga durada, unitat de dany cerebral adquirit.

En l'entrevista a què vam assistir amb el conseller Manel Balcells, es va comprometre a tractar aquestes mancances en el redactat dels plans a través de la comissió mixta. Confiem molt en aquesta comissió perquè sempre hi hem treballat molt bé i de forma efectiva.

3. Serveis de rehabilitació (Direcció General de Planificació i Recerca en Salut): cal augmentar el finançament per aconseguir una alta qualitat assistencial. La cartera de serveis s'ha d'ampliar i caldran més logopedes dins els equips de rehabilitació tant en infantil com en adults (atenció a la vellesa).

4. Atenció domiciliària des d'atenció primària i des de rehabilitació: és molt important el seguiment domiciliari dels malalts fràgils o posthospitalaris amb alteracions de llenguatge i deglució.

5. Hospitals: tenim un problema important de manca d'equitat territorial i un nombre baix de logopedes en hospitals. Nosaltres podem intervenir a les unitats de neonatologia amb nadons prematurs fins a unitats geriàtriques de demència.

6. Cal incorporar logopedes a **residències de gent gran.**

7. Convé que hi hagi més logopedes a **CDIAPS** per cobrir el nombre elevat de problemes de comunicació i llenguatge.

8. Cal vetllar pels logopedes que treballen en **centres privats** perquè puguin establir pràctiques sostenibles i, sobretot, perquè no se sentin sols i puguin compartir una mirada interdisciplinària i fer xarxa.

9. En el **context escolar** calen més logopedes com a professionals experts en comunicació i

llenguatge oral i escrit, ja que poden avaluar i intervenir des d'una perspectiva naturalista o ecològica. Hauríem de tenir un paper important en els suports intensius, mentre que en els suports més universals el seu paper hauria d'estar més enfocat a l'assessorament del personal docent. Aprofito que tenim entre nosaltres la directora general d'Educació Inclusiva, la Laia Asso, per fer força en aquest sentit. En altres països, malgrat que la logopèdia és sanitària, es pot intervenir en el context natural de l'infant. Catalunya ha gaudit dels CREDA, que no existeixen a la resta de l'Estat espanyol, però el perfil que li ha funcionat fins ara de mestres-logopedes ja no existeix.

10. Necessitem logopedes **als centres de salut mental** per millorar la comunicació i la interacció social de les persones.

11. I calen logopedes a **Justícia** com a facilitadors de la comunicació.

A mesura que avancem en les diferents etapes d'aquest viatge, algunes persones van desembarcant i d'altres n'anirem sortint properament, però el CLC continuarà avançant incansablement:

- Per regular la professió
- Per reforçar la nostra visibilitat
- Per l'excel·lència professional
- Per crear consciència pública
- Per fer pressió a l'Administració
- Per promoure la formació i la recerca
- Per establir protocols i guies clíniques
- Per col·laborar amb altres professionals de la salut amb la voluntat conjunta d'aconseguir una atenció de les persones més completa i integral.

Aquest viatge està ple d'aprenentatge, d'expectatives, de moments d'alegria, però també de moments de decepció. Han estat 25 anys de vocació de servei de tots els integrants que hem estat i encara estem a la Junta. S'ha prioritzat la transparència, la professionalització i el bon govern. Portar el timó d'una organització en constant creixement implica sortejar molts obstacles durant el viatge, però ho anem fent tan bé com podem sense perdre l'esperança.

Avui celebrem un quart de segle de dedicació, d'esforç i de compromís del CLC i, quan mirem enrere, som conscients que s'han creat uns fonaments que ben segur ens permetran recollir fruits en un futur pròxim.

Volem expressar la nostra sincera gratitud a tots els membres del CLC que han passat per la Junta, a totes les persones que han format i formen part de l'equip tècnic i de l'administració, a les associacions de famílies, societats i associacions científiques, a les universitats, als col·legis de logopèdia d'altres comunitats autònomes, als degans i presidents d'altres professions amb qui hem col·laborat estretament, especialment en moments molt difícils com la gestió de la pandèmia, i, sobretot, a tot el col·lectiu de logopedes: moltes gràcies.



Mireia Sala, Degana del CLC

25è aniversari del CLC

El passat 3 d'octubre el Col·legi de Logopedes de Catalunya va complir 25 anys. Durant aquest quart de segle el CLC ha treballat amb un esforç continuat per promoure i professionalitzar la logopèdia a Catalunya, protegir els interessos del col·lectiu i garantir els drets dels ciutadans amb dificultats de comunicació i deglució.

Aquest aniversari és una oportunitat per reflexionar sobre els èxits i els reptes que hem enfrontat al llarg d'aquests 25 anys. Hem superat desafiaments, hem impulsat millores en el camp de la logopèdia i hem treballat de valent per aconseguir un reconeixement i una regulació adequada per a la nostra professió.

Així mateix, durant aquests 25 anys el CLC ha estat un far de coneixement i formació per als professionals de la logopèdia. S'han organitzat congressos, conferències i formacions que han enriquit els coneixements i les habilitats dels logopedes, afavorint la seva formació contínua i actualitzant-los en les últimes tendències i investigacions.

A més, s'han establert aliances amb altres institucions, organismes i associacions per promoure la importància de la logopèdia i defensar els interessos dels nostres professionals i pacients. El treball en xarxa ha reforçat la nostra veu i influència, de manera que ens ha permès avançar cap a una millor atenció i reconeixement per a la logopèdia.

Mirem cap al futur amb entusiasme i determinació. Les dècades vinents estan plenes de reptes i oportunitats, i estem preparats per afrontar-los amb la mateixa passió i professionalitat que ens ha caracteritzat fins ara. Continuarem treballant per aconseguir un reconeixement ple i una regulació adequada per a la logopèdia,



Núria Duaso, Mireia Sala, Mag Lari, Climent Giné, Enriqueta Garriga

Visita la pàgina especial del nostre aniversari amb les principals imatges i vídeos de la celebració:

www.clc.cat/25aniversari

Versió mòbil:





Núria Duaso i Mireia Sala

per millorar la formació i les competències dels nostres logopedes, i per garantir una atenció de qualitat per als pacients que atenem.

Així doncs, el Col·legi de Logopedes de Catalunya, primer col·legi de logopedes de l'Estat espanyol, va celebrar el passat divendres 3 de novembre un acte festiu i reivindicatiu de la logopèdia a Catalunya. L'esdeveniment va comptar amb la presència d'autoritats del Departament de Salut, d'Afers Socials i d'Educació, representants de les principals universitats, col·legis professionals, associacions i, entre altres, entitats vinculades a salut i educació.

La degana del Col·legi, Sra. Mireia Sala, va destacar el camí que s'ha recorregut i els esforços que s'han dut a terme pel reconeixement de la professió i el seu paper essencial en la millora de la qualitat de vida de les persones. En el seu discurs inicial va dir: "Els responsables de les polítiques públiques no perceben la logopèdia com un problema ni tampoc com una part de la solució per millorar la qualitat de vida de les persones". També va assenyalar que, com a societat, tenim el deure de prevenir, diagnosticar i tractar les dificultats de la comunicació i la deglució.



Diana Grandí, Anna Civit, Mireia Sala, Xon Belmonte

El director general de Professionals de la Salut, Sr. Marc Soler, va afirmar en la seva intervenció: "...possiblement on esteu (els logopedes) més referenciats en el sector públic és en els [pacients] aguts i en els àmbits dels hospitals, però és important incorporar-vos a l'atenció primària, salut mental, atenció intermèdia, etc.". Així, es va fer palesa la necessitat d'augmentar la presència de logopedes en la cartera d'especialistes dels serveis públics. Va destacar també el foment del treball en equip per part dels logopedes com un element clau de les professions sanitàries.

El vicesecretari del Consejo General de Colegios de Logopedas, el Sr. Antonio Clemente, va agrair al Col·legi de Logopedes de Catalunya la visibilització de la professió al llarg d'aquests vint-i-cinc anys. Hi va participar també l'exdegana del col·legi, la Sra. Anna Civit. La cloenda va estar precedida per l'espectacle del Mag Lari.

Va ser una trobada molt especial entre professionals de la logopèdia, on es va evidenciar que la professionalització i el creixement són indicatius del seu progrés i fortalesa.



Lucía López, Marina Pintanel, Judit Guim, Paula Resina, Rebeca Sánchez, Wencke Brauns, Núria Oriol, Mireia Sala, Xon Belmonte i Glòria Tiana

Eleccions 2023: renovació de la Junta de Govern

Celebrem una nova fita històrica d'evolució a la nostra organització: el canvi de junta. És un moment de transició en què donem la benvinguda als nous membres i expressem el nostre agraïment a les professionals de la junta sortint, que s'hi han dedicat amb coratge, il·lusió i compromís.

De conformitat amb el que disposa l'article 55 dels Estatuts col·legials vigents, en sessió de 28 d'agost de 2023, la Junta de Govern del CLC va acordar convocar eleccions per al dia 30 d'octubre de 2023, amb la finalitat de proveir els càrrecs de sotsdegà/sotsdegana, secretari/secretària, comptador/comptadora i tres vocals de la Junta de Govern.

Es va presentar una única candidatura conjunta per a cada un dels diferents càrrecs, formada pels següents membres: **Xon Belmonte** (Sotsdegana), **Mariona Clofent** (Secretària), **Glòria Tiana Fontanillas** (Comptadora) i **Anaís López López, Rebeca Sánchez Borrego i Marina Pintanel Morral** (vocals).

La Junta de Govern del CLC reunida en sessió extraordinària el dia 9 d'octubre de 2023, després d'haver comprovat que totes les candidates presentades complien els requisits per a concórrer a les eleccions, fixats en els articles 52, 54 i 58 dels Estatuts del Col·legi de Logopedes de Catalunya, aprovats per l'Assemblea General Extraordinària celebrada el dia 2 de juliol de 2008 i publicats en el DOGC número 5460 de 8 de setembre de 2009, i modificats en relació amb els articles 52 i 54 mitjançant acord de l'Assemblea General Extraordinària de 20 de juliol de 2015 publicat al DOGC de 7 d'agost de 2015, va acordar proclamar l'única candidatura presentada. Per tant, els membres d'aquesta candidatura van quedar automàticament elegits per ocupar els càrrecs de sotsdegana, secretària,

comptadora i tres vocals del CLC durant un període de quatre anys.

Volem agrair a Núria Duaso, Montse Costa i Anna Bistuer, membres de l'antiga Junta, la dedicació i l'esforç de tots aquests anys, així com a la Xon Belmonte, la Mariona Clofent i també la Marina Pintanel, que renoven mandat amb noves responsabilitats. Cal reconèixer la dedicació de les membres de la Junta que es mantenen: Mireia Sala Torrent, Judit Guim Tarruella, Wencke Brauns, Núria Oriol Peregrina, Lucía López Baños i Paula Resina Curado, que amb la seva feina destinada al Col·legi auguren un futur molt motivador per als professionals de la logopèdia.

Finalment, donem una emotiva benvinguda a les noves membres de la Junta, Anaís López, Rebeca Sánchez i Glòria Tiana, a les quals desitgem sort i encerts en aquest nou repte.

En aquest moment, és important recordar que tots nosaltres compartim un objectiu comú: impulsar el reconeixement de la professió. El canvi és una oportunitat per al creixement i la innovació. Des del Col·legi continuarem esforçant-nos per regular la professió i reforçar la visibilitat de la logopèdia a Catalunya. També ens concentrarem a assolir l'excel·lència professional, crear consciència pública, promoure la formació i la recerca, establir protocols i guies clíniques, així com a continuar col·laborant amb altres professionals de la salut i treballar conjuntament per aconseguir una atenció a les persones més completa i integral.

De nou donem les gràcies als que ens han precedit, que ja han establert unes bases, i donem la benvinguda als nous reptes amb energia i determinació. Juntes, podem prendre decisions audaces, crear un canvi significatiu i portar la nostra professió cap a un futur brillant.



La creació del document de Bones pràctiques en logopèdia

Un document actualitzat que contribueix a orientar i regular els tractaments i les eines d'avaluació

El CLC està treballant per completar el document *Bones pràctiques en logopèdia*. Aquest text pretén ser un resum de la intervenció del logopeda en les diferents patologies pròpies de la disciplina. La idea de redactar aquest document sorgeix de l'oportunitat d'aprofitar les aportacions fetes pels logopedes experts en les seves patologies durant les sessions de treball de les comissions del CLC; aquestes comissions van crear el contingut que va aportar el CLC als grups de treball definits pel Departament de Salut amb l'objectiu de redactar el nou Pla de rehabilitació de Catalunya.

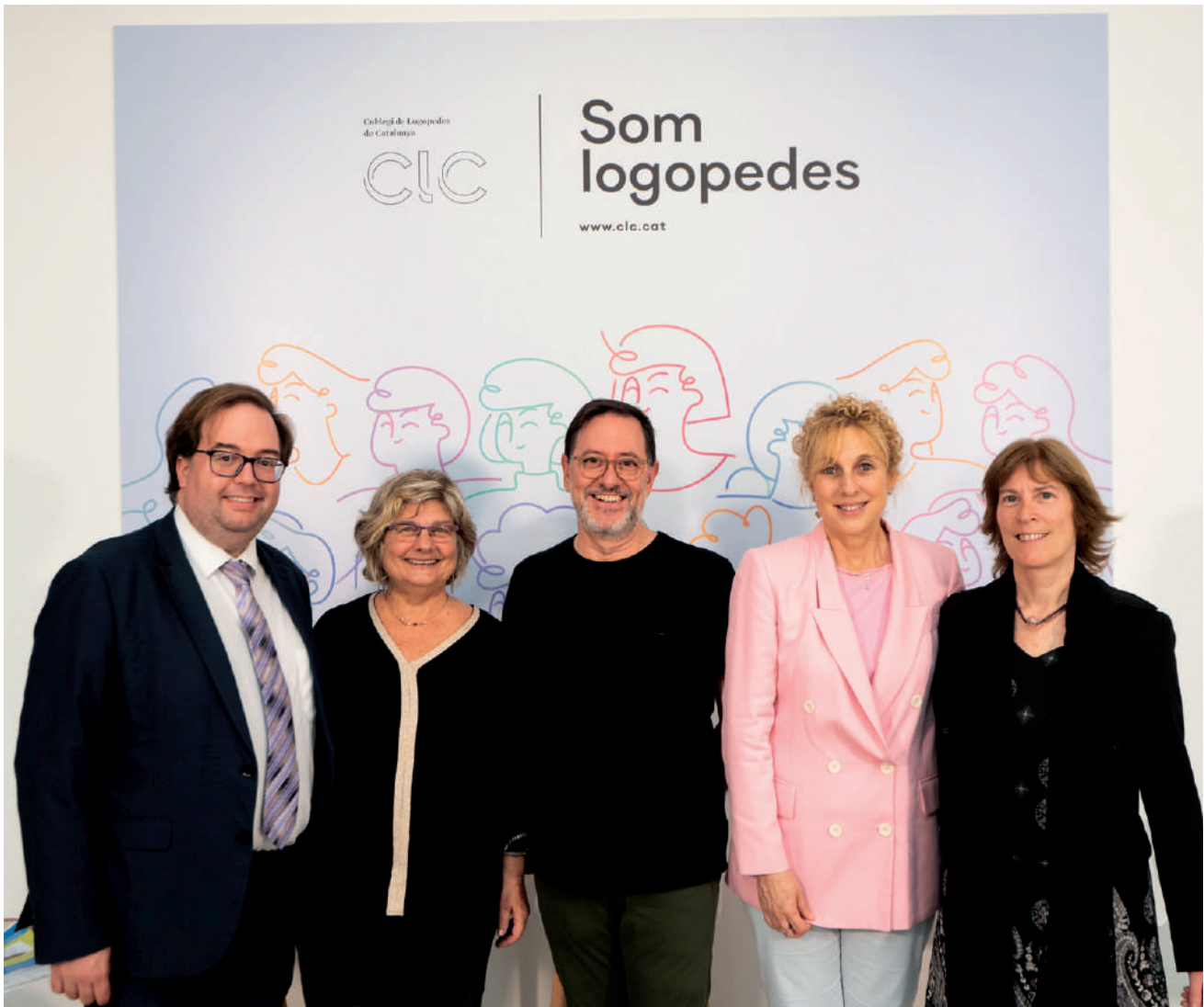
El document de bones pràctiques s'adreça a logopedes i estudiants de logopèdia, professionals de l'àmbit de la salut i institucions tant autonòmiques com estatals. Els seus objectius són actualitzar referències de tractaments i eines d'avaluació, i donar pautes que orientin i regulin la professió des del mateix Col·legi.

El procés de creació del text va començar amb el recull de documents elaborats per cada comissió; a partir d'aquí es va generar una nova estructura comuna per a totes les patologies i es va aprofitar el contingut ja creat. Seguidament, es va passar a una fase d'unificació per donar coherència a la globalitat.

Aquesta nova estructura del document respon a la voluntat de facilitar la comprensió i l'accés als continguts: explicació de la patologia, senyals i símptomes clínics, codificació CIM-10, causes, epidemiologia, impacte en la vida de la persona i gradació de severitat; rol del logopeda i orientació interdisciplinària; diagnòstic logopèdic a partir de l'exploració clínica de les estructures i funcions corporals, participació, activitats i qualitat de vida, i context; persones que convé atendre amb criteris d'inclusió i criteris per a la regulació de la intensitat del tractament; intervenció logopèdica preventiva, de millora i rehabilitació, de manteniment de la funció, i en l'entorn, a partir d'uns objectius, tenint en compte les intervencions no recomanades i l'equip material necessari; i, per acabar, un apartat d'informació d'alta amb els requisits i orientacions per a després de l'alta.

El document de bones pràctiques es troba en l'última fase de revisió per part d'un grup d'investigadors, després d'haver estat aprovat per la Junta de Govern del CLC. Esperem que vegi la llum durant el primer semestre de l'any 2024 i que sigui una eina útil per a tots els nostres col·legiats. Tots els qui hi estem treballant agraïm l'esforç i la generositat dels companys que van conformar els grups d'experts, sense la seva dedicació aquest document no hauria estat possible.

Presentació del Codi deontològic



Francesc Vila, Núria Duaso, José Francisco Cervera, Mireia Sala i Núria Oriol

“El Codi deontològic té una importància fonamental per a la professió i per al col·lectiu de logopedes en la seva relació amb els pacients, les famílies i la comunitat en general.”

El CLC, entre altres funcions, té la responsabilitat de vetllar pel bon desenvolupament de la professió, alhora que pels drets dels ciutadans, i això amb un compromís de dur-ho a terme aspirant a l'excel·lència. La tasca de regulació de la professió es materialitza també en l'actualització i millora del Codi deontològic, codi que suposa una guia d'obligat compliment per a tots els logopedes que exerceixen la professió. El Codi deontològic esdevé una guia de comportament bàsic, determinat per uns principis i normes que s'han d'adaptar a la realitat canviant.

L'adhesió a un codi deontològic comú reforça la confiança pública en la professió i millora la reputació i la visibilitat de la professió en la societat. Compartir aquest codi comú entre tots els professionals de la logopèdia contribueix a la unitat, la cooperació, i la cohesió del col·lectiu, i contribueix al creixement de la professió. El Codi deontològic té una importància fonamental per a la professió i per al col·lectiu de logopedes en la seva relació amb els pacients, les famílies i la comunitat en general. El compliment del Codi deontològic és una font de satisfacció i orgull per als membres del CLC.

Per aquest motiu, la Junta de Govern del CLC va considerar necessari nomenar un equip redactor que revisés i actualitzés el primer Codi deontològic del 2003, per tal d'ajustar-lo a les situacions que van apareixent en la pràctica logopèdica. Les tasques d'actualització van finalitzar el 2023.

Finalitzades les tasques de revisió i actualització, el nou Codi deontològic es va presentar el passat 19 d'octubre a les 19.30 hores a la seu del CLC. Per tal de presentar-lo i posar-lo en rellevància, es va preparar una taula rodona formada pel Sr. Francesc Vila, director associat a RocaJunyent i assessor jurídic del CLC, la Sra. Núria Duaso, sotsdegana en el moment de l'acte de la presentació del Codi del CLC, la Sra. Mireia Sala, degana del CLC, i la Dra. Núria Oriol, coordinadora de la Comissió d'Ètica i Deontologia i vocal del CLC. L'acte també va comptar amb el

Dr. José Francisco Cervera, que va presentar el seu llibre *Competencias y habilidades profesionales del logopeda*.

Mireia Sala, degana del Col·legi, va dur a terme l'obertura de l'acte, en què va ressaltar la importància de comptar amb un marc normatiu que reguli l'exercici de la logopèdia i va aprofitar per fer una crida a la cohesió i el creixement de la professió. A continuació, la sotsdegana, Núria Duaso, va presentar la tasca de la Comissió d'Ètica i va agrair als revisors la seva feina i dedicació. L'advocat Francesc Vila va parlar de la rellevància de la regulació de l'exercici de la professió a través del Codi deontològic i de la seva relació amb aspectes jurídics i legals. La coordinadora de la Comissió d'Ètica i Deontologia, la Dra. Núria Oriol, es va centrar en la importància de la reflexió ètica en l'exercici de la professió. Va il·lustrar amb exemples de casos la complexitat de la qüestió de la presa de decisions i va destacar el paper de l'ètica per qüestionar l'*statu quo* i assolir l'excel·lència en la professió. El Dr. José Francisco Cervera va presentar el seu llibre *Competencias y habilidades profesionales del logopeda*, fet que va servir per exposar els diferents escenaris ètics de la professió i la importància de posar consciència en els processos de presa de decisions.

Finalment, l'esdeveniment va comptar amb un torn de preguntes i amb una trobada de professionals més distesa, amb refrigeri i begudes. Va ser una gran oportunitat per gaudir d'una jornada de reflexió, actualització i trobada professional.

Innovació i compromís: el nou camí de la comissió d'atenció primerenca del CLC

La Comissió està integrada per totes aquelles persones col·legiades al CLC que tenen interès a formar-ne part de forma activa i que es comprometen a participar en les reunions i activitats programades que aquesta organitzi. Actualment està composta per trenta-dues logopedes col·legiades, que representen totes les demarcacions de Catalunya i engloben les diferents entitats on trobem l'atenció primerenca, tant del sector privat com de serveis públics de salut i educació: CDIAP, hospitals, escoles, centres privats... Per donar visibilitat a aquestes logopedes, s'ha creat una orla de la Comissió amb els noms de les integrants i el lloc on treballen.

Durant els mesos d'estiu, la Comissió d'Atenció Primerenca va portar a terme la creació del pòster *Ética, acciones y gestiones de la Comissió d'Atenció Primerenca del CLC: el papel del/la logopeda en la atención temprana*, que van presentar les logopedes Sílvia Boncompte (col·legiada núm. 3548), Pilar Jané (col·legiada núm. 3536) i Mireia Fusté (col·legiada núm. 1668) el 3 de novembre de 2023 a Bilbao al XIII Congreso Nacional Interdisciplinar de Atención Temprana. El congrés estava organitzat per la Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. Aquest pòster es va crear amb la intenció de difondre com s'organitzen les logopedes d'atenció primerenca a Catalunya, i animar la resta de professionals a organitzar-se de manera similar en les seves comunitats amb el propòsit de mantenir una comunicació fluida entre professionals i ajudar-se entre si.

ÉTICA, ACCIONES Y GESTIONES DE LA “COMISSIÓ D’ATENCIÓ PRIMERENCA DEL CLC”: EL PAPEL DEL/DE LA LOGOPEDA EN LA ATENCIÓN TEMPRANA

Col·legi de Logopedes de Catalunya



Boncompte Lorenzo, S.(1); Fusté Casaldàliga, M.(2) y Jané Peralta, P.(3)

(1) Logopeda CDIAP Agalma (Barcelona, Catalunya)

(2) Logopeda CDIAP Fundació Eulàlia Torras de Beà (Barcelona, Catalunya)

(3) Psicóloga y logopeda CDIAP Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell, Catalunya)

INTRODUCCIÓN



El “Col·legi de Logopedes de Catalunya” (CLC) fortalece estratégicamente su compromiso con la atención temprana mediante la creación de la “Comissió d’Atenció Primerenca”. Esta acción responde a una necesidad organizativa, objetiva y valorativa para delinear el perfil profesional del/de la logopeda en el ámbito de la atención temprana, en coherencia con las premisas del CLC y del GAT.

OBJETIVOS



- Reflejar la dedicación y el compromiso del CLC hacia la consolidación y valorización del perfil profesional del/de la logopeda en la atención temprana
- Definición de criterios técnicos y éticos claros, con marcos de reflexión e intervención basados en la evidencia y en investigaciones científicas actualizadas
- Mejorar los sistemas de evaluación y diagnóstico
- Adaptarse a las tecnologías emergentes
- Garantizar un acceso equitativo a los servicios de atención temprana en toda Catalunya

ACCIONES



- Encuentros regulares para el intercambio de bagaje y conocimientos
- Difusión de guías de buenas prácticas y protocolos que contribuyan a mejorar la atención profesional.
- Comunicación fluida entre las integrantes de la comisión y otros agentes

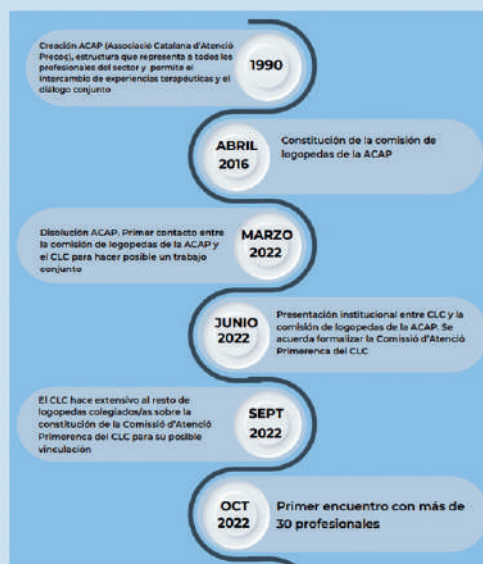


LÍNEAS DE FUTURO



- Difusión de la comisión (servicios públicos, congresos....)
- Prevención a través de conferencias, talleres y trípticos
- Protocolos de actuación en trastornos específicos
- Formación especializada
- Docencia especializada
- Investigación en AT

HISTORIA



EL PAPEL DEL/DE LA LOGOPEDA EN AT



- Acogida y recogida de datos (anamnesis)
- Evaluación y valoración de lenguaje y habla
- Diagnóstico
- Realización del programa de intervención
- Intervención logopédica individual o grupal
- Coordinación multidisciplinar
- Asesoramiento familiar
- Orientación para otros agentes
- Derivación para pruebas complementarias
- Evaluación continua del desarrollo
- Revisión diagnóstica y del programa de intervención

Agradecimientos:

Al CLC por su soporte institucional, especialmente a Meriona Clofent Torrentó, Presidenta de la “Comissió d’Atenció Primerenca”, por su dedicación e implicación.

A Laia Pujol por su soporte informático y logístico.

A las 53 integrantes de la comisión por hacer posible este póster.

¡Muchas gracias a todas!





Els components de l'èxit en la pràctica de la logopèdia

Monogràfic

Ben sovint sabem reconèixer un bon professional i, fins i tot, identificar l'excel·lència de col·legues de professió o altres professionals sanitaris. Avui, a través del monogràfic, us volem convidar a vetllar i treballar per ser millors professionals, responsables i compromesos; il·lusionats per atendre amb la màxima qualitat les persones que ens consulten ara i les que ho faran en el futur.

La pràctica basada en l'evidència aplicada a la logopèdia fa referència a l'enfocament professional en què els logopedes prenen decisions clíniques i duen a terme intervencions basades en la millor evidència científica disponible, combinada amb l'experiència clínica i les preferències dels pacients. Aquest enfocament contribueix a garantir una atenció de qualitat i promou que els pacients obtinguin millors resultats. També contribueix al fet que la presa de decisions estigui ben informada i fonamentada.

Saber aplicar aquest procediment complex demana coneixement i pràctica, i pot implicar un esforç notable. Per això, al llarg del monogràfic trobareu claus per saber aplicar les fases d'aquest procediment en el dia a dia de la vostra pràctica logopèdica. Esperem que us serveixin per poder plantejar els objectius d'intervenció adaptats i centrats en les persones que us consulten.

En una professió sanitària com és la nostra, aquesta pràctica és imprescindible i cal posar tota l'atenció a prendre decisions des d'aquesta perspectiva. És així com la professió anirà guanyant prestigi i solidesa.

Contra el sentit comú

Celia Alba

Logopeda

“És necessari objectivar la nostra pràctica o correm el risc de veure avenços o estancaments on no n'hi ha.”



Celia Alba (col·legiada núm. 613) és doctora en Lingüística, màster en Ciència Cognitiva i Llenguatge i logopeda. Treballa com a logopeda clínica a l'Hospital Sant Joan de Déu i com a tutora a la UNED. Ha dut a terme projectes divulgatius sobre el llenguatge humà i és autora de diversos llibres, com ara *El lenguaje. Las bases neuronales de la comunicación* (RBA) i *El origen del lenguaje. Un hito en la evolución* (Salvat).

Deixa'm que ho endevini: quan vas decidir estudiar logopèdia pensaves a ajudar persones que tenen alguna dificultat en algun aspecte. La teva vocació segurament era la d'assistir algú amb problemes per poder millorar d'aquesta manera la seva qualitat de vida. Probablement, en aquell moment no et plantejaves que estaves a punt de convertir-te en un científic, però. Entén-me bé: ja sé que no tots els logopedes lideren projectes de recerca o publiquen articles a revistes indexades. Quan dic que et convertiries en un científic vull dir que potser no et plantejaves que s'esperaria de tu que fessis servir amb solvència els mètodes i les eines que s'empren en la ciència. Altres professions sanitàries van arribar abans a la conclusió que la intervenció en matèria de salut s'ha de regir per pràctiques basades en l'evidència (la medicina n'és l'exemple paradigmàtic). Però no creguis: fins als anys trenta del segle passat ni tan sols la medicina no era gai-

re científica, ja que contemplava pocs remeis realment efectius per als problemes de salut de l'època i feia servir mètodes que no només eren ineficaços, sinó que eren d'allò més estrambòtics.

Ara bé, per què no podem exercir basant-nos simplement en l'experiència, el sentit comú i la bona fe, com s'ha fet sempre? Doncs, senzillament, perquè aquests tres mètodes no són fiables. Si estem d'acord que volem dur a terme teràpies efectives, hem de desconfiar d'aquestes tres premisses.

L'experiència. Els éssers humans veiem patrons arreu. Davant d'una realitat que ens ofereix dades desordenades i incompletes som capaços de fer una anàlisi heurística de problemes complexos que ens permet trobar-hi solucions útils. Com a espècie, això segurament ens ha jugat a favor. Això no obstant, aquesta manera d'anàlitzar la realitat no ens permet veure la imatge completa, sinó només alguns detalls. El sistema provoca errors, com ara veure la cara de Jesús en una torrada¹ o veure relacions causals on no n'hi ha. L'experiència pròpia amb la realitat (o, en el nostre cas, amb els pacients) no proporciona un conjunt de dades sistemàtiques i una mostra controlada i aleatoritzada de casos. És per això que ben sovint els patrons que creiem veure són falsos.

L'experiència professional de cada logopeda constitueix una mostra que pot donar algunes intuïcions inicials, però que no permet fer afirmacions sobre l'eficàcia del tractament amb confiança. Si unim a aquest fet que la nostra percepció pot estar esbiaixada i considerar només els casos que confirmen les nostres creences o les nostres hipòtesis inicials, és evident que cal sistematitzar el procés: cal ciència.

El sentit comú. Aquesta manera de processar informació fa que siguem víctimes de múltiples biaixos cognitius, ja que l'avaluació que fem de les dades es veu afectada per les nostres creences prèvies. És per això que fer ciència també implica anar en contra del sentit comú. Un exemple molt popular en els darrers anys són els estudis que demostren que els exercicis oromotors no verbals no tenen eficàcia en el tractament dels trastorns articuladoris.² Qui ho havia de dir? Al capdavant, era de sentit comú prescriure'ls perquè en totes dues tasques hi estan implicats els mateixos òrgans, oi?

La bona fe. Els logopedes volem el millor per als nostres pacients, volem ajudar-los i volem que progressin en el procés terapèutic. Ara bé, això no és suficient. És necessari objectivar la nostra pràctica o correm el risc de veure avenços o estancaments on no n'hi ha. Encara més: les nostres creences sobre el tractament tenen un efecte sobre el pacient. En el cas dels metges,³ s'ha observat que la força de les seves creences sobre el tractament que prescriuen participa en l'efecte placebo, ja que les transmeten al pacient a través dels gestos i l'entonació. En el nostre cas, tenir creences errònies sobre el rendiment del pacient en alguna àrea podria traslladar-li l'error.

Els biaixos perceptius i les il·lusions cognitives són tan omnipresents que fins i tot els investigadors han de prendre mesures quan duen a terme la seva recerca. Per això és una bona pràctica posar en quarantena el que veiem i el que pensem. De fet, els estudis de més valor en ciències de la salut es fan a través de procediments a cegues.

Els biaixos, d'altra banda, no només viuen en nosaltres, sinó que també poden venir de pressions externes, com ara la promoció de productes sanitaris o de fàrmacs, o fins i tot de les estratègies de venda de teràpies alternatives pseudocientífiques que no han demostrat eficàcia.

La pràctica basada en l'evidència és necessària perquè necessitem intervencions que funcionin veritablement. Aquesta manera de treballar proporciona més seguretat al pacient: quan fem servir mètodes o eines que s'ha demostrat que funcionen en moltes persones de manera solvent, hi ha moltes més possibilitats que també funcionin en el cas del pacient que tenim davant. Això no és trivial, ja que el que està en joc no és només si una teràpia funciona o no, sinó que podem estar posant en perill pacients vulnerables. La pràctica basada en l'evidència és una obligació deontològica.

Referències bibliogràfiques

- 1 Liu, J.; Li, J.; Feng, L.; Li, L.; Tian, J.; Lee, K. "Seeing Jesus in toast: neural and behavioral correlates of face pareidolia". *Cortex*. 2014;53:60-77.
- 2 Parra-López, P.; Olmos-Soria, M.; Valero-García, A.V. "Nonverbal oro-motor exercises: do they really work for phonoarticulatory difficulties?". *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(9):5459.
- 3 Gracely, R.H.; Dubner, R.; Deeter, W.; Wolske, P.J. "Clinicians' Expectations Influence Placebo Analgesia". *The Placebo: A Reader*; 2013:115:A115-dq.

Com aproximar-nos a la pràctica basada en evidències (PBE) com a logopedes?

El termòmetre de la pràctica clínica de qualitat

Dr. Alfonso Igualada
Logopeda



Dr. Alfonso Igualada (col·legiat núm. 3318). És logopeda, doctor en Ciències del Llenguatge i professor de la UOC. Investigador del GRECIL i l'eHealth Center.

Sovint em pregunto sobre si la meua pràctica com a logopeda es basa en evidències. De fet, al seu moment va ser una de les motivacions principals per fer un doctorat. No obstant això, hi ha diferents nivells d'implicació amb els quals podem desenvolupar la feina com a logopedes seguint una pràctica basada en evidències (PBE). Comparteixo amb vosaltres algunes idees perquè pugueu posar termòmetre a la vostra PBE com a logopedes.

Abans de res, desmuntarem una errada massa comuna. La pràctica basada en evidències no només prové de fer servir evidències de la recerca. De fet, des del seu origen conceptual ja es va definir com la integració d'evidències provinents de les tres fonts següents:

- Les millors evidències externes de la recerca.
- La millor expertesa i opinió professional/clínica.
- La millor informació sobre les preferències i valors dels usuaris, clients i cuidadors.

Obtenir dades d'aquestes tres fonts d'evidència és clau a l'hora de considerar les millors pràctiques en avaluació, tractaments i serveis de la logopèdia.

Comencem a mesurar la nostra temperatura sobre les usos de les pràctiques basades en evidències amb aquests breus consells. Quants n'heu emprat ja?

**1 La decisió informada en evidències i re-
flexionada en equips interdisciplinaris és
la millor de les decisions.** La formació con-
tinuada, l'assistència a jornades i seminaris
científics i dur a terme programes de postgrau
i màster asseguraran el motor de canvi de les
nostres habilitats professionals cap a la PBE.
A més, formar part de grups professionals in-
terdisciplinaris ens permet ampliar el camp
de visió en la presa de decisions basada en
l'expertesa clínica.

**2 Les guies clíniques tenen un format amb
recomanacions clíniques extretes de la
síntesi de recerca de qualitat per imple-
mentar-les fàcilment a la vostra pràctica.**
Al catàleg de *Guías de práctica clínica en el
sistema nacional de salud* de guiasalud.es hi

trobem uns bons models. No cal que llegim la part més tècnica de les guies, a més, sol ha-
ver-n'hi una versió breu amb un resum per fa-
cilitar-ne la lectura i sempre podem dirigir-nos
directament a les recomanacions. No obstant
això, és important aprendre a diferenciar-les
de les guies que es generen només a partir de
recomanacions dels autors, per evitar el risc
de centrar-nos només en certes evidències,
deixant-ne d'altres a l'ombra. La transparèn-
cia sobre la metodologia que s'ha emprat per
arribar a les recomanacions clíniques és un
bon índex de qualitat.

**3 La cerca d'estudis comença per definir la
pregunta i per fer una bona tria de parau-
les clau.** Es pot fer a partir de les preguntes i
paraules emprades en altres articles que tin-
guem com a referència. Això ens ajuda a no
perdre'ns en el gran volum de recerca existent.
Alguns recursos clau:

- Recursos per accedir a evidències de recer-
ca ja "digerides" i treballades per al consum
de logopedes: *Evidence maps d'ASHA*, *Spe-
ech bite* i *The informed SLT*.
- Per accedir a articles accessibles en obert:
 - > És útil instal·lar *unpaidwall*.
 - > A *ResearchGate* o als repositoris univer-
sitaris s'hi solen penjar versions dels articles
prèvies a la publicació.
 - > Matricular-se a alguna assignatura a la
universitat per tenir accés a bases de
dades (ex: *Scopus*, *PubMed*).

A més, les bases de dades solen vincular un
article amb d'altres que hi estan relacionats o
que l'han citat. Aquesta és una altra manera de
rastrear estudis vinculats, així com estudis més
recents.

**4 La lectura estratègica dels articles cien-
tífics permet optimitzar el temps.** Cal lle-
gir-se l'article de dalt a baix? No, no és la
meua recomanació. Els articles sempre tenen
la mateixa estructura, fet que ens ajuda a
llegir les informacions clau d'interès en cada
moment. Per exemple:

- El resum ens aporta una visió general del
conjunt de l'estudi.
- Cap al final de la introducció es defineix

‘què s’estudia’ amb l’objectiu i la pregunta de recerca.

- Si volem entendre els resultats, podem dirigir-nos a la secció de discussió i conclusions del final de l’article.
- A vegades hi ha una secció d’implicacions pràctiques.
- En cas de voler replicar alguna part de la metodologia, caldria consultar les característiques dels participants o conèixer les proves d’avaluació i dirigir-nos a la secció de mètodes.

5 Les revisions sistemàtiques són una gran font d’informació perquè sintetitzen informacions clau d’un conjunt d’estudis que tenen qualitat. Dins de les revisions sistemàtiques comptem amb els estudis de metaanàlisi que reporten càlculs dels efectes dels estudis inclosos en la revisió. També, en logopèdia ens interessen molt les revisions sistemàtiques qualitatives i mixtes que aporten dades sobre els usuaris, els professionals i els contextos propers al nostre interès. Com sempre, una explicació detallada i transparent de la metodologia de la revisió, per exemple seguint les guies PRISMA, serà un bon indicador de la seva qualitat. No obstant, si llegint el títol i el resum a la revisió ja heu vist que està vinculada a la vostra pregunta, us recomano que concentreu el vostre temps limitat a llegir les conclusions de la revisió, així com les taules que sintetitzen les informacions més rellevants dels articles revisats.

NOTA D’ACTUALITAT

L’ús d’intel·ligència artificial (IA) serà un gran promotor de l’accés a resums d’evidències si es fa servir adequadament. La IA ja ens permet obtenir una síntesi d’informació en base a la nostra pregunta clínica o les paraules clau introduïdes. Aquí us deixo dos recursos d’IA enfocats al camp de la recerca que extreuen les dades de fonts fiables: *Consensus* i *Elicit*. De moment, evitaria l’ús de *ChatGPT* si no és que en demaneu explícitament les referències i comproveu amb una revisió detallada que les referències i les informacions són correctes.

6 L’avaluació crítica de la qualitat dels articles seleccionats assegura una bona presa de decisions. Si heu llegit la metodologia de les revisions sistemàtiques i les guies clíniques, deueu haver vist que ambdues avaluen la qualitat dels estudis. Quan revisem la recerca és important avaluar-ne la credibilitat considerant la qualitat de paràmetres com el disseny de l’estudi, la metodologia, la mida de la mostra i els resultats. A la biblioteca de la pàgina de la Universitat Oberta de Catalunya hi ha la biblioguia sobre la PBE, la qual disposa de diferents exemples d’instruments d’avaluació de la qualitat de la recerca quantitativa, qualitativa i mixta.

Preparem-nos perquè ara girarem la truita per seguir amb alguns consells a l’hora de ser nosaltres els que generem evidències. Quin rol tenim com a logopedes a l’hora de generar evidències? Segur que ja en feu algunes, d’aquestes pràctiques basades en les evidències internes. Posem-nos el termòmetre de la PBE per saber-ho.

7 L’avaluació és una pràctica bàsica de la logopèdia de qualitat que permet fer el seguiment del progrés basat en dades. Per fer-ho, podem:

- Fonamentar les nostres decisions en avaluacions prèvies, és a dir, fer una mesura base o inicial de les habilitats prèvies al tractament que ens ajudarà a informar de les preses de decisions en el tractament dels usuaris.
- Definir els objectius d’intervenció seguint SMART, que és l’acrònim per ajudar-nos a crear objectius que siguin específics, mesurables, assolibles, rellevants o realistes i fixant un temps delimitat.
- Fer servir registres detallats dels processos d’avaluació, les intervencions i els resultats.
- Avançar un pas més enllà amb la implementació del disseny de cas amb bases múltiples que ens permeti recollir evidències rigoroses sobre els efectes de la intervenció amb pocs participants.

8 La participació dels usuaris (clients, cuidadors, familiars) en la presa de decisions de tot el procés d’avaluació i intervenció per assegurar intervencions funcionals.

Necessitem les evidències sobre les preferències i objectius dels usuaris per assegurar una teràpia centrada en la persona i que promogui la participació. Nota: hi ha recerca que estudia les necessitats i preferències dels usuaris, la qual ens pot ajudar molt a guiar la presa de decisions basades en estudis de persones amb situacions similars.

“És cert que els reptes de la societat i la logopèdia requereixen la nostra millora continuada.”

9 Els marcs de la ciència de la implementació ens ajuden a ser rigorosos i fiables en la implementació d'innovacions.

Podem seguir les fases següents per assegurar la implementació d'evidències en el nostre context:

- **Pregunta.** Ens qüestionem sobre l'estat de la situació actual, prioritzem les necessitats d'innovació i canvi, quantifiquem la situació actual, definim els objectius i ens formem estudiant evidències externes.
- **Revisió.** Examinem les evidències i la seva qualitat, i les analitzem, sintetitzem i interpretem.
- **Implementació.** Portem a terme pilots extraintervenció del context, definint i pilotant també intervencions alternatives basades en les evidències.
- **Integració.** Avaluem els resultats de la proposta principal i de l'alternativa per incorporar-les al context i continuem amb la pràctica de fer canvis innovadors en la nostra pràctica tornant al primer punt.

Per altra banda, també és recomanable implementar avaluacions i programes d'intervenció estandarditzats i validats científicament seguint amb fidelitat els seus protocols.

10 La col·laboració amb equips de recerca permet reduir el buit entre la pràctica clínica i la recerca.

A més de col·laborar acti-

vament en projectes de recerca, també en podem desenvolupar. Animeu-vos a fer propostes a grups de recerca afins als vostres interessos. Si això us engresca, us pot interessar aquest programa de doctorats de recerca col·laborativa de la Generalitat de Catalunya.

Com ha anat el termòmetre de la vostra PBE? Confio que al CLC no s'hi senti un fred glacial quan parlem de PBE. No obstant això, és cert que els reptes de la societat i la logopèdia requereixen la nostra millora continuada. Situar-nos davant d'aquestes problemàtiques amb les eines de la PBE ens posarà al capdavant de la innovació. I és que la innovació va de la mà de les bones evidències, igual que un bon bullit necessita bons ingredients, temps suficient i una mà curosa.

Pràctiques clíniques que s'han desmentit amb evidència científica

Alejandra Gómez-Raya
Logopeda

Evidència científica, pràctica clínica, logopèdia

La logopèdia és una disciplina jove. No es va implementar com a carrera al nostre país fins al 1992. I fa només vint anys que ha estat reconeguda com a professió sanitària. Això vol dir que la nostra professió s'ha consolidat a partir d'altres branques de coneixement, i que la investigació encara és escassa i està en evolució contínua.

Per aquesta raó, tenim la responsabilitat d'actualitzar-nos sovint. Ja que el contingut que vam aprendre a la capacitació o a la carrera comença a qüestionar-se, mitjançant una recent evidència científica que ens ofereix les bases per a una pràctica clínica orientada per logopedes.

Aquest article pretén exemplificar aquesta realitat, descrivint algunes pràctiques clíniques en desús; amb la intenció de portar els professionals a la reflexió sobre la necessitat de formar-nos i conèixer la recerca a través de la lectura de llibres especialitzats i articles científics.

Alejandra Gómez-Raya (col·legiada núm. 4323) és psicòloga, logopeda i escriptora. Està especialitzada en la comunicació i l'adquisició del llenguatge en la petita infància. Pertany a la Comissió d'Atenció Primerenca del Col·legi de Logopedes de Catalunya. Ha creat *Lenguaje desde CERO*, un espai de divulgació i formació per a famílies (alejandragomezraya.com)



1 Entrenament en pràxies no verbals per millorar la parla

La intervenció tradicional dels trastorns de la parla s'ha fonamentat en programes de pràxies, és a dir, exercicis de contracció dels músculs orofacials i laringis, amb moviment i sense, però, sobretot, sense parla. Llistes universals que inclouen exercicis de buf, de masticació, de força i moviment i, fins i tot, massatges.

Aquesta pràctica assumeix que els canvis produïts a la musculatura orofacial amb la implementació de les pràxies es pot transferir a l'articulació. Aquesta visió, però, no té en compte que la parla és una funció complexa, que implica la integració de diversos components com l'audició, la cognició o el llenguatge, entre d'altres; per la qual cosa no es pot valorar, ni ser equiparada a un acte exclusivament motor.

Els resultats de les investigacions més recents no donen suport a l'ús d'aquests programes, ja que no han aconseguit demostrar els beneficis sobre la rehabilitació. Així, doncs, s'ha d'optar per programes amb tècniques que incloguin l'emissió, com a mínim, d'un so de la parla aïllat, fonèticament i fonològicament identificable pel pacient, pel fet que l'evidència demostra efectivitat en aquells exercicis que la incorporen.¹⁻²



2

Entrenament respiratori aïllat per millorar la funció vocal

La veu es produeix gràcies a tres subsistemes: la respiració, la fonació i la ressonància. En la rehabilitació logopèdica de la veu, hi ha hagut una tendència a treballar-los de forma aïllada. Amb l'objectiu d'evitar les fugues d'aire pròpies de les disfonies, s'han emprat exercicis de respiració, com mantenir un flux constant d'aire mentre es bufa un paper o fer servir sèries automàtiques. Activitats emmarcades en una visió simptomàtica o en una simptomatologia, en la qual es tracta el símptoma i no l'origen d'aquest. És a dir, es tracta d'augmentar la pressió de l'aire espiratori, incidint sobre el volum o la força muscular respiratoris i no sobre el problema de base: els plecs vocals.

L'evidència científica per a aquesta pràctica és insuficient i només justifica l'entrenament de la musculatura respiratòria en alteracions neurològiques i la presbifonia, ja que l'atròfia muscular impacta de forma negativa en la capacitat per incrementar la pressió subglòtica i és la causa de l'adducció glòtica deficient.

“La nostra labor com a logopedes consistirà a ajudar l'infant a descompondre els gestalts, per tal que sigui capaç de fer servir oracions originals amb un sistema gramatical complet, que li permeti comunicar-se amb més efectivitat.”

Pel que fa a la resta de patologies, no s'ha demostrat que el treball aïllat de la respiració tingui efectes positius en l'emissió vocal, un patró complex en el qual actuen diferents sistemes de forma integrada i en què es recomana treballar-los de forma paral·lela i holística.³



3

Entrenament en l'extinció de les ecolàlies per millorar el llenguatge

Les ecolàlies han estat expressions lingüístiques molt castigades en la pràctica clínica amb la petita infància. S'han considerat una peculiaritat de l'autisme, poc desitjable i que s'havia de fer desaparèixer mitjançant tècniques de modificació de conducta com l'extinció.

Actualment, sabem que aquestes ecolàlies poden tenir funcions comunicatives o d'autoregulació, i que formen part de l'adquisició natural del llenguatge dels cervells autistes i també dels alistes. Es comprèn que hi ha nens i nenes que processen el llenguatge de forma gestàltica, adquirint porcions més grans de llenguatge, com oracions senceres o gestalts, a diferència del processament analític, que s'inicia amb les primeres paraules.

La nostra labor com a logopedes consistirà a ajudar l'infant a descompondre els gestalts, per tal que sigui capaç de fer servir oracions originals amb un sistema gramatical complet, que li permeti comunicar-se amb més efectivitat. Així com acompanyar la família en la comprensió d'aquestes expressions verbals i de la relació estreta que guarden amb les emocions i el context.⁴

Referències bibliogràfiques

- 1 Susanibar, F.; Dioses, A.; Monzón, K. “El habla y otros actos motores orofaciales no verbales: Revisión parte I”. *Revista Digital EOS Perú*. 2016;7(1), 56-93.
- 2 Susanibar, F.; Dioses, A.; Monzón, K. “El habla y otros actos motores orofaciales no verbales: Revisión parte II”. *Revista Digital EOS Perú*. 2016;8(2), 68-105.
- 3 Acevedo, K.; Guzmán, M. “Efectos del entrenamiento respiratorio aislado en las variables respiratorias y vocales”. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*. 2020;2(2), 56-69.
- 4 Blanc, M.; Blackwell, A.; Eliasc, P. “Uso del protocolo de adquisición del lenguaje natural para apoyar el desarrollo del lenguaje Gestalt”. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. 2023, 1-8.

Trastorno de los sonidos del habla

Controversias y datos científicos sobre el uso de ejercicios oromotores no verbales (EONV) en la evaluación e intervención

Franklin Susanibar

Fonoaudiólogo

Franklin Susanibar se formó como fonoaudiólogo por la Facultad Adventista Paranaense – Brasil. Ha publicado varios libros sobre motricidad orofacial. A partir de 2017 dedicó sus estudios al trastorno de los sonidos del habla, así como a la masticación y la respiración. En la actualidad trabaja en diversas publicaciones relacionadas con el habla y la motricidad orofacial, además de impartir cursos sobre estos temas.

El trastorno de los sonidos del habla (TSH), cuya denominación anterior era *dislalia* o *trastorno fonológico*, es un trastorno que se caracteriza porque la adquisición, el desarrollo o el aprendizaje de los componentes fonéticos o fonológicos del lenguaje están afectados. Las personas con TSH pueden sufrir alteraciones en la producción articulatoria, en el uso funcional de los fonemas o en las reglas de combinación de los elementos segmentales (consonantes y vocales); en algunos casos, además, pueden estar afectados los elementos suprsegmentales (acento léxico o de frase, resonancia, segmentación silábica o tasa de articulación más lenta)¹

En los últimos 30 años, la concepción sobre la adquisición, el desarrollo, el aprendizaje y la producción del habla, así como el conocimiento sobre los factores implicados en los trastornos relacionados ha cambiado considerablemente.

Sin embargo, aún es frecuente que en la bibliografía, la práctica clínica y la docencia de la logopedia o la fonoaudiología se siga asumiendo el planteamiento clásico de la supuesta «interrelación» entre el habla y otros actos motores orofaciales no verbales, como la succión, la masticación, la deglución, la respiración basal, el soplo o los movimientos orofaciales y laríngeos no verbales (MONV), también denominados *praxias no verbales*². Además, entre estos supuestos, también se afirma que, para que el niño adquiera, desarrolle y aprenda el habla adecuadamente, debe poseer músculos orofaciales fuertes y tonificados. De esta manera, si un individuo presenta alteraciones en el habla se cree que la debilidad muscular o un tono irregular (hipotonía, por ejemplo) sería la etiología de dicha dificultad.³

Es a partir de estos supuestos que, a lo largo del tiempo, se crearon varios programas de ejercicios orofaciales/oromotores no verbales (EONV) en los que se proponen actividades tales como la ejecución de diversos movimientos orofaciales no verbales (MONV), masajes, ejercicios de soplo, ejercicios de respiración basal o ejercicios de resistencia, entre otros. La finalidad de estos ejercicios es estimular y remediar las diversas alteraciones del habla, teniendo como premisa que estos EONV regularán el tono, la fuerza y la movilidad orofacial, y con ello el habla. No obstante, los datos, no tan recientes, demostraron

que estas propuestas no tienen soporte lógico y teórico, ni mucho menos una evidencia científica contundente. Por ello no deberían ser planteados en la evaluación o el tratamiento de los trastornos del habla (TSH, tartamudez, trastornos de voz). En esta breve reseña se abordarán de forma sucinta estos temas.

Respiración basal (RB) y respiración con habla (RH)

La RB (tranquila, de reposo o pasiva) se ejecuta de manera automática, los ciclos respiratorios son estables y el modo respiratorio es principalmente nasal. Por el contrario, la RH se adapta a las demandas del mensaje (entonación, velocidad, entre otras); además, los ciclos respiratorios son muy inestables, con inspiraciones muy breves y espiraciones largas para poder elaborar frases; el modo es generalmente oronasal y en algunos casos puede llegar a ser oral^{1,4}. Por otro lado, la presión respiratoria máxima (PE máx.) durante la RB en niños de 3 a 6 años es de 45 cmH₂O y para el habla solo se requiere una PE de 6 a 20 cmH₂O^{5,6}. Teniendo estos datos es evidente que realizar ejercicios respiratorios sin producción de habla no es indicado a menos que el sujeto tenga una PE reducida hasta el punto de afectar la producción del habla; sin embargo, esto no se evidencia en niños neurotípicos y rara vez en niños neurodivergentes. Además, si se opta por ejercitar los músculos respiratorios, el entrenamiento debe seguir los principios de aprendizaje motor y de entrenamiento muscular.

El soplo y el habla

El soplo es una actividad que comenzó a ser sugerida como ejercicio en los libros de patología del habla desde 1800⁷ (posiblemente antes) y que en muchos casos se sigue utilizando. La justificación, al igual que el trabajo de respiración basal, es que contribuye a que el paciente gane destreza respiratoria para la producción del habla, mejora las alteraciones del mecanismo velofaríngeo y hasta existen referencias de que serviría para incrementar la fuerza o tono muscular. No obstante, se sabe que¹:

- a) no existe evidencia alguna de que el soplo incremente la fuerza muscular o regule el tono;
- b) no incrementará la capacidad respiratoria si no se trabaja con ejercicios propios para este fin;

- c) la configuración orofacial de todos los sonidos del habla es totalmente diferente a los del soplo;
- d) soplar no genera retroalimentación fonética-fonológica, por lo que entrenar actividades de soplo no obtendrá como resultado sonidos del habla;
- e) el cierre del mecanismo velofaríngeo (MVF) no es el mismo en las actividades de soplo que en las de habla; por ello, entrenar el soplo no mejorará el cierre del MVF durante el habla.

En vista de lo mencionado, entrenar el soplo en un niño solo lo convertirá en un buen soplador, por lo que se insta a los logopedas que no pierdan el tiempo con esas actividades si el objetivo es estimular el habla o tratar los trastornos relacionados.

“Hasta el momento no se encuentra correlación entre un tono anormal y la producción del habla.”

Tono muscular (TM) y habla

El TM (del griego tonos, ‘tensión’) se puede definir como la propiedad neurofisiológica y biomecánica que posee el sistema músculo-tendinoso y miofascial, que le permite a este sistema mantener un nivel de rigidez⁸⁻¹¹ ante un movimiento pasivo o palpación/deformación, así como contribuir en la estabilización, regulación y mantención de la postura corporal y a través de esta, favorecer el desplazamiento y la coordinación motora. A partir de la participación de las propiedades biomecánica y neurofisiológica se suele describir un tono pasivo y otro activo. El tono muscular pasivo⁸⁻¹¹, también denominado *específico, estático, en reposo* o *viscoelástico*, es el tono determinado por las propiedades biomecánicas (actina, miosina, titina, calcio, colágeno, etc.) del sistema músculo-tendinoso y miofascial, las cuales le otorgan un nivel de rigidez a este sistema (independientemente del control y la acción del sistema nervioso central (SNC), estimulación muscular o contracción volitiva). El tono muscular activo⁸⁻¹¹ es el tono determinado por las propiedades neurofisiológicas del sistema músculo-tendinoso y miofascial, las cuales

le otorgan un nivel de rigidez a este sistema por medio de las descargas eléctricas generadas por el sistema nervioso (SN) sobre las unidades motoras (inervación) del músculo y del tendón. Ya se estudió ampliamente el TM en las extremidades, sin embargo, aún no se estudió en el terreno orofacial; de allí que, en este ámbito se planteen una serie de dificultades que, por el momento, carecen de respuestas. Entre ellas se pueden mencionar³:

- a) no existen datos normativos sobre el tono muscular orofacial;
- b) los métodos de valoración clínica no son confiables;
- c) los tratamientos clínicos no demuestran efectividad para modificar el tono muscular;
- d) los niños neurotípicos no tienen un tono anormal y por ende sus dificultades en la producción de sonidos no subyacen en un tono anormal, y lo más importante para este artículo,
- e) hasta el momento no se encuentra correlación entre un tono anormal y la producción del habla.

Teniendo en cuenta las limitaciones respecto al conocimiento sobre el tono muscular se sugiere tener mucha precaución al relacionar alteraciones del habla con el tono muscular.

Fuerza muscular (FM) y habla

La FM es la propiedad neurofisiológica y biomecánica que posee el sistema muscular y que le permite desarrollar la tensión y la acción, con la finalidad de vencer una resistencia (desarrollando un trabajo isocinético o concéntrico) u oponerse a ella (desarrollando un trabajo isométrico o excéntrico)^{8,12}. A partir de ello, se pueden diferenciar dos tipos de fuerza, la dinámica y la estática. La fuerza dinámica es aquella tensión y acción muscular capaz de vencer la resistencia externa y movilizar las diversas partes del cuerpo para ejecutar secuencias de actos motores rudimentarios (caminar, levantar objetos, sacar la lengua, etc.), así como actos complejos o especializados (practicar deportes, masticar, hablar).^{13,14} La fuerza estática es aquella tensión muscular capaz de oponerse a una resistencia, pero que no logra vencerla; es decir, la resistencia es inamovible porque es igual o mayor a la

“Se sugiere que la fuerza no se plantee como estrategia de evaluación e intervención en niños neurotípicos y que se haga con mucha cautela en afecciones neurológicas.”

fuerza generada.^{13,14} La mayor parte de los actos motores dinámicos se ejecutan con la generación de fuerzas submáximas; solo existen pocas excepciones (por ejemplo, algunos deportes como el levantamiento de pesas) que necesitan desarrollar fuerzas, por lo general, cercanas a la máxima para ejecutar el movimiento dinámico, pero estos actos motores no se pueden mantener por tiempos prolongados porque los músculos llegan a la fatiga rápidamente. A diferencia del tono, la fuerza muscular orofacial (especialmente la estática) ya se estudió ampliamente y es a partir de ello que se sabe que³:

- a) las mediciones clínicas no son confiables y la palpación no detecta la fuerza muscular;
- b) el habla es una función dinámica; por ello, para que se ejecuten los gestos fono-articulatorios necesarios para producir los segmentos y suprasegmentos se requiere de fuerzas submáximas;
- c) la fuerza orofacial necesaria para producir los sonidos del habla oscila entre el 10 % y el 25 % de la fuerza máxima; por ejemplo, se sabe que un niño de 3 años genera entre 20 y 24 kPa y que para producir los sonidos alveolares se requiere entre 1 y 6 kPa;
- d) los niños neurotípicos no muestran debilidad y por ende, sus dificultades en la producción de sonidos no subyacen en la debilidad muscular;
- e) los niños neurodivergentes y los adultos disártricos difícilmente muestran debilidad hasta el punto de que esta sea la etiología primaria de las alteraciones en el habla;
- f) la fuerza por sí misma no es predictora de funcionalidad; es decir, tener músculos fuertes no

- predice que se hable mejor porque la fuerza estática no se transfiere a la ejecución de actos dinámicos si no se entrena siguiendo tres principios: entrenamiento muscular, aprendizaje motor y neuroplasticidad;
- g) los niños con apraxia idiopática no presentan debilidad o tono alterado; y por último,
- h) algunos estudios detectaron que niños con TSH tenían más fuerza en la lengua que niños sin TSH.

En vista de lo que se sabe en la actualidad sobre la fuerza muscular orofacial y la producción de sonidos del habla, se sugiere que la fuerza no se plantee como estrategia de evaluación e intervención en niños neurotípicos y que se haga con mucha cautela en afecciones neurológicas.

Praxias no verbales y habla

Es evidente que cualquier acción dinámica del cuerpo humano requiere de la ejecución de praxias para realizar dicho movimiento. Sin embargo, esas praxias son únicas o específicas de aquel acto motor. En ese sentido, se define praxias como la acción de ejecutar una serie de movimientos que fueron aprendidos, automatizados y organizados en secuencias definidas con un objetivo determinado³. A partir de ello se puede diferenciar las praxias verbales (PV) de las praxias no-verbales (PNV). Las PV, también llamadas *de habla, fono-articulatorias* o más recientemente, *gestos fono-articulatorios (GFA)*, son los movimientos orofaciales y laríngeos de varias (de 3 a 4) estructuras anatómicas del habla (EAH) que son reclutadas para realizar una serie de GFA secuenciados espacio-temporalmente con el objetivo de producir sonidos del habla. Por otro lado, las PNV o movimientos orofaciales no verbales son aquellos que³:

- a) se ejecutan sin la producción de aire (con o sin fonación) necesaria para la emisión de habla;
- b) por lo general, de manera aislada; es decir, solo reclutan una EAH (por ejemplo, la lengua);
- c) son diferentes a los movimientos realizados en la producción de sonidos e incluso reclutan otros tipos de músculos;
- d) ninguno genera retroalimentación fonética-fonológica;
- e) diversos estudios corroboraron que las PNV activan diferentes regiones cerebrales diferentes a las de la PV3;

y existen estudios que corroboraron que no contribuyen a la remediación de errores del habla.¹⁵

Conclusión

A lo largo de esta breve reseña se evidenció que los programas terapéuticos que focalizaban el entrenamiento oromotor sin producción de habla no cuentan, por el momento, con pruebas suficientes de su efectividad y utilidad en la evaluación y el tratamiento de los TSH. En contrapartida, desde hace muchos años los tratamientos basados en modelos lingüísticos y psicolingüísticos demostraron con buenos resultados, su eficacia en el tratamiento de los TSH^{16,17} y recientemente se están planteando modelos terapéuticos que adoptan los principios psicolingüísticos¹⁸ y de aprendizaje motor, con pruebas de su efectividad en el tratamiento de los pacientes con estos trastornos. En ese sentido, se insta a los logopedas y fonoaudiólogos a basar sus programas de evaluación-intervención en modelos que cuenten con pruebas de su eficacia.

Referencias bibliográficas

- Susanibar, F.; Dioses, A.; Huamani, O. *Manual técnico de la prueba de evaluación fonética fonológica (PEFF)*. Madrid: Giunti Psychometrics; 2022.
- Susanibar, F.; Dioses, A.; Monzón, K. "El habla y otros actos motores orofaciales no verbales: Revisión parte I". *Revista Digital EOS Perú*. 2016;7(1):56-93.
- Susanibar, F.; Dioses, A.; Monzón, K. "El habla y otros actos motores orofaciales no verbales: Revisión Parte II". *Revista Digital EOS Perú*. 2016;8(2):68-105.
- Susanibar, F.; Dacillo, C. *Protocolo de evaluación fonoaudiológica de la respiración con puntuación: PEFORP*. Lima: Libro Amigo; 2014.
- Kent, R.D.; Kent, J.F.; Rosenbek, J.C. "Maximum performance tests of speech production". *J Speech Hear Disord*. 1987;52(4):367-387.
- Tagami, M.; Okuno, Y.; Matsuda, T.; Kawamura, K.; Shoji, R.; Tomita, K. "Maximal respiratory pressure in healthy Japanese children". *J Phys Ther Sci*. 2017;29(3):515-518.
- Bond, C.J. "On the ultimate condition of cleft palate cases after operation: together with a note on the condition of the palate during the act of snoring". *The Lancet*. 1893;142(3654):627-629.
- Latash, M.L.; Zatsiorsky, V. "Stiffness and Stiffness-like Measures". En: Latash, M.L.; Zatsiorsky, V. *Biomechanics and motor control: defining central concepts*. Elsevier; 2016:25-47.
- Walsh, E.G. *Muscles, masses and motion: The physiology of normality, hypotonicity, spasticity and rigidity*. No. 125. Cambridge University Press; 1992.
- Mense, S.; Masi, A.T. "Increased muscle tone as a cause of muscle pain". En: Mense S, Gerwin RD, eds. *Muscle pain: understanding the mechanisms*. Springer, Berlin, Heidelberg; 2010;207-249.
- Simons, D.G.; Mense, S. "Understanding and measurement of muscle tone as related to clinical muscle pain". *Pain*. 1998;75(1):1-17.
- American College of Sports Medicine. *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- González-Badillo, J.J.; Izquierdo Redín, M. "Fuerza muscular: concepto y tipos de acciones musculares". En: López Chicharro, J.; Fernández Vaquero, A. (eds). *Fisiología del Ejercicio*. 3.ª ed. Madrid: Ed. Panamericana; 2006.
- Mital, A.; Kumar, S. "Human muscle strength definitions, measurement, and usage: Part I. Guidelines for the practitioner". *International Journal of Industrial Ergonomics*. 1998;22(1-2):101-121.
- Parra-López, P.; Olmos-Soria, M.; Valero-García, A.V. "Nonverbal Oro-Motor Exercises: Do They Really Work for Phonoarticulatory Difficulties?". *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):5459.
- Baker, E.; McLeod, S. "Evidence-based practice for children with speech sound disorders: Part 1 narrative review". *Lang Speech Hear Serv Sch*. 2011;42(2):102-139.
- Dioses, A.; Susanibar, F.; Matalinares, M.; Chávez, J.; Velásquez, C.; Cuzcano, A.; Pasache, L.; Díaz, A. "Efectos de un programa de estimulación fonética-fonológica (PREFF) en un grupo de preescolares de 3 años, asistentes a una institución de educación inicial pública de Lima". *Revista Digital EOS Perú*. 2016;8(2):2-22.
- Springle, A.P.; Breen, A.; Raymer, A.M. "Speech intervention effects for childhood apraxia of speech: Quality appraisal of systematic reviews". *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. 2020;30:5(3):646-653.

La evolución del tratamiento de la disfemia gracias a los últimos avances en investigación

Gonçalo Leal
Logopeda

Gonçalo Leal es un terapeuta del habla (logopeda), cofundador y director clínico de Speechcare/Tartamudez Center (Portugal, España, EAU). Es profesor invitado y mentor en el Diploma de Especialización en Trastornos de la Fluidez del Habla en la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Chile. También es asistente de facultad en la Universidad de Ghana - Escuela de Ciencias Biomédicas y Aliadas a la Salud. Miembro fundador de la Sociedad Portuguesa de Terapia del Habla. Educador clínico en trastornos de la fluidez con colaboraciones académicas y cursos realizados en más de 20 países en Europa, América Latina, África y Medio Oriente. Es coautor de libros, capítulos y artículos sobre tartamudez. Revisor de revistas científicas. Desempeña el papel de asesor para empresas farmacéuticas y de tecnología en proyectos relacionados con trastornos de la fluidez.

Comunicar se considera un acto de alegría.¹ Esta habilidad está estrechamente relacionada con el placer y la recompensa.² Las personas que tartamudean pueden tener una experiencia diferente. El trastorno de la fluidez, que comienza en la infancia, comúnmente conocido como tartamudez o disfemia, afecta a más de 80 millones de adultos en todo el mundo.³ La tartamudez se inicia predominantemente durante la infancia (tartamudez del desarrollo) y es más frecuente en los varones. Durante mucho tiempo, la tartamudez fue definida principalmente por sus manifestaciones visibles, especialmente las disfluencias tartamudeadas, también conocidas como comportamientos primarios (repeticiones, prolongaciones y bloqueos).⁴ Esta perspectiva resultó insuficiente y reductora y la experiencia de tartamudeo de la persona⁵ fue tomada en cuenta en los procesos modernos de evaluación. Es a partir de este análisis basado en la individualidad de la persona que tartamudea que podemos llegar a planes de intervención con objetivos basados en las necesidades funcionales de las personas que tartamudean.

Etiología

La investigación ha demostrado que no existe una causa psicológica para la tartamudez. La población de niños en edad preescolar que tartamudean no tiene un perfil psicológico atípico en comparación con sus pares del grupo de referencia.⁶ La manera en que los niños manejan la experiencia de tartamudear, especialmente las estrategias de afrontamiento (*coping*) que utilizan, parece estar influenciada por su temperamento. La investigación ha demostrado que el temperamento influye en la emergencia y gravedad de los comportamientos secundarios de la tartamudez (escape y evitación).⁷ Esta relación es muy importante en el tratamiento de la tartamudez, ya que el temperamento está directamente relacionado con el desencadenamiento de respuestas de evitación ligadas a la anticipación de tartamudez.⁸ Esta característica también puede influir en la aparición de comorbilidades, como los trastornos de ansiedad y depresión en personas que tartamudean.⁹

El desarrollo de las funciones ejecutivas y la tartamudez también tienen una relación muy



istock.com/PeopleImages

“Los niños que tartamudean y sufren alteraciones en las funciones ejecutivas tienen una mayor probabilidad de desarrollar al menos una comorbilidad con la tartamudez, y esto afecta el pronóstico de la terapia.”

fuerte. La investigación ha demostrado que un porcentaje muy alto de niños en los que la tartamudez persiste tienen alteraciones en las funciones ejecutivas. Además, los niños que tartamudean y sufren alteraciones en las funciones ejecutivas tienen una mayor probabilidad de desarrollar al menos una comorbilidad con la tartamudez, y esto afecta el pronóstico de la terapia.¹⁰

Con el avance de la tecnología de neuroimagen se han identificado cambios estructurales y fun-

cionales en el cerebro de los adultos y niños que tartamudean, en particular, en regiones involucradas en el procesamiento y la programación del lenguaje y el habla.¹¹ Varios estudios han explorado las diferentes alteraciones y han añadido piezas importantes al rompecabezas de la tartamudez, lo que ha permitido comprender mejor este trastorno y, por lo tanto, progresar en las intervenciones terapéuticas. Es precisamente por esta mayor comprensión de la etiología que hoy en día la tartamudez se considera un trastorno del neurodesarrollo.¹²

A pesar de las manifestaciones clínicas comunes, la evidencia sugiere que la tartamudez puede tener diferentes etiologías (mutaciones en genes involucrados en el tráfico celular, trastornos de los circuitos de los ganglios basales y reacciones autoinmunes).¹³ Estas causas biológicas interactúan con el medio ambiente, lo que enfatiza la absoluta necesidad de enfoques terapéuticos personalizados.

Evaluación

La variabilidad en la frecuencia y severidad de los comportamientos primarios y secundarios es la principal característica de la tartamudez,⁴ lo cual representa un enorme desafío para los logopedas. Por lo tanto, para llevar a cabo una evaluación confiable, además de la recopilación de la historia clínica, es necesario utilizar instrumentos que permitan caracterizar el habla de

las muestras recogidas en la consulta (ej.: SSI-4), un instrumento que permita de alguna manera controlar la variabilidad (ej.: una escala de auto-percepción de severidad)¹⁴ y un instrumento que permita evaluar la experiencia personal de la tartamudez (OASES). En el caso de los niños en edad preescolar, muchas de estas escalas son completadas por los padres. La mayor diferencia entre evaluar a un niño y a un adulto son las experiencias de vida con la tartamudez, lo que se puede traducir en un mayor grado de evitación, en que se puede recurrir a otras escalas como la UTBAS-6¹⁵ para pensamientos no saludables acerca de la tartamudez y la Escala de Anticipación de la Tartamudez (SAS)¹⁶ para evaluar la evitación utilizada por la persona.

El mayor desafío en la evaluación de los niños en edad preescolar está relacionado con el pronóstico. ¿Desaparecerá la tartamudez? Aunque no tenemos una prueba médica exacta que nos dé la respuesta, podemos guiarnos por los factores de riesgo de persistencia o de recuperación de la tartamudez (tabla 1).

Terapia para la tartamudez

Los estudios mediante neuroimagen demuestran que la terapia logopédica puede ser efectiva en la mayoría de los casos de tartamudez y que existen cambios en la forma en que el cerebro procesa el habla¹⁷ y el lenguaje.¹⁸

Existen diversos métodos y programas, con diferentes grados de evidencia, para intervenir con niños y adultos que tartamudean. Sin embargo, sus principios son muy similares.

Niños

En los niños en edad preescolar, las intervenciones enfocadas a cambiar el entorno del niño (terapia indirecta) son muy comunes y se basan en el modelo de capacidades y demandas.¹⁹ En los modelos de intervención directa, se realizan cambios en la forma en que el niño se comunica y la tartamudez se aborda de manera directa. Las técnicas utilizadas se dividen en 3 categorías: modelado de la fluidez, modificación de la

“Los estudios mediante neuroimagen demuestran que la terapia logopédica puede ser efectiva en la mayoría de los casos de tartamudez y que existen cambios en la forma en que el cerebro procesa el habla y el lenguaje.”

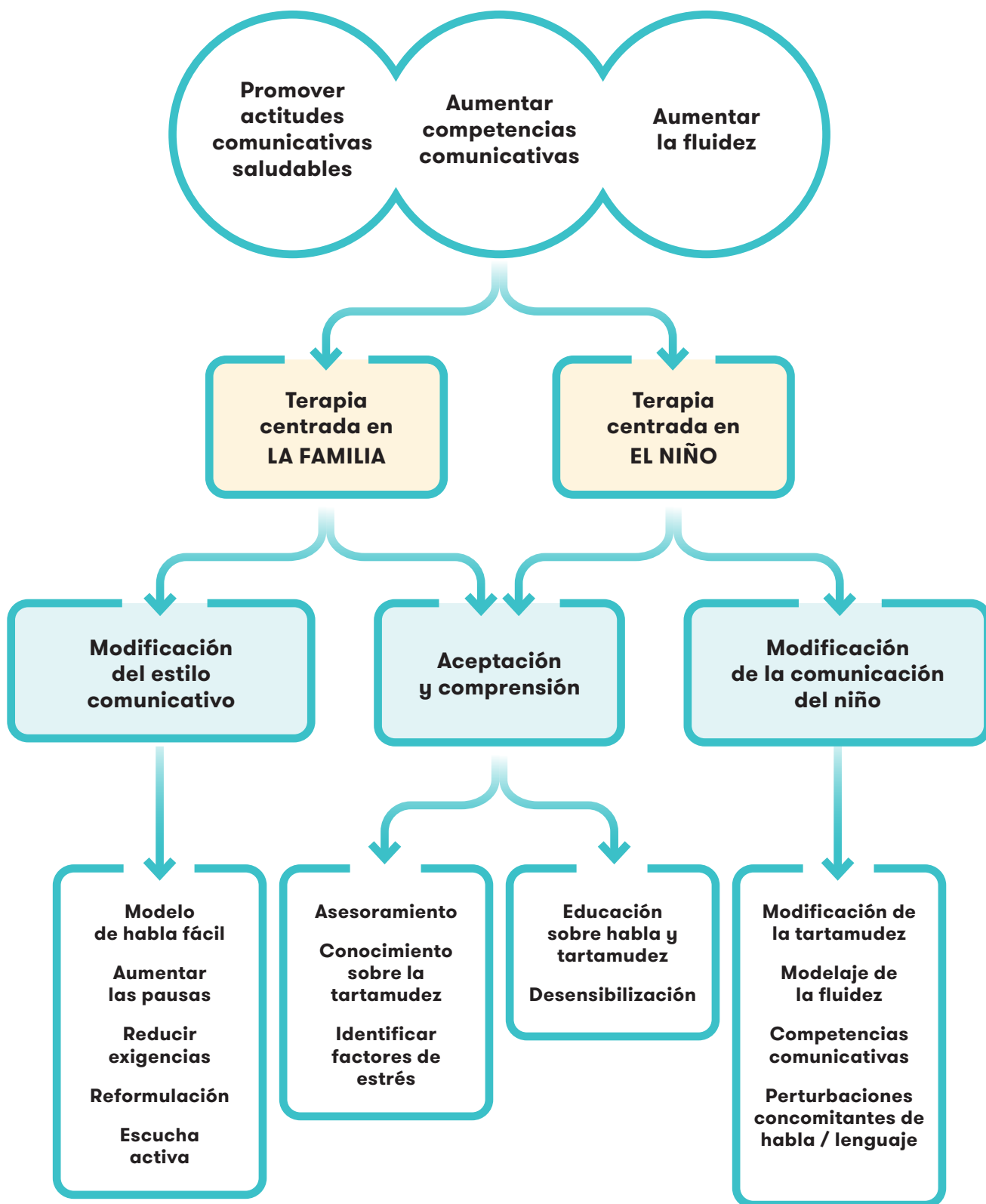
tartamudez y condicionamiento operante.⁴ El modelado de la fluidez está relacionado con el aumento y mantenimiento de la fluidez; es un conjunto de técnicas que promueven un cambio en la forma de hablar de las personas y que abordan la velocidad del habla y la fuerza utilizada en la articulación de ciertos sonidos, así como una mayor suavidad en la fonación. La modificación de la tartamudez tiene como objetivo reducir el miedo y eliminar la evasión. Al mismo tiempo, busca hacer los momentos de tartamudez más «fáciles» (menos tensión y reactividad). Este enfoque no es solo motor (modificaciones en la tensión y la duración de las disfluencias), sino que también trata las emociones y los pensamientos relacionados con la tartamudez; muchas de estas técnicas se basan en la terapia cognitivo-conductual. La mayoría de los enfoques combinan técnicas de modelado de la fluidez con modificaciones de la tartamudez y se denominan enfoques integrados.⁴ El condicionamiento operante aplicado a la terapia está relacionado con recompensar o castigar los comportamientos y así influir en la experiencia y aprendizaje.¹⁹

El objetivo de la intervención es que los niños sean comunicadores competentes y seguros y que las familias tengan una actitud saludable hacia la tartamudez, lo que permitirá crear un entorno facilitador de la fluidez, con una actitud comunicativa positiva y hará que se sientan

Tabla 1. Factores de riesgo de persistencia de la tartamudez

Factor	Descripción	Referencia
Género	Los niños tienen menos probabilidades de recuperarse de la tartamudez que las niñas.	Singer et al., 2020
Antecedentes familiares de tartamudez	Los niños con familiares cuya tartamudez persiste o los niños con antecedentes familiares de tartamudez tienen más probabilidades de persistir en su tartamudez que los niños sin antecedentes familiares de tartamudez.	Walsh, Christ y Weber, 2021
Edad de inicio de la tartamudez	Los niños con mayor tasa de recuperación son los más jóvenes, cuyos comportamientos de tartamudez aparecieron antes. Los estudios científicos demuestran que los niños persistentes eran mayores en el momento del inicio de la tartamudez.	Yairi y Ambrose, 2005
Tiempo transcurrido desde el inicio de la tartamudez	La mayoría de los niños se recuperan en el primer año tras la aparición de las disfluencias. Cuanto más tiempo transcurre desde el inicio de las disfluencias mayor es la probabilidad de persistencia de la tartamudez; los niños que han tartamudeado durante más de 6 meses corren un riesgo mayor de persistencia de la tartamudez.	Singer, Hessling, Kelly, Singer y Jones, 2020
Evolución	Los niños que muestran una disminución de las disfluencias atípicas o una reducción del número de fonaciones disríticas en el primer año tienen más probabilidades de recuperarse en comparación con los niños cuyas disfluencias han aumentado o empeorado. La estabilización y el empeoramiento de los comportamientos tartamudos se asocian a una mayor probabilidad de persistencia de la tartamudez.	Sugathan y Santosh Maruthy, 2020
Temperamento	Los niños que tienen un temperamento reactivo ante la tartamudez (u otros estímulos) pueden tener mayores dificultades para regular sus reacciones ante la tartamudez y otras experiencias. Los niños con un temperamento más sensible pueden necesitar más tiempo de intervención terapéutica.	Ambrose et al., 2015
Trastornos concomitantes y competencias lingüísticas/ fonológicas	Los niños con trastornos concomitantes (por ejemplo, trastorno de los sonidos del habla, trastorno del lenguaje, trastornos fonológicos) pueden tener un mayor riesgo de tartamudez persistente. Una mejor capacidad fonológica durante el inicio de la tartamudez es un buen predictor del curso futuro del trastorno. Los niños con tartamudez persistente obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en las medidas de precisión de los sonidos del habla, lenguaje receptivo y lenguaje expresivo que los niños que se habían recuperado.	Walsh, Christ y Weber, 2021
Tipos de disfluencia	Los niños que presentan más disfluencias atípicas (o disfluencias similares a la tartamudez) que disfluencias típicas pueden correr el riesgo de tartamudez persistente. Nota: La alta frecuencia de disfluencias atípicas en el momento del inicio no es, por sí sola, un factor de riesgo.	Singer, Hessling, Kelly, Singer y Jones, 2020
Tasa articulatoria	Los niños con riesgo de persistencia de la tartamudez pueden presentar un ritmo articulatorio más rápido y una mayor variabilidad de este.	Sugathan y Santosh Maruthy, 2020

Tabla 2. Terapia para niños que tartamudean



capaces y seguros para manejar la tartamudez y las posibles recaídas.

Para profundizar en los enfoques con pruebas en niños en edad preescolar se recomienda consultar el Método Restart-DCM,²⁰ la terapia de interacción entre padres e hijos PCI,²¹ Mini-Kids²² y el Programa Lidcombe.²³

Para niños en edad escolar se recomiendan los enfoques integrados de Barry Guitart o el enfoque comprensivo de Scott Yaruss, esquematizado en la tabla 2, entre otros.

Adolescentes y adultos

La investigación muestra que los diversos enfoques para la tartamudez en adultos pueden beneficiar a las personas que tartamudean; sin embargo, hay una gran variedad individual en la respuesta a cada tipo de terapia.²⁴

En los últimos años, hemos presenciado un aumento de las investigaciones de técnicas de

asesoramiento en logopedia que se basan en la terapia cognitivo-conductual y que se han aplicado con mucho éxito. Las más utilizadas son la terapia cognitivo-conductual,²⁵ la terapia racional emotiva para la tartamudez (REBTS),²⁶ la terapia de reducción de la evitación (ARTS)²⁷ y la terapia de aceptación y compromiso para la tartamudez.²⁸ También hay varios estudios sobre medicación para personas que tartamudean,²⁹ aunque aún no hay ningún medicamento disponible en el mercado.

Conclusión

Los últimos años han sido emocionantes en relación con la investigación en el área de la tartamudez, con un mayor entendimiento de la etiología y su impacto en el pronóstico y en la elección de técnicas a utilizar en el proceso terapéutico. El logopeda que utiliza prácticas basadas en datos probatorios en la terapia de la tartamudez emerge como una figura central y que puede marcar la diferencia en la calidad de vida de las personas que tartamudean.

Referencias bibliográficas

- 1 Neef, N.E.; Büttfering, C.; Auer, T., et al. "Altered morphology of the nucleus accumbens in persistent developmental stuttering". *J Fluency Disord.* 2018;55:84-93. doi:10.1016/j.jfludis.2017.04.002.
- 2 Syal, S.; Finlay, B.L. "Thinking outside the cortex: social motivation in the evolution and development of language". *Dev Sci.* 2011;14(2):417-430. doi:10.1111/j.1467-7687.2010.00997.x.
- 3 Stuttering Foundation. FAQ. Consultada el 4 de enero de 2024. <https://www.stutteringhelp.org/faq>.
- 4 Guitart, B. *Stuttering. An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*. 5ª ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2019.
- 5 Tichenor, S.E.; Yaruss, J.S. "Stuttering as defined by adults who stutter". *J Speech Lang Hear Res.* 2019;62(12):4356-4369. doi:10.1044/2019_JSLHR-19-00137.
- 6 Park, V.; Onslow, M.; Lowe, R., et al. "Psychological characteristics of early stuttering". *Int J Speech Lang Pathol.* 2021;23(6):622-631. doi:10.1080/17549507.2021.912826.
- 7 Tumanova, V.; Choi, D.; Wang, Q. "Effects of behavior inhibition on stuttering severity and adverse consequences of stuttering in 3-6-year-old children who stutter". *J Commun Disord.* 2023;104:106332. doi:10.1016/j.jcomdis.2023.106332.
- 8 Rodgers, N.H.; Jackson, E.S. "Temperament is linked to avoidant responses to stuttering anticipation". *J Commun Disord.* 2021;93:106139. doi:10.1016/j.jcomdis.2021.106139.
- 9 Eggers, K.; Millard, S.K.; Kelman, E. "Temperament, anxiety, and depression in school-age children who stutter". *J Commun Disord.* 2022;97:106218. doi:10.1016/j.jcomdis.2022.106218.
- 10 Choo, A.L.; Smith, S.A.; Li, H. "Associations between stuttering, comorbid conditions, and executive function in children: a population-based study". *BMC Psychol.* 2020;8(1):113. doi:10.1186/s40359-020-00481-7.
- 11 Chang, S.E.; Guenther, F.H. "Involvement of the Cortico-Basal Ganglia-Thalamocortical loop in developmental stuttering". *Front Psychol.* 2020;10:3088. doi:10.3389/fpsyg.2019.03088.
- 12 Chow, H.M.; Garnett, E.O.; Koenraads, S.P.C., et al. "Brain developmental trajectories associated with childhood stuttering persistence and recovery". *Dev Cogn Neurosci.* 2023;60:101224. doi:10.1016/j.dcn.2023.101224.
- 13 SheikhBahaei, S.; Millwater, M.; Maguire, G.A. "Stuttering as a spectrum disorder: A hypothesis". *Curr Res Neurobiol.* 2023;5:100116. doi:10.1016/j.crneur.2023.100116.
- 14 Horton, S.; Jackson, V.; Boyce, J., et al. "Self-reported stuttering severity is accurate: Informing methods for large-scale data collection in stuttering". *J Speech Lang Hear Res.* 2023;1-10. doi:10.1044/2023_JSLHR-23-00081.
- 15 Iverach, L.; Heard, R.; Menzies, R., et al. "A brief version of the Unhelpful Thoughts and Beliefs about Stuttering Scales: The UTBAS-6". *J Speech Lang Hear Res.* 2016;59(5):964-972. doi:10.1044/2016_JSLHR-S-15-0167.
- 16 Jackson, E.S.; Rodgers, N.H.; Rodgers, D.B. "An exploratory factor analysis of action responses to stuttering anticipation". *J Fluency Disord.* 2019;60:1-10. doi:10.1016/j.jfludis.2019.03.001.
- 17 Neef, N.E.; Korzeczek, A.; Premarin, A., et al. "White matter tract strength correlates with therapy outcome in persistent developmental stuttering". *Hum Brain Mapp.* 2022;43(11):3357-3374. doi:10.1002/hbm.25853.
- 18 Toyomura, A.; Fujii, T.; Kuriki, S. "Effect of an 8-week practice of externally triggered speech on basal ganglia activity of stuttering and fluent speakers". *Neuroimage.* 2015;109:458-468. doi:10.1016/j.neuroimage.2015.01.024.
- 19 Onslow, M. *Stuttering and its treatment: Twelve lectures*. Consultado en octubre de 2023. <https://www.uts.edu.au/asrc/resources>.
- 20 de Sonnevile-Koedoot, C.; Stolk, E.; Rietveld, T., et al. "Direct versus indirect treatment for preschool children who stutter: The RESTART randomized trial". *PLoS One.* 2015;10(7):e0133758. doi:10.1371/journal.pone.0133758.
- 21 Millard, S.K.; Zebrowski, P.; Kelman, E. "Palin parent-child interaction therapy: The bigger picture". *Am J Speech Lang Pathol.* 2018;27(3S):1211-1223. doi:10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0199.
- 22 Van Eerdenbrugh, S.; Uijterlinde, I.; Eggers, K., et al. "Attributes that affect the choice of treatment for preschool age children who stutter: An observational study". *Folia Phoniatr Logop.* 2023;75(2):117-130. doi:10.1159/000528101.
- 23 Subasi, M.; Van Borsel, J.; Van Eerdenbrugh, S. "The Lidcombe program for early stuttering in non-English-speaking countries: A systematic review". *Folia Phoniatr Logop.* 2022;74(2):89-102. doi:10.1159/000517650.
- 24 Baxter, S.; Johnson, M.; Blank, L., et al. "Non-pharmacological treatments for stuttering in children and adults: A systematic review and evaluation of clinical effectiveness, and exploration of barriers to successful outcomes". *Health Technol Assess.* 2016;20(2):1-302. doi:10.3310/hta20020.
- 25 Menzies, R.G.; Onslow, M.; Packman, A., et al. "Cognitive behavior therapy for adults who stutter: A tutorial for speech-language pathologists". *J Fluency Disord.* 2009;34(3):187-200. doi:10.1016/j.jfludis.2009.09.002.
- 26 Neiders, G.K.; Grossman, H. *Rational recovery from stuttering: Think clearly, speak freely, and live fully*. 2021.
- 27 Sisskin, V.; Goldstein, B. "Avoidance reduction therapy for school-age children who stutter". *Semin Speech Lang.* 2022;43(2):147-160. doi:10.1055/s-0042-1742695.
- 28 Freud, D.; Levy-Kardash, O.; Glick, I., et al. "Pilot program combining acceptance and commitment therapy with stuttering modification therapy for adults who stutter: A case report". *Folia Phoniatr Logop.* 2020;72(4):290-301. doi:10.1159/000501078.
- 29 Maguire, G.A.; Nguyen, D.L.; Simonson, K.C., et al. "The pharmacologic treatment of stuttering and its neuropharmacologic basis". *Front Neurosci.* 2020;14:158. doi:10.3389/fnins.2020.00158.

La toma de decisiones compartida en el marco del modelo clínico centrado en la persona

Dr. José Francisco Cervera Mérida

Logopeda

Dr. José Francisco Cervera Mérida.

Logopeda, colegiado en el Colegio Oficial de Logopedes de la Comunitat Valenciana (colegiado núm. 46.121), y profesor de la Universidad Católica de Valencia.

La toma de decisiones compartida (TDC) es el proceso a través del cual los profesionales de la salud y los pacientes toman decisiones conjuntamente sobre el tratamiento¹. Es el corazón del denominado modelo clínico centrado en la persona (MCCP), que es la evolución del modelo biopsicosocial que ha sustituido al modelo biomédico tradicional². Las sociedades democráticas han consagrado la autonomía de los pacientes para tomar decisiones acerca de su salud a través del derecho sanitario³ (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

En las disciplinas de rehabilitación, la efectividad del tratamiento se apoya en la participación activa del paciente. Frecuentemente se le pide que desempeñe un papel proactivo en su terapia y que se esfuerce por desarrollar o restaurar funciones. El conocimiento profundo de las opciones de tratamiento y la comprensión holística del paciente son cruciales para el profesional, pero resultan insuficientes si no se logra su implicación activa en el proceso terapéutico.

En este contexto, la TDC es un pilar esencial en la aplicación del MCCP, que facilita la colaboración efectiva entre el profesional y el paciente para lograr resultados terapéuticos óptimos.⁴

Elementos básicos de la TDC

Los elementos que definen la TDC son:

- 1 Información bidireccional:** El profesional aporta conocimiento y experiencia clínica y el paciente comparte sus valores, preferencias y experiencias personales.
- 2 Deliberación conjunta:** Juntos valoran las opciones de tratamiento. El profesional de la salud ayuda al paciente a comprender estas opciones en el contexto de las circunstancias y valores personales del paciente.
- 3 Decisión conjunta:** La mejor decisión será la que se alcance conjuntamente, respetando la autonomía del paciente y conjugando los mejores datos científicos con la experiencia clínica del profesional.
- 4 Respeto a la autonomía del paciente:** Se reconoce y valora la autonomía del paciente y se respeta su derecho a tomar decisiones informadas sobre su propio cuidado.
- 5 Relación terapéutica:** Se fomenta una relación basada en la confianza, el respeto y la comunicación abierta, que son necesarias para que la TDC sea efectiva.

Ventajas y oportunidades de la TDC

En general, el M CCP aporta grandes ventajas cuando se aplica a las disciplinas rehabilitadoras y, en particular, a la logopedia⁵. La naturaleza de los trastornos tratados en logopedia, que a menudo implican aspectos íntimamente ligados a la identidad y la interacción social del paciente, requiere una sensibilidad y comprensión profunda por parte del profesional. La toma de decisiones compartidas no solo mejora la calidad del tratamiento, sino que también fortalece la relación terapéutica, fomentando un ambiente de confianza y colaboración.

Las logopedas deben tomar decisiones conjuntas con los pacientes acerca de sus tratamientos por varios motivos fundamentales:

- 1 Respeto a la autonomía del paciente:** el derecho del paciente a decidir sobre sus cuidados está recogido en nuestras leyes. La TDC es una metodología eficaz para garantizarlo. Permite proporcionar la información necesaria y hacer compatible el derecho del paci-

ente con la responsabilidad del clínico para aplicar los mejores datos científicos.

- 2 Mejora de la adhesión al tratamiento:** Cuando los pacientes participan activamente en la planificación de su tratamiento, es más probable que lo sigan. Esto se debe a que se sienten más comprometidos con el proceso terapéutico y responsables de ese.
- 3 Mejora de los resultados clínicos:** La participación del paciente en la toma de decisiones puede conducir a una mayor satisfacción y a mejores resultados clínicos. Los pacientes que comprenden el plan de tratamiento y toman decisiones sobre ese suelen tener una evolución más favorable.
- 4 Individualización del tratamiento:** Cada paciente es único, con necesidades y preferencias individuales. La TDC permite personalizar el tratamiento en función de sus características específicas y de sus necesidades y preferencias.
- 5 Fomento de la relación terapéutica:** La colaboración en la toma de decisiones fortalece la relación entre el logopeda y el paciente. Esto contribuye a un ambiente de confianza y respeto mutuo, que es fundamental para una terapia efectiva.



6 Educación y empoderamiento del paciente:

Este proceso brinda la oportunidad de educar al paciente sobre su trastorno y las opciones de tratamiento disponibles. Esto no solo mejora la comprensión del paciente, sino que también lo empodera para tomar decisiones informadas.

7 Concordancia con los principios éticos y legales: La TDC está en consonancia con los principios éticos de beneficencia, no maleficencia y justicia. Además, es un derecho para el paciente consagrado en la ley y un deber para el sanitario.

8 Reducción de conflictos y malentendidos: Involucrar a los pacientes en las decisiones disminuye la probabilidad de desacuerdos o malentendidos respecto al tratamiento, lo que facilita una gestión más fluida del proceso terapéutico.

9 Adaptación a cambios necesarios durante los tratamientos largos: Permite una reevaluación y adaptación continua del plan de tratamiento a medida que cambian las necesidades y circunstancias del paciente.



Retos y limitaciones de la TDC

A pesar de sus numerosos beneficios, la práctica de la TDC implica retos y tiene limitaciones que en ocasiones la harán inviable:

1 Limitaciones en la comprensión: Algunos pacientes solamente alcanzan una comprensión limitada de sus circunstancias y de las opciones de tratamiento, lo que afecta seriamente a su capacidad para tomar decisiones.

2 Barreras de comunicación: Las limitaciones de comunicación pueden complicar el proceso de toma de decisiones compartida.

3 Limitaciones de tiempo y recursos: La escasa disponibilidad de tiempo por parte de los profesionales puede restringir la cantidad, profundidad y calidad de las discusiones necesarias para una toma de decisiones efectiva.

4 Diversidad y preferencia de los pacientes: La adaptación a los valores y las preferencias de los pacientes requiere una considerable flexibilidad y sensibilidad por parte del logopeda.

5 Aspectos sociales y culturales: Las diferencias culturales y sociales entre paciente y logopeda pueden influir en las percepciones y expectativas y complicar el proceso.

6 Consideraciones éticas y legales: Cuando la capacidad del paciente para tomar decisiones es limitada pueden surgir desafíos éticos y legales entre la voluntad de los tutores y la opinión del profesional.

7 Riesgo de sobrecarga de información: Para algunos pacientes la sobrecarga de información técnica puede resultar contraproducente e interferir negativamente en su capacidad de toma de decisiones. Esto puede agravarse si el paciente accede a fuentes de mala calidad.

8 Expectativas y preferencias: Algunos pacientes pueden preferir un enfoque directivo por parte del profesional porque encuentran el proceso de TDC estresante o abrumador.

9 Características personales de los logopedas: La habilidad de los logopedas para implementar la TDC puede variar dependiendo de su formación y experiencia en este enfoque.

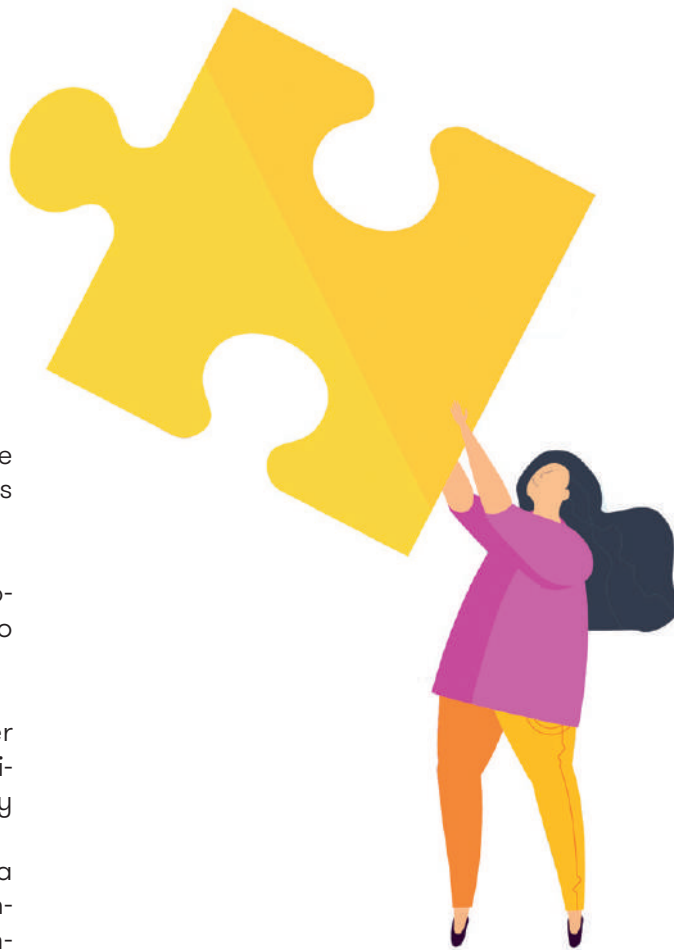
Características de los logopedas

Los cambios sociales que han promovido la adopción del MCCP imponen en los profesionales nuevos retos y exigencias en su formación en habilidades profesionales, incluidas las de comunicación, el manejo eficiente del tiempo y los recursos y la adaptación a las necesidades individuales de los pacientes.⁶

El perfil del logopeda con las habilidades profesionales necesarias para desarrollar con éxito el proceso de la TDC exige:

- 1 Competencia profesional:** Para poder ofrecer credibilidad en el proceso de la TDC es preciso mantener un alto nivel de conocimientos y una actualización en las mejores prácticas.
- 2 Comunicación eficaz:** La competencia en la comunicación verbal y no verbal es imprescindible. Incluye la capacidad de explicar conceptos complejos en términos sencillos y de escuchar activamente.
- 3 Empatía:** Demostrar empatía, comprender la perspectiva, las experiencias y emociones del paciente y centrarse en sus necesidades y preferencias son habilidades terapéuticas esenciales.
- 4 Competencia cultural:** Ser consciente de la diversidad cultural, lingüística, social y de las opciones sexuales, espirituales y religiosas y ser sensible a estas para proporcionar una atención digna y respetuosa.
- 5 Mentalidad de colaboración:** Aceptar que el rol profesional debe adaptarse no solo a las circunstancias del paciente, sino también a la confluencia con otros profesionales que intervienen en el proceso terapéutico.
- 6 Adaptabilidad y flexibilidad:** Ser flexible en el enfoque y estar abierto a modificar los planes de tratamiento según cambien las necesidades y circunstancias del paciente.

“La competencia en la comunicación verbal y no verbal es imprescindible.”



- 7 Adaptación al perfil del paciente:** Las diferencias entre pacientes de diferentes edades y estados cognitivos o físicos suponen retos y adaptaciones que incluyen aspectos superficiales, pero también de concepción del propio proceso de la TDC.
- 8 Habilidades para la resolución de conflictos:** Habilidad para negociar y resolver conflictos, especialmente en situaciones en las que las preferencias del paciente y el entorno familiar pueden diferir de las recomendaciones clínicas.
- 9 Habilidades de pensamiento crítico y resolución de problemas:** Aplicar el pensamiento crítico para evaluar las distintas opciones de tratamiento y colaborar con el paciente para resolver los problemas que puedan surgir durante la terapia.
- 10 Habilidades de defensa:** Comprender y defender las necesidades y preferencias del paciente, y asegurarse de que sus opiniones son respetadas durante el proceso terapéutico.
- 11 Enfoque ético:** Mostrar sensibilidad hacia el respeto de las normas éticas, incluido el respeto por la autonomía del paciente, y posicionarse a favor de estas, así como garantizar el consentimiento informado para todas las decisiones terapéuticas.

Como ejemplo de los conceptos expuestos, a continuación ofrecemos un fragmento generado por inteligencia artificial, mediante el ChatGPT de OpenAI, en el que le hemos pedido al bot conversacional la siguiente conversación:

Genera una conversación ficticia entre un paciente con afasia y su logopeda. El paciente está recuperando lentamente y con dificultad su capacidad para hablar. La conversación debería ser un buen ejemplo para observar buenas prácticas sobre la toma de decisiones compartida. Necesitamos que se vea cómo la logopeda trata de programar su trabajo aplicándolo a esquemas de comunicación, vocabulario, frases y contextos que sean útiles para el paciente o, al menos, que sean cosas que él quiere recuperar en su vida real.

LOGOPEDA (L): Antes de comenzar, quisiera saber si hay algún tipo de tarea específica, como ejercicios de denominación, práctica de fluidez, o actividades de comprensión auditiva, que hayas encontrado útiles en nuestras sesiones anteriores.

PACIENTE (con dificultad) (P): Ejercicios... Con fotos... y... palabras.

(L): Entendido, continuaremos con ejercicios de asociación de palabras e imágenes. Ahora, me gustaría planificar nuestras próximas sesiones basándonos en tus necesidades. ¿Hay algún aspecto particular de tu comunicación que te gustaría mejorar?

(P): Hablar... Con mi familia... Más fácil.

(L): Comunicarte con tu familia es fundamental. Podemos enfocarnos en mejorar tu habilidad para formular frases y en el enriquecimiento de tu vocabulario específico para conversaciones familiares. ¿Te parece bien?

(P) (asintiendo): Sí, bien.

(L): Excelente. Trabajaremos en la construcción de frases y en la expansión de tu léxico familiar. ¿Hay temas específicos o palabras que te gustaría practicar más?

(P): Comida... Y... Amor.

(L): Podemos empezar con vocabulario relacionado con la alimentación y expresiones de afecto. Además, ¿hay algún otro tipo de actividad técnica, como ejercicios de repetición o prácticas de seguimiento de instrucciones, que te gustaría incluir en nuestro plan?

(P): Fotos... De familia.

(L): Incorporaremos actividades de identificación y descripción con fotografías familiares, lo que te ayudará a mejorar tanto el recuerdo de nombres como la fluidez verbal. ¿Hay algo más que consideres importante añadir a nuestras sesiones?

(P): Juegos... Con hijos.

(L): Incluir juegos y actividades interactivas para practicar en casa con tus hijos es una excelente idea. Esto te permitirá aplicar de manera práctica lo aprendido en terapia en un contexto familiar y disfrutable. Recuerda que tu *feedback* es crucial para adaptar nuestra terapia a tus necesidades y objetivos.

Referencias bibliográficas

- Costa-Alcaraz, A.M.; Siurana-Aparisi, J.C.; Almendro-Padilla, C.; García-Vicente, S.; Ordovás-Casaurrán, R. "Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente". *Rev Clin Esp*. 2011;211(11):581-586.
- Scholl, I.; Zill, J.M.; Härter, M.; Dirmaier, J. "An integrative model of patient-centeredness – a systematic review and concept analysis". *PLoS One*, 2014;9(9):e107828.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Pub. L. No. Ley 41/2002, BOE-A-2002-22188 40126.
- Moody, L.; Nicholls, B.; Shamji, H.; Bridge, E.; Dhanju, S.; Singh, S. "The Person-Centred Care Guideline: From Principle to Practice". *J Patient Exp*. 2018;5(4):282-288.
- Forsgren, E.; Åke, S.; Saldert, C. "Person-centred care in speech-language therapy research and practice for adults: A scoping review". *Int J Lang Commun Disord*. 2022;57(2): 381-402.
- Cervera-Mérida, J.F.; Calabuig-Sanfeliu, B.; Ygual-Fernández, A. *Competencias y habilidades profesionales del logopeda*. Síntesis, S.A; 2023.



“Cuando los pacientes participan activamente en la planificación de su tratamiento, es más probable que lo sigan. Esto se debe a que se sienten más comprometidos con el proceso terapéutico y responsables de ese.”

La pràctica de l'evidència: l'aportació de les doctorandes

Celia Martínez Pantanalli
Fonoaudiòloga

Alba Lucas Pedro
Logopeda

Alondra Camus Torres
Logopeda

Pràctica basada en la evidència y percepció auditiva del habla

Celia Martínez Pantanalli (col·legiada núm. 4796) es fonoaudiòloga y profesora de Educación Diferencial, egresada de la Universidad de Concepción, Chile. Es estudiante del Doctorado en Psicología de la Comunicación y Cambio en la Universidad Autónoma de Barcelona.

Es muy importante que más logopedas tengan interés en doctorarse y ampliar el conocimiento científico de nuestra área. Esto puede servir para fortalecer la presencia de los logopedas en diferentes contextos, el tiempo dedicado a la investigación será un aporte invaluable para aquellos que están en el ejercicio cotidiano de intervención y acompañamiento de las familias y usuarios con problemas de voz, habla, lenguaje, audición y deglución, junto con la posibilidad de abrir nuevos horizontes científicos.

En el estudio que estoy desarrollando en mi tesis se analizarán y conocerá el efecto de la intervención realizada en personas con implantes cocleares pediátricos en un hospital público de Chile, lo que respalda la toma de decisiones, así, si las cosas se han estado haciendo bien, se podrán fortalecer, pero si no es así se abre la oportunidad para modificar el procedimiento o acciones de acompañamiento de quienes se implantan.

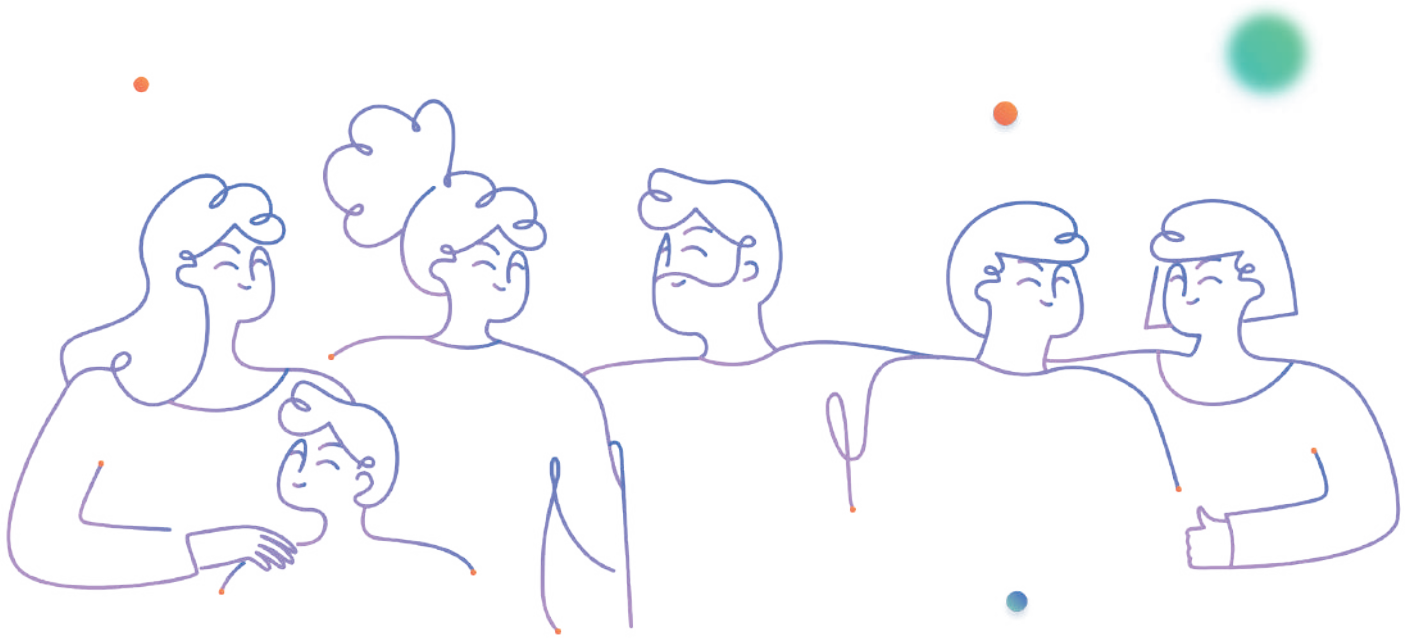
Todos los hallazgos que se puedan encontrar en este estudio repercutirán favorablemente en la atención de futuros menores que se implanten en este centro, pero también esta experiencia puede servir a otros profesionales que quieran comparar lo que observan en sus respectivos centros y enriquecer el trabajo logopédico para dar una atención adecuada y específica a cada caso.

Rellevància de la pràctica basada en l'evidència

Alba Lucas Pedro (col·legiada núm. 4221) treballa com a logopeda a la Unitat de Foniatria i Logopèdia de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron. És estudiant de doctorat a la Universitat Ramon Llull. Màster en Trastorns de la Comunicació i del Llenguatge per la UAB i URL. Màster en Motricitat Orofacial per la UVic-UCC. Cofundadora del projecte cooperatiu en logopèdia Paraules de color verd.

La intervenció logopèdica sobre les funcions de parla i masticació és una realitat des dels inicis de la professió, però la correlació entre ambdues és, en gran part, desconeguda.

Estudis desenvolupats en els últims anys posen en evidència l'absència de relació entre la masticació i l'adquisició dels sons de la parla. Però, què passa amb els infants que, un cop assolida l'articulació dels sons de la parla, presenten una



certa imprecisió articulatòria sense cap causa aparent? Mantenir una dieta tova durant els primers anys de vida podria explicar aquesta casuística? Incloure aliments durs a la seva dieta podria afavorir una millor precisió articulatòria i intel·ligibilitat de la parla? Actualment, aquestes qüestions estan encara sense resoldre.

Les professionals de la logopèdia que treballem en aquesta àrea en parlem cada dia en la nostra pràctica clínica, però, les recomanacions que fem a les famílies tenen una evidència científica a la base? O, donada la manca de coneixement científic, és l'aparent —i qüestionable— sentit comú el que guia les nostres intervencions?

Amb l'estudi que estem duent a terme busquem donar resposta a aquestes incògnites amb l'objectiu últim de millorar la qualitat de les nostres intervencions.

Reforçant la PBE en logopèdia

Alondra Camus Torres (col·legiada núm. 4840) treballa a la Universitat Autònoma de Barcelona com a professora del grau de Logopèdia i com a col·laboradora a la Universitat Oberta de Catalunya. Recentment, va completar el seu doctorat a la UAB.

Com a logopeda i estudiant de doctorat considero la Pràctica Basada en l'Evidència (PBE) essencial per assegurar l'efectivitat de la nostra actuació. La PBE significa recolzar les nostres decisions amb evidència científica en lloc de dependre només de la tradició o la intuïció. És la nostra gran aliada en la presa de decisions terapèutiques i una guia per a les noves investigacions que ajudaran a fer créixer la nostra professió.

La PBE requereix una retroalimentació entre la clínica i la recerca. Però en logopèdia existeix una esquerda entre aquestes àrees. Per a tancar-la és important promoure una cultura que valori la recerca i encoratjar que més logopedes estudiïn doctorats. Això potenciarà la rellevància de l'evidència científica en la formació de noves generacions i el lideratge d'investigacions amb enfocament logopèdic.

Posicionar la logopèdia en l'àmbit acadèmic i científic és crucial per augmentar la nostra visibilitat i per apropar els avenços científics a l'atenció clínica de qualitat. Per exemple, en la meua recerca he estudiat el desenvolupament de les habilitats narratives en nens monolingües de castellà i bilingües català-castellà, contribuint a l'adaptació d'instruments d'avaluació en aquestes llengües i a la descripció de perfils de desenvolupament.

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya: el programa 'Essencial'

Entrevistem Caritat Almazán,
que dirigeix la iniciativa 'Essencial: afegint valor
a la pràctica clínica' des de 2013.

Caritat Almazán és llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona, especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública i màster en Avaluació de Tecnologies Mèdiques per la Universitat Autònoma de Barcelona.

Amb més de trenta anys d'experiència en el sector sanitari, ha elaborat recomanacions sobre estratègies i polítiques per a la introducció de la innovació, la difusió, la planificació de procediments de l'àmbit sanitari utilitzant eines d'avaluació de tecnologies sanitàries i avaluació de polítiques públiques. També ha participat en el procés d'avaluació i valoració de l'impacte en diferents projectes europeus relacionats amb les TIC.

En què consisteix el programa Essencial i com es relaciona amb la logopèdia?

L'Essencial neix l'any 2013 com una iniciativa de l'AQuAS per identificar pràctiques clíniques de poc valor (PCPV) prevalents en el sistema sanitari català i elaborar recomanacions per tal d'evitar-les.

Aquesta és una iniciativa de transferència de coneixement de l'evidència científica disponible sobre pràctiques clíniques de poc valor, és a dir, aquelles pràctiques que són inefectives o sobre les quals no hi ha evidència que siguin efectives comporten un risc i comprometen la seguretat del pacient.

Col·laborem estretament amb professionals sanitaris i societats científiques en aquesta identificació i elaboració de recomanacions, i comptem amb el suport del Departament de Salut i l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya, amb l'objectiu de millorar la qualitat de l'atenció sanitària centrada en les persones.

Per tal d'evitar aquestes pràctiques o deixar de fer-les quan ja estan implementades, cal una estratègia de desimplementació de PCPV. Aquesta estratègia es va desenvolupar l'any 2021 i va donar lloc a l'elaboració d'una *Guia per a la implantació d'una atenció basada en valor*. La guia de recomanacions basada en l'evidència i cocreada amb professionals del sistema sanitari pretén ser una eina per reflexionar sobre mancances i fortaleses i oportunitats de millora de la pràctica clínica i passar a l'acció, tot establint els plans d'acció, tant individuals com d'equip. Es tracta d'un document interactiu que descriu les accions que convé dur a terme, enllaços a eines i recursos per contribuir a l'èxit d'aquest canvi cultural.

Així mateix, per tal de monitorar aquesta estratègia, les recomanacions de l'Essencial disposen d'indicadors que permeten fer el seguiment de la desimplementació de les PCPV.

Un altre producte destacat d'aquesta iniciativa són les fitxes per a pacients. Aquestes contenen

informació en un llenguatge planer per a pacients i ciutadania, les quals també serveixen com a material de suport per al professional a la consulta.

Actualment, s'han publicat 105 recomanacions i se n'han revisat 35, per tal de valorar si s'ha generat nova evidència, si es manté la recomanació o ha esdevingut obsoleta. Les recomanacions es poden fer de qualsevol especialitat mèdica.

Quins són els objectius principals de la iniciativa Essencial?

- Promoure una pràctica clínica que eviti la realització de pràctiques que no aporten valor a la ciutadania i que, en conseqüència, millori la qualitat de l'atenció sanitària.
- Informar la comunitat professional i la ciutadania sobre procediments que, segons l'evidència científica i el consens d'experts, no aporten beneficis per a la salut.
- Fomentar la participació dels professionals sanitaris en la identificació de pràctiques de poc valor i la desimplementació d'aquestes.

Quins són els reptes o limitacions als quals s'enfronta el programa Essencial en relació amb la logopèdia i com s'hi fa front?

Els reptes de la iniciativa Essencial per a qualsevol àmbit assistencial són modificar aquells factors que influeixen en la generació de PCPV, tal com hem après a partir de les experiències pilot de desimplementació promogudes per la iniciativa en el context de l'atenció primària. A grans trets, aquests factors estan relacionats amb la demanda de determinats tractaments i proves diagnòstiques, bé sigui deguda al mateix pacient o generada a través de la prescripció de professionals sanitaris, així com amb la resistència al canvi per part dels professionals o la manca d'actualització del coneixement.

Així mateix, hi prenen part factors relacionats amb l'organització dels serveis sanitaris com la mancança o limitació de recursos, que poden reduir els temps disponibles per a la visita del pacient o la manca de continuïtat de l'atenció sanitària entre diferents nivells assistencials. Altres factors que també incideixen en aquestes

pràctiques són la pressió comercial per part de la indústria farmacèutica o de tecnologia sanitària i notícies que divulguen els mitjans de comunicació.

Per tot això, qualsevol estratègia de desimplementació de PCPV ha de tenir un abordatge multifactorial.

Quin paper té el professional sanitari en els informes que s'elaboren en aquest projecte?

En tot moment, els professionals sanitaris són part activa en la identificació i elaboració de les recomanacions que es publiquen a l'Essencial. Aquest segueix un procés protocol·litzat, basat en l'evidència científica, i que dona com a producte el que anomenem *fitxes per a professionals*.

Com a exemple, tot just hem llançat un paquet de quatre recomanacions en l'àmbit d'obstetrícia, les quals han estat identificades, prioritzades i elaborades per professionals experts i expertes en diferents sessions de treball i, fins i tot, presentades per elles mateixes en una jornada en línia. En aquest sentit, des de l'equip Essencial sempre diem que els professionals sanitaris són els que estan en la millor posició per identificar les PCPV i per evitar que es produeixin.

També els professionals sanitaris col·laboren amb nosaltres en la revisió d'altres productes que generem des de la iniciativa Essencial.

Hi ha alguna iniciativa o pla de futur per millorar i expandir els serveis de logopèdia dins del programa Essencial o qualsevol altre programa de l'AQuAS?

Com dèiem abans, les propostes de PCPV procedeixen tant de professionals sanitaris a través de les societats científiques o també de processos participatius. No obstant això, les propostes que ens arriben han de complir una sèrie de requisits. Entre els més rellevants destaquem aquests: la prevalença de la PCPV en el sistema sanitari català, l'existència d'evidència científica, mitjançant guies de pràctica clínica o revisions sistemàtiques de l'evidència científica, i, per acabar, la factibilitat de poder ser desimplementada.

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat de dret públic adscrita al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que actua al servei de les polítiques públiques i està sotmesa a l'ordenament jurídic privat. Té la missió de generar coneixement rellevant mitjançant l'avaluació i l'anàlisi de dades per a la presa de decisions amb la finalitat de contribuir a la millora de la salut de la ciutadania i la sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya.

La seva visió està basada en una agència d'avaluació referent i amb veu reconeguda, independent i necessària per a la presa de decisions informada dels diferents participants del sistema de salut a Catalunya. Així, l'Agència desenvolupa les següents funcions:

- a) Definir, impulsar i desplegar l'estratègia del sistema d'informació per al sistema sanitari que faciliti la informació necessària per a la presa de decisions i l'avaluació de la qualitat assistencial.
 - b) Desenvolupar l'avaluació de l'estructura, processos i nous models assistencials així com de provisió de serveis, de les tecnologies sanitàries i de la informació i la comunicació aplicades a l'atenció sanitària.
 - c) Analitzar la qualitat i identificar les millors pràctiques en l'àmbit clínic.
 - d) Elaborar eines que permetin integrar en els processos d'avaluació la perspectiva d'atenció centrada en les persones.
 - e) Mesurar, avaluar i difondre de manera pública i transparent els resultats globals assolits en salut i en l'àmbit de l'assistència sanitària.
 - f) Gestionar l'accés i la reutilització d'informació del sistema sanitari, tot preservant les condicions de protecció de dades, per tal de millorar la salut de la població.
 - g) Donar suport a la planificació, el desenvolupament i l'aplicació de la recerca mitjançant l'avaluació d'aquesta, amb l'objectiu d'orientar la recerca a obtenir uns resultats amb un impacte més gran i millor en la salut de la població.
 - h) Participar en el desenvolupament d'activitats i projectes d'innovació, i donar suport a l'adopció i l'aplicació generalitzada d'innovacions per part de les entitats del SISCAT per afavorir el millorament dels resultats en salut, la qualitat de l'atenció i la seguretat de pacients i professionals.
 - i) Cooperar amb organismes homònims d'altres comunitats autònomes, d'àmbit estatal, europeu i internacional, als efectes d'assolir sinergies i difondre els coneixements respectius.
-

Agenda

Durant el primer trimestre del 2024, el CLC compta amb noves propostes formatives, enriquidores i variades. No us les perdeu!

WEBINAR SOBRE ASPECTES LABORALS DEL LOGOPEDA

19 gener

10 - 11:30 h

Zoom

Col·legi de Logopedes de Catalunya

CLC



Introducción a la práctica basada en evidencia Casos prácticos de trastornos motores del habla

Gemma Moya Galé

Data 26 de gener de 2024

Horari 16 h a 19 h

En línia mitjançant Zoom



Introducción a la práctica logopédica en entornos multilingües

Paula Bellón Vázquez

Data 15 de febrer de 2024

Horari 10 h a 13 h

En línia mitjançant Zoom



L'anàlisi del comportament glòtic i la seva aplicació pràctica en rehabilitació vocal

Gemma Solà Serra

Data 23 de febrer de 2024

Horari 9:30 h a 13:45 h

Presencial a la seu del CLC



El camí de l'evidència

És evident que les evidències evidencien certeses, de manera que si hi confiem no ens cal ser clarividents ni esperar la providència per deixar de ser invidents. Només cal que ens lliurem al pes de l'evidència!

Però quin origen té la paraula *evidència*? Volem repassar aquí d'on ve, quan la vam començar a fer servir i, evidentment, quins sentits, encertats o no, li atribuïm. També volem fer referència a alguns derivats i expressions que hi estan relacionats. Volem resseguir, doncs, el camí de l'evidència.

El mot *evidència* prové del llatí *evidentia* amb el significat que ja tenia en la llengua d'origen: 'qualitat d'evident', d'allò que resulta indubtable. *Evident* està format pel prefix *ex-* ('des de dins' o 'des de lluny') i el verb *videre* 'veure', és a dir, 'que es pot veure des de lluny'. Que se li veu el llautó, vaja.

Els primers documents de què tenim constància que inclouen la paraula *evident* són del segle XIII (aproximadament com en francès, però un segle abans que en castellà, italià o anglès). El mot *evidència*, però, no apareix documentat en català fins a la primeria del segle XIV.

Tot i que és un terme essencial en lògica i filosofia, ens centrarem avui a posar en evidència els sentits més propis de la llengua general.

Ens il·lustra l'Optimot quan aclareix que, per influència de l'anglès *evidence*, *evidència* ha passat a significar 'allò que palesa o fa evident una cosa', és a dir, 'conjunt d'elements informatius que permeten sostenir una hipòtesi o una opinió'. Aquest significat ja és recollit per la normativa i tant el trobem en expressions més tècniques com *evidència científica* i *medicina basada en l'evidència*, com en l'ús general: En aquesta carpeta es recullen les evidències d'aprenentatge dels alumnes.

No hem d'oblidar, però, que amb aquest mateix sentit disposem d'altres mots i expressions com *prova*, *informació probatòria* o *indici*, que poden resultar més adequades al context en què les fem servir.

A més de totes les paraules i expressions que han anat sorgint al llarg de l'article relacionades més o menys directament amb *evidència* (*evident*, *evidenciar*, *evidentment*, *posar en evidència*, *clarivident*, *providència*, *invident*, *pes de l'evidència*, *evidència científica*, *medicina basada en l'evidència*), volem acabar recordant l'expressió *posar/quedar/deixar algú en evidència* ('fer quedar malament algú fent-ne evidents els defectes o les mancances').

Que no ens posin en evidència!



CNL DE BARCELONA
Delegació de l'Eixample
Calàbria, 66, 2n - 934 512 445
eixample@cpl.cat
08015 Barcelona



Qui hi ha darrere del CLC?

Junta de Govern 2023-2025



Mireia Sala
Degana



Xon Belmonte
Sotsdegana



Mariona Clofent
Secretària



Wencke Brauns
Sotssecretària



Judit Guim
Tresorera



Glòria Tiana
Comptadora



Paula Resina
Vocal



Lucía López
Vocal



Núria Oriol
Vocal



Marina Pintanel
Vocal



Anaís López
Vocal



Rebeca Sánchez
Vocal



Segueix-nos a:

