

# LOGOPÈDIA

Revista Col·legi de Logopedes  
de Catalunya

Tardor 2021



## Viure amb disàrtria

### **Viure amb disàrtria.**

Pau Marc Muñoz, doctor en biologia i medallista olímpic, explica el seu dia a dia.

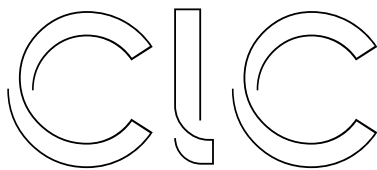
### **En defensa de la logopèdia.**

El CLC participa en l'elaboració del nou Pla de Rehabilitació de Catalunya.

### **Logopèdia i feminisme.**

Les dones son a la base de la professió però perden representació a capes altes.

**Col·legi de Logopedes  
de Catalunya**



**Equip de redacció**

Cèlia Alba, Neus Calaf

**Col·laboradors**

Alejandro Cano Villagrasa, Ana Paula Mac-Kay,  
Ma Celina Malebran, Martha Suárez Torres,  
Ariadna Urroz, Beatriz Valles-González

**Comissió de revista**

Núria Duaso, Xon Belmonte, Mariona Clofent,  
Cèlia Alba, Neus Calaf, Diana Sebastián

**Edició**

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

**Disseny**

www.blood.com

**Il·lustració portada**

Daniel Soms

**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](http://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 dels seus col·laboradors, els quals en són responsables.



## Editorial

- 5 Obrim camins des de la cooperació

## Vida col·legial

- 6 La telepràctica logopèdica, protagonista del Dia Europeu de la Logopèdia 2021
- 8 El vicepresident Pere Aragonès rep el CLC i la resta de col·legis sanitaris
- 9 El CLC fa visible el llenguatge d'infants i adolescents en situació de vulnerabilitat
- 10 El CLC defensa la logopèdia en el nou Pla de rehabilitació
- 11 El CLC fa el primer abocament de dades a la nova aplicació del RPSC
- 12 L'esperada vacunació dels logopedes com a professionals essencials

## Racó jurídic

- 15 Què cal fer quan un pacient vol el seu historial clínic

## Monogràfic: Viure amb disàrtria

- 16 Viure amb disàrtria
- 20 Una petita gran família
- 22 La malaltia de les mil disàrtries
- 26 La disàrtria en la enfermedad de Parkinson

## Reflexió

- 28 Logopèdia i feminisme. En ocasions veig dones

## L'espectador


- 33 Un Dia Europeu de la Logopèdia en femení

## Tastets de llengua

- 34 Com vas d'estrès? Amb accent obert!

## Organigrama

- 35 Qui hi ha darrere del CLC?

A large flock of birds is seen flying across a sky filled with soft, pinkish clouds. The birds are silhouetted against the lighter sky, creating a sense of movement and depth. The overall atmosphere is serene and evocative.

Ha mort als 62 anys la Montserrat Massana i Molera.  
El CLC lamenta profundament la seva pèrdua.  
La Montserrat, col·legiada d'honor al Col·legi,  
serà sempre un referent de la logopèdia a Catalunya.

## **Obrim camins des de la cooperació**

En els darrers dos anys molta gent ha tingut sensacions ambivalents sobre la salut, la feina i la professió. Inevitablement, alguns han dit que davant nostre no hi teníem res. D'altres, en canvi, han dit que ho teníem tot a tocar. Era la tempesta perfecta tant per als que ho veuen tot negre com per als que s'instal·len en el somni d'un futur millor. Malgrat tot, com diu la cançó, “somiarse no costa res, el que costa és despertar-se”, i el Col·legi ha tirat endavant i s'ha arromangat com ha fet sempre per obrir camí per aquest mantell blanc que s'estén cap al futur proper i llunyà. S'ha trobat alguns esculls ja coneguts i altres de nous, però també ha tingut la col·laboració de moltes persones que li han donat suport i que han treballat desinteressadament en projectes que són crucials per a la logopèdia.

Un exemple d'això és la participació del CLC en el nou Pla de rehabilitació de Catalunya. La feina duta a terme per un grup d'experts liderat per la sotsdegana Núria Duaso garanteix un espai just per a la nostra professió dins d'aquest pla tan important que regula l'assistència en matèria de rehabilitació i que serveix per gestionar els recursos que s'hi dediquen. Això ha estat possible gràcies al treball d'equip, com no podia ser d'altra manera, coordinat des del Col·legi.

El tema d'aquest monogràfic és la disàrtria, una alteració que pot tenir diverses causes i que travessa situacions i persones ben diferents. A “La malaltia de les mil disàrtries” conversem amb la Mireia Aldevert i la Gemma Curto (Fundació Esclerosi Múltiple) que presenten la seva feina en el context d'aquesta malaltia i que comparteixen algunes propostes ben interessants per treballar la veu en grup. A “Una petita gran família” entrevistem la Maria Castro i l'Helena Gadella (Associació Catalana de Malalts de Huntington) que ens mostren la complexitat de la intervenció en aquesta malaltia. A “Viure amb disàrtria” parlem amb algú que viu la disàrtria en primera persona, el Pau Marc Muñoz Torres, doctor en biologia molecular, professor a la Universitat Internacional de Catalunya, nedador i medallista olímpic, que té disàrtria causada per una paràlisi cerebral. A “La disartria en la enfermedad de Parkinson” l'equip Proyecto Parkinson fa un repàs de la disàrtria associada a aquesta malaltia.

A “En ocasions veig dones” s'hi fa una reflexió sobre com els biaixos de gènere funcionen dins de la logopèdia, per exemple en la representació asimètrica d'homes i dones en alguns àmbits de la professió o en la diferent representació d'homes i dones en la recerca biomèdica amb subjectes.

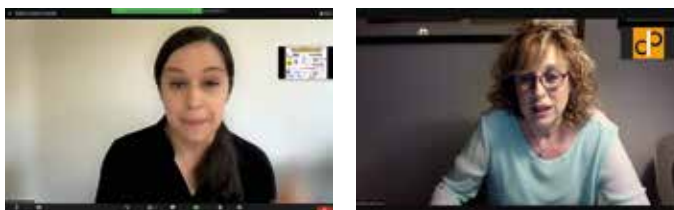
Com ja heu vist, aquest número també és especial perquè estrenem una nova imatge que vol reflectir la nostra professió amb rigor, transparència, modernitat i, per què no dir-ho?, amb orgull. Us desitgem un bon inici de curs!

**Mireia Sala** (Degana)

**Núria Duaso** (Sotsdegana)

# La telepràctica logopèdica, protagonista del Dia Europeu de la Logopèdia 2021

La degana va inaugurar l'acte recordant el 6 de març de 2020, just un any endarrere: “Que lluny queda tot i que poc conscients érem del que ens venia a sobre.”



El passat 6 de març de 2021 es va celebrar, un any més, el Dia Europeu de la Logopèdia. En aquesta ocasió, el CLC va commemorar-lo amb una sessió dedicada a una de les grans protagonistes dels darrers 12 mesos: la telepràctica logopèdica.

En l'acte de celebració —evidentment per videoconferència, com ja ens tenia acostumats la pandèmia— la degana del CLC, la Sra. Mireia Sala, va iniciar el seu discurs inaugural recordant que just feia un any, el 6 de març del 2020, era a Madrid perquè tenia una reunió al Ministeri d'Educació i Formació Professional com a presidenta del Consejo. Just feia un any assistia també al Congreso UP 20+20: Profesionales Unidas por un Mundo en Cambio, organitzat des de la Unión Profesional i, a més, havia convocat tots els presidents i degans dels col·legis de logopedes autonòmics d'Espanya a l'Assemblea General Ordinària del Consejo General, que se celebra anualment durant el primer trimestre de l'any.

“Que lluny queda tot i que poc conscients érem del que ens venia a so-

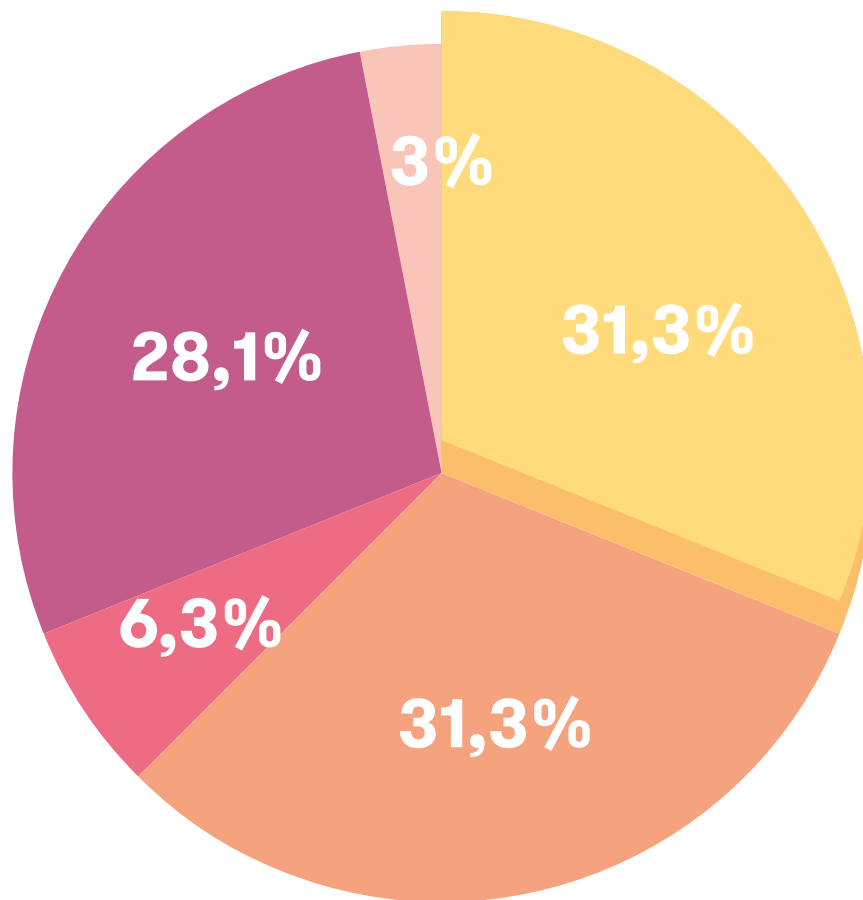
bre”, va destacar la degana. I va afegir: “En un obrir i tancar d'ulls es va estendre una pandèmia que, en tot just unes setmanes ens va revelar la nostra fragilitat física, social i econòmica. Ningú ha sortit indemne de 2020. Tots els ciutadans del món hem resultat afectats per un nou virus que ens va portar, en el millor dels casos, a estar tancats a les nostres cases i, en el pitjor, al dol de la pèrdua d'éssers estimats.”

La degana va recordar que tant el CLC com la resta de col·legis autonòmics i el Consejo havien realitzat una tasca molt intensa. Per una banda, havien intentat acompanyar el col·lectiu de logopedes de Catalunya i de la resta de l'Estat en uns moments molt difícils i de molta incertesa. Per altra banda, havien fet d'interlocutors amb l'administració, tant a nivell autonòmic com estatal. Des que es va declarar l'estat d'alarma, s'havia informat i assessorat tots els col·legiats sobre com prevenir els contagis i sobre tota la normativa posterior, que ha havia estat confusa i de molt difícil interpretació.

Sense dubte, un dels elements que més han caracteritzat l'adaptació de les consultes de logopèdia en temps de pandèmia ha estat l'auge de la telepràctica, una modalitat de teràpia que ha permès mantenir els tractaments i el vincle amb les famílies i altres professionals quan la situació sanitària no permetia la presencialitat a què estàvem acostumats. És per aquest motiu que la European Speech and Language Therapy Association (ESLA), que fins el novembre de 2020 era el Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-logopèdes de l'Union Européenne (CPLOL), va escollir la telepràctica i les tecnologies digitals com a tema per a la celebració del Dia Europeu de la Logopèdia 2021.

Des del Col·legi de Logopedes de Catalunya es va programar la conferència gratuïta “Tips per a la telepràctica logopèdica” a càrrec de la Dra. Amanda Blackwell, SLPD, CCC-SLP, a la qual es van inscriure 121 participants.

Uns dies abans, la Dra. Amanda Blackwell va proposar una petita enquesta



als participants per conèixer la realitat i les necessitats dels assistents a l'acte. Dels resultats de l'enquesta es desprèn que l'experiència d'estar treballant a través de la telepràctica és molt variable entre els professionals.

Alguns dels desafiaments específics als quals els participants en l'enquesta van expressar que s'enfrontaven en aquell moment eren sobretot mantenir l'atenció i la concentració de l'usuari durant les sessions de teleteràpia en absència del contacte físic i disposar d'un ampli repertori d'aplicacions a les quals recórrer en el disseny de les seves sessions logopèdiques.

En la seva conferència, la Dra. Amanda Blackwell va oferir consells molt pràctics i valuosos per a la realització de les sessions telemàtiques, entre els quals destaquem les funcions avançades de Zoom, la utilització de més d'una pantalla a la vegada i l'ús d'un dispositiu mòbil com a càmera per a la projecció de materials i documents físics. La sessió va tenir un gran èxit de convocatòria i una valoració excel·lent per part de la gran majoria d'assistents.

Respostes a la pregunta:

## Com et sents treballant amb teleteràpia en aquest moment?



# El vicepresident Pere Aragonès rep el CLC i la resta de col·legis sanitaris

L'Honorable Senyor Pere Aragonès va recollir les demandes del CLC i va destacar la necessitat del treball interdepartamental.



L'Hble. Sr. Aragonès amb els col·legis sanitaris.

El CLC va assistir a una reunió convocada pel vicepresident del Govern i conseller d'Economia i Hisenda, l'Honorable Senyor Pere Aragonès, el 22 d'abril, mentre es configurava un nou Govern després de les eleccions al Parlament de Catalunya del 14 de febrer de 2021.

La convocatòria d'aquesta trobada s'estenia a les presidències de diversos col·legis oficials de diferents àmbits de la salut pública i s'inclouïa en una sèrie de reunions privades per aprofundir sobre temàtiques i sectors identificats com a estratègics durant els propers anys: infància, recerca, sostenibilitat, igualtat, educació i cultura, a més de salut pública.

Cadascun dels representants va tenir el seu propi torn de paraula per exposar, segons el seu criteri, allò que considerés que calia transmetre a l'Administració pública. En el seu torn de paraula, la sotsdegana del CLC, la Sra. Núria Duaso, va exposar la situació de la logopèdia en els diversos àmbits d'intervenció: hospitalari, sociosanitari, atenció primerenca i gent gran, entre d'altres.

Va fer èmfasi en la incongruència del fet que els i les logopedes no tinguin accés reglat a les escoles. Va destacar la incomprensió per part del Departament d'Educació del rol imprescindible que pot desenvolupar el logopeda en el marc d'un sistema educatiu inclusiu i va justificar la necessitat que els logopedes puguin treballar en tots els àmbits, inclòs l'educatiu. Finalment va deixar constància de les darreres col·laboracions del CLC amb l'Administració i es va posar a disposició per continuar en aquesta línia d'aprofundiment i d'entesa.

L'Hble. Sr. Pere Aragonès va recollir les demandes del CLC i va fer menció explícita de la necessitat del treball interdepartamental. Va oferir també la possibilitat de celebrar altres reunions d'aquestes característiques en el curs de la legislatura. La reunió es va tancar en un clima de cordialitat entre tots els col·legis i associacions.



# El CLC fa visible el llenguatge d'infants i adolescents en situació de vulnerabilitat

Com a membre de l'Observatori dels Drets de la Infància i l'Adolescència, el CLC vetlla pel dret a l'atenció logopèdica en la població infantil i juvenil.



Document presentat pel CLC a l'Observatori dels Drets de la Infància.

La feina de l'Observatori en els temps de la COVID-19 ha estat molt intensa i ha evidenciat la necessitat d'aquest organisme més que mai, ja que la situació de les persones vulnerables s'ha agreujat en el context de la crisi sanitària. Alguns dels temes sobre els quals s'ha treballat durant el darrer any han estat la pobresa infantil, la igualtat d'oportunitats, la representació en òrgans decisoris o el dret a expressar l'opinió sobre les decisions que els afecten.

Tal com recull la Convenció sobre els Drets de l'Infant, els infants tenen dret al desenvolupament físic, mental i social, i el dret a expressar lliurement les seves opinions. El text esmenta també que "és obligatori per a l'Estat adoptar les mesures necessàries per donar efectivitat a tots els drets reconeguts en la present Convenció".

El CLC, tant en el context del ple com en els diferents grups de treball on participa, ha defensat que el foment del llenguatge té un paper clau en el dret al complet desenvolupament d'infants i adolescents, ja que les alteracions del llenguatge i la comunicació tenen un

impacte molt important en la bastida cognitiva, en la capacitat de relació i, en conseqüència, en les oportunitats de participació i desenvolupament social.

Per aquest motiu, el CLC ha posat a disposició de l'Observatori el document titulat *La importància del llenguatge en infants i adolescents en situació de vulnerabilitat* (disponible al web del CLC). En aquest document s'hi argumenta que un retard o trastorn del desenvolupament del llenguatge o la comunicació requereix avaluació logopèdica i, en alguns casos, també assistència logopèdica. Deixar desatès aquest àmbit fonamental de l'ésser humà seria negligent pel que fa als drets que recull la Convenció.

En aquest sentit, creiem que cal una aposta seriosa per part de l'Administració per tal de garantir els drets d'infants i adolescents en matèria de desenvolupament lingüístic i comunicatiu. Aquests drets s'han de protegir amb canvis i amb propostes efectives que permetin als infants i adolescents de participar activament i productivament a la societat, de manera que hi tinguin veu, agència i representació.

# El CLC defensa la logopèdia en el nou Pla de rehabilitació



El Pla de rehabilitació vigent a Catalunya caduca aquest 2021 i, lluny de decidir prorrogar-lo, el Servei Català de la Salut (CatSalut) ha considerat que calia elaborar-ne un de nou. El Pla de rehabilitació és un document de base que recull les conclusions de diversos grups d'experts en patologies candidates a rebre rehabilitació. Serveix per definir criteris d'inclusió i exclusió, circuits de derivació, i recomanar instruments i escales d'avaluació per als serveis de rehabilitació a Catalunya. El procés d'elaboració del nou Pla ha comptat una vegada més amb el CLC. Aquesta participació és necessàriament complexa i requereix un treball en equip ben coordinat per tal que es consideri la nostra perspectiva en la presa de decisions. És crucial que anem tots a l'una per garantir la representació de la logopèdia en els processos de contractació de serveis de rehabilitació per part del Servei Català de la Salut.

## Com hem arribat fins aquí

El 2006 van entrar en vigor els contractes de gestió dels serveis de rehabilitació ambulatoria, domiciliària

i logopèdica del CatSalut. El Servei Català de la Salut havia definit el catàleg de processos que havia de servir de base per a la compra de serveis de rehabilitació. Un cop iniciada la compra d'aquests serveis, va constituir una sèrie de grups d'experts en les diferents patologies candidates a rehabilitació per tal de definir els criteris d'inclusió i exclusió i els circuits de derivació, i per recomanar els instruments i escales de valoració funcional que podien ser d'utilitat per a cada procés.

En la constitució dels grups d'experts es va comptar amb la col·laboració de diferents organitzacions científiques i professionals, entre elles el Col·legi de Logopedes de Catalunya. Aquests grups es van reunir entre el juny del 2006 i el setembre del 2007 i les seves conclusions es van publicar en el document del Pla de rehabilitació de Catalunya, publicat el 2008 i disponible al web del CatSalut.

En la redacció de l'apartat de la rehabilitació logopèdica hi van participar, a més de representants del CLC, representants de la Societat Catalana

de Pediatria i la Societat Catalana d'Otorrinolaringologia i Patologia Cervicofacial, la Universitat de Barcelona i la Universitat Ramon Llull, l'Hospital Vall d'Hebron i la Corporació Sanitària Parc Taulí, el CAP Drassanes (ICS) i el CAP Mataró (ICS), i els centres UTE ACERF, Centre de Rehabilitació Sant Antoni Abat, Institut Logopèdic de Barcelona i Centre de Rehabilitació i Llenguatge.

L'any 2012, coincidint amb el nou concurs que s'havia de celebrar per a la prestació dels serveis de logopèdia, el CatSalut va fer l'encàrrec a un grup de professionals de suggerir elements de millora en les bases de la seva adjudicació. Els integrants d'aquest grup van coincidir més o menys amb els autors de l'apartat dedicat a la logopèdia del Pla publicat el 2008.

En aquell moment, es van analitzar els principals dèficits de l'anterior concurs i es van presentar algunes propostes per a la millora del servei. Amb aquestes aportacions, el grup d'experts volia garantir la millor assistència possible als usuaris dels serveis

de logopèdia amb un doble objectiu: millorar l'eficàcia dels recursos destinats al servei i dignificar la professió de logopeda.

### **El procés d'elaboració del nou Pla**

Per a l'elaboració del nou Pla de rehabilitació de Catalunya, el CatSalut ha convidat de nou el Col·legi de Logopedes de Catalunya, entre altres organitzacions. El Servei Català de la Salut ha configurat un Comitè Assessor, un Grup Motor i una sèrie de subgrups multidisciplinaris distribuïts per àmbits d'actuació.

La Junta de Govern del CLC ha designat la Núria Duaso, sotsdegana, com a representant al Comitè Assessor. Atesa la complexitat de la tasca a fer, s'han constituït grups de treball diferents i diverses persones col·legiades representaran la logopèdia en cada subgrup.

Les aportacions del CLC es treballen en el si d'aquests subgrups. Cadascun està treballant de manera molt intensa per trobar la millor evidència científica disponible que justifiqui la necessitat de mantenir determinats tractaments en cartera de serveis, incloure'ls si l'evidència científica els corrobora o eliminar-los si l'evidència els desaconsella. Tot el treball dels experts es coordina des del CLC, que dona suport a les tasques i les propostes que han d'arribar al grup d'assessors del CatSalut.

Aquesta col·laboració és cabdal per a la nostra professió en tant que és una via per procurar que la logopèdia es faci visible en els àmbits de la rehabilitació de Catalunya. Gràcies a la feina d'aquests equips, la intervenció logopèdica tindrà una representació directa en l'atenció que cal que rebin els ciutadans que ho necessitin des del marc dels serveis públics. Agraïm la feina desinteressada i l'esforç de tots els companys que hi col·laboren. El compromís del CLC és coordinar aquesta tasca per tal de vetllar per una logopèdia de qualitat en l'àmbit de la rehabilitació del CatSalut.

# **El CLC fa el primer abocament de dades a la nova aplicació del RPSC**

El Departament de Salut necessita disposar de dades actualitzades per tal de dur a terme una correcta planificació de les necessitats de professionals a Catalunya. És per aquest motiu que, mitjançant el Decret 256/2013, de 26 de novembre, es va crear el Registre de professionals sanitaris de Catalunya.

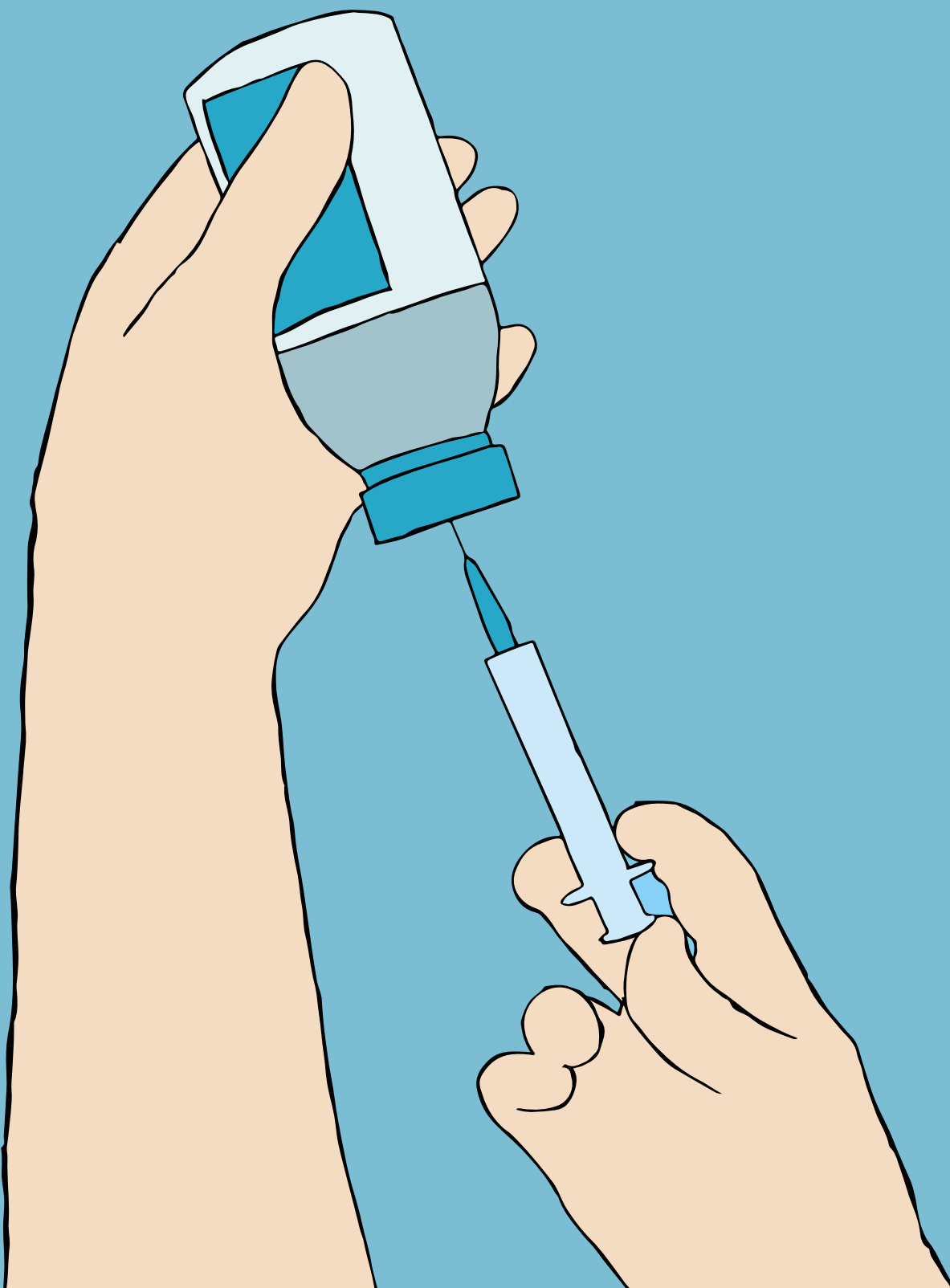
El RPSC és un sistema d'informació integrat amb informació actualitzada dels professionals sanitaris que desenvolupen la seva activitat a Catalunya.

**Tota aquesta informació ha de respondre a les necessitats administratives de planificació i organització dels recursos sanitaris, i afavorir el desenvolupament de les polítiques de salut i la presa de decisions**

A més, s'espera que contribueixi a la millora de la gestió dels recursos sanitaris de Catalunya i que faciliti el disseny i la implementació de polítiques orientades al desenvolupament professional dels professionals sanitaris a Catalunya.

Les disposicions d'aquest Decret són aplicables en l'àmbit dels col·legis de professionals sanitaris de Catalunya, entre d'altres. És per això que la Direcció General de Professionals de la Salut ha posat a disposició del CLC una nova aplicació, en la qual ja s'ha fet el primer abocament de dades. S'espera que aquesta aplicació agilitzi el tractament de la informació i la seva actualització periòdica.

# L'esperada vacunació dels logopedes com a professionals essencials





## La suspensió cautelar de la vacunació amb AstraZeneca va ajornar la segona dosi en els logopedes, que van haver d'escollir entre vacunar-se amb AstraZeneca o amb Pfizer.

El CLC va col·laborar en la campanya de vacunació facilitant a la Direcció General de Professionals de la Salut el cens de logopedes col·legiats en exercici a Catalunya que volien vacunar-se.

L'arribada limitada de vacunes va obligar els estats europeus a establir unes fases de prioritització per garantir que les primeres persones a ser vacunades fossin les que veritablement tenien més risc per a si mateixes o per a les persones de l'entorn. En aquesta situació el debat estava servit i molts col·lectius professionals van denunciar que se'ls havia menystingut o, directament, ignorat. El govern de l'Estat va començar una estratègia de vacunació que, en el moment d'enllestir aquest text, ja va per la vuitena actualització.

En el cas dels logopedes, hi havia molta preocupació pel risc de contagi a què estaven exposats en l'exercici professional. La perspectiva que en algun moment pogués començar la campanya de vacunació mantenia el col·lectiu amb l'esperança de poder-hi accedir per prevenir possibles contagis i per recuperar a poc a poc la normalitat en les seves consultes.

Segons la versió del 21 de gener de 2021 de l'Estratègia de vacunació contra la COVID-19 a Espanya, els logopedes pertanyien al grup 3 de vacunació, que incloïa el personal que no era de primera línia i que treballava en centres i establiments sanitaris i els sociosanitaris. Els logopedes, com a professionals essencials inclosos en

els grups prioritaris de vacunació, havien de ser destinataris de les primeres dosis de vacuna anti COVID-19 disponibles en la primera fase de l'estratègia de vacunació.

El 25 de gener de 2021 la degana del CLC, la Sra. Mireia Sala, va rebre una trucada de la Direcció General de Professionals de la Salut per convocar-la a una reunió urgent amb la directora general, la Sra. Montserrat Gea, que havia de tenir lloc l'endemà. El motiu de la reunió era traslladar al CLC la petició expressa de col·laboració en la campanya de vacunació dels logopedes exercents.

En aquella reunió, el CLC es va comprometre a facilitar les dades dels logopedes col·legiats exercents a Catalunya que declarassin el seu interès a accedir a la vacuna de la COVID-19. Calia cedir dades personals dels col·legiats, com ara la data de naixement, el CIP (Codi d'Identificació Personal de la Targeta Sanitària Individual del CatSalut), la regió sanitària o el telèfon mòbil on rebre els SMS de la citació, però també dades professionals, com ara la referència del centre de treball.

La referència del centre de treball era una dada rellevant en el sentit que les organitzacions sanitàries com els hospitals ja s'encarregaven de la vacunació dels seus professionals, però calia identificar també els logopedes que atenien pacients a centres petits, mitjans o en consultes privades.

Finalment, era imprescindible que el logopeda signés una declaració responsable segons la qual es trobava en exercici professional i feia assistència a usuaris. Les dosis de les vacunes disponibles encara eren escasses i en aquell moment era crucial garantir que els destinataris d'aquestes dosis eren efectivament professionals essencials.

El CLC va recollir les dades a través d'un formulari adreçat únicament a col·legiats exercents. Posteriorment, va cedir les dades a la Direcció General de Professionals de la Salut per tal que les fessin arribar a la regió sanitària corresponent. Les regions sanitàries van anar enviant les citacions per la primera dosi amb AstraZeneca a tots els logopedes inclosos en el cens, excepte les persones nascudes el 1965 o abans. Aquests es vacunarien més endavant, quan els correspongués per grup d'edat, amb la vacuna més indicada en funció de la disponibilitat d'aquestes i de la nova evidència disponible.

El Consejo General de Colegios de Logopedas va sol·licitar a la Direcció General de Salut Pública que els logopedes passessin a formar part del grup 3A de l'estratègia de vacunació.

En l'actualització del 9 de febrer de 2021, el Grup de treball tècnic de vacunació COVID-19, de Ponència de Programa i Registre de Vacunacions va incorporar a l'Estratègia de vacunació contra la COVID-19 a Espanya

## Vida col·legial

la distinció entre el grup 3A i el grup 3B, en funció del risc d'exposició de l'activitat laboral i de la possibilitat d'adoptar les mesures de protecció adequades.

Dins el grup 3A hi van incloure els professionals de l'àmbit hospitalari i d'atenció primària no considerats en el grup 2 i el personal d'odontologia, higiene dental i altre personal sanitari, sempre que atenguessin pacients sense mascareta i durant un temps superior a 15 minuts. Als logopedes, en canvi, tot i complir aquest últim requisit, se'ls va considerar del grup 3B de vacunació.

Com a resposta a aquesta actualització, el Consejo General de Colegios de Logopedas va adreçar-se a la Direcció General de Salut Pública del Ministeri de Sanitat per expressar que la pràctica professional dels logopedes pot tenir un risc similar a la dels odontòlegs o els higienistes dentals.

En la pràctica professional el logopeda està amb el pacient un temps superior a 30 minuts, sense distància de seguretat i, fins i tot, en alguns tractaments, com els de motricitat orofacial, disfàgia o en el cas de tractament de pacients amb pèrdua auditiva, el pacient i el logopeda estan sense mascareta. A més, el logopeda tracta grups especials amb gran vulnerabilitat davant la COVID-19, com ara usuàries majors de 80 anys, pacients oncològics o grans dependents.

Amb tots aquests arguments, el Consejo va sol·licitar a la Direcció General de Salut Pública que els logopedes passessin a formar part del grup 3A de l'estratègia de vacunació, alhora que sol·licitava una solució per a aquells professionals majors de 56 anys a qui no es podia administrar la vacuna AstraZeneca, que era la que estava disponible en aquell moment. No es va rebre resposta de la Direcció General ni a aquesta petició del febrer ni a la seva reiteració el mes d'abril.

La suspensió cautelar de la vacunació amb AstraZeneca va ajornar la segona dosi en els logopedes, que van haver d'escollir entre vacunar-se amb AstraZeneca o amb Pfizer

Al març, tot just vacunats de la primera dosi alguns dels logopedes inclosos en el cens del CLC, l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris va informar al Ministeri de diversos esdeveniments adversos trombòtics poc freqüents temporalment relacionats amb l'administració de la vacuna AstraZeneca.

En aquell moment, la major part dels països de la Unió Europea, Espanya inclosa, van considerar prudent suspendre temporalment la vacunació amb AstraZeneca, mentre les agències reguladores europees avaluaven si aquests esdeveniments estaven relacionats o no amb la vacuna. Aquest fet va implicar que la segona dosi de la vacuna trigués més del previst a arribar.

La represa de la vacunació dels professionals de la salut i dels sociosanitaris que encara no havien rebut cap dosi va anunciar-se el 12 de maig. En aquell moment es va anunciar que les persones nascudes entre els anys 1961 i 1952 es podrien vacunar aleatòriament amb AstraZeneca o amb Pfizer, depenent de l'oferta de vacunes en el punt de vacunació sol·licitat.

Finalment, el 26 de maig es va reprendre la pauta de vacunació amb la segona dosi per a aquells logopedes menors de 60 anys que havien rebut la primera dosi d'AstraZeneca. El Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut recomanava que la segona dosi fos de la vacuna de Pfizer i al·legava que hi havia estudis clínics amb centenars de persones que mostraven que la vacuna de Pfizer oferia una resposta immunitària molt bona i que no s'havien observat reaccions adverses greus. A més, destacaven que altres països com França i Alemanya estaven seguint també aquesta pauta.

Tanmateix, i atenent al fet que l'Agència Europea de Medicaments (EMA) i l'Organització Mundial de la Salut (OMS) recomanaven que aquesta segona dosi fos amb AstraZeneca, si un professional rebutjava la vacuna de Pfizer podia finalitzar la seva pauta de vacunació amb la vacuna d'AstraZeneca signant el corresponent consentiment informat.



**El Consejo General de Colegios de Logopedas va sol·licitar a la Direcció General de Salut Pública que els logopedes passessin a formar part del grup 3A de l'estratègia de vacunació.**

# Què cal fer quan un pacient vol el seu historial clínic

L'obligació del centre sanitari de conservar l'historial clínic del pacient perdura inalterada encara que el pacient en demani una còpia.

Ariadna Urroz Segura  
Advocada



De conformitat amb l'article 13 de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínic, el pacient té sempre dret a tenir accés a la història clínic i correspon al centre sanitari regular el procediment d'accés a la història clínic:

*"1. Amb les reserves assenyalades a l'apartat 2 d'aquest article, el pacient té dret a accedir a la documentació de la història clínic descrita per l'article 10, i a obtenir una còpia de les dades que hi figuren. Correspon als centres sanitaris regular el procediment per a garantir l'accés a la història clínic.*

*2. El dret d'accés del pacient a la documentació de la història clínic mai no pot ésser en perjudici del dret de tercers a la confidencialitat de les dades d'aquests que figuren en l'esmentada documentació, ni del dret dels professionals que han intervingut en l'elaboració d'aquesta, que poden invocar la reserva de llurs observacions, apreciacions o anotacions subjectives.*

*3. El dret d'accés del pacient a la història clínic es pot exercir també per*

*representació, sempre que estigui degudament acreditada."*

No obstant això, seria convenient signar un document on quedi acreditat que en una data concreta es lliura còpia de la història clínic, als efectes de tenir-ne constància. Aquest document no s'ha de confondre amb un escrit de protecció de dades atès que és el mateix pacient que està autoritzat que se li facilitin les seves pròpies dades.

Per al cas que fos un familiar seu qui actuï en representació del pacient, si aquest és major d'edat caldrà que la persona representant acreditï expressament que té el seu consentiment.

L'article 18 de la Llei estatal 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínic estableix:

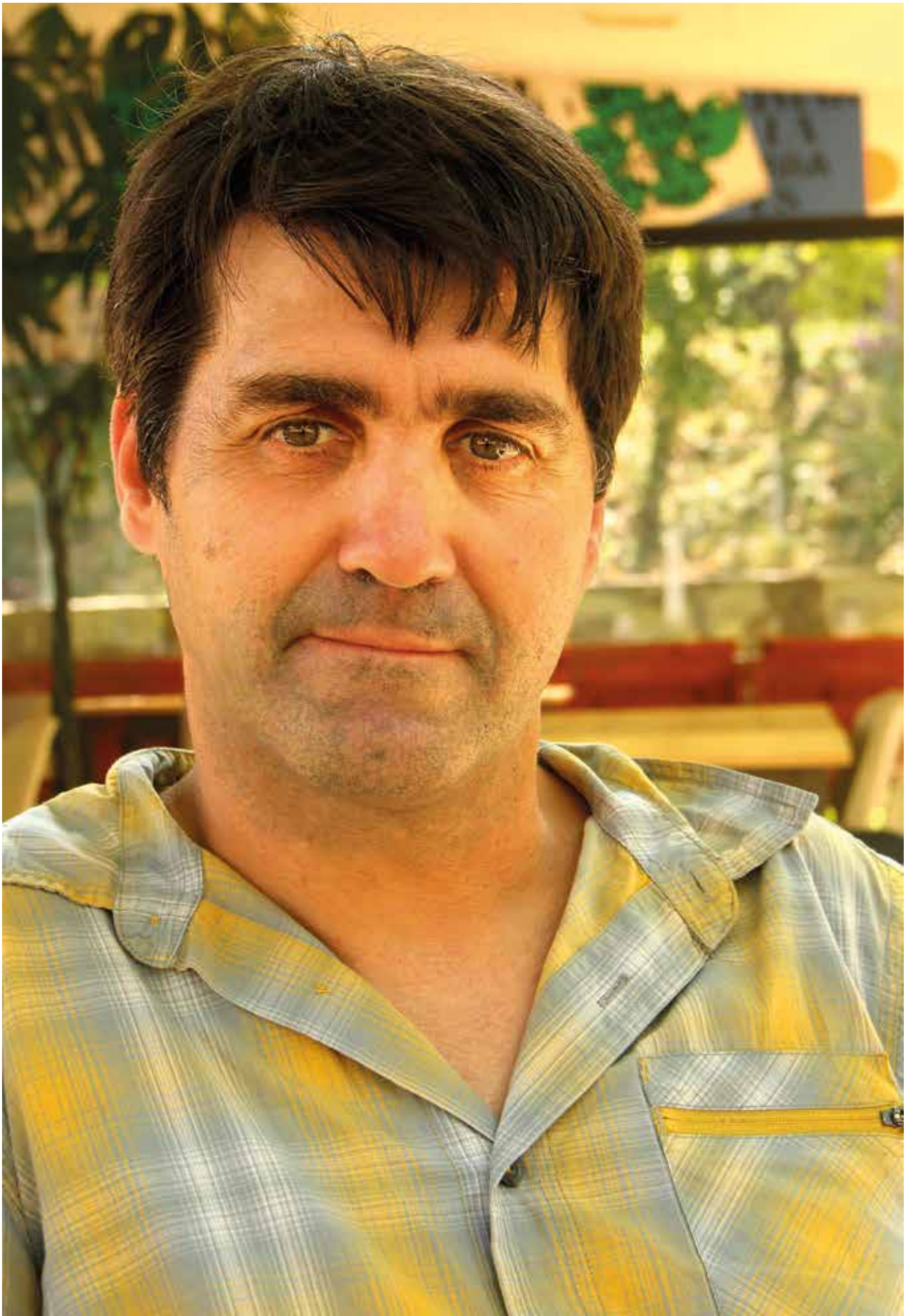
*"1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que*

*figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantiza la observancia de estos derechos.*

*2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada."*

Les dues normes citades especifiquen que es lliuri còpia de la història clínic al pacient, no pas els originals. L'obligació del centre sanitari de conservar l'historial del pacient perdura inalterada. Segons l'article 12.4 de la Llei 21/2000, la història clínic s'ha de conservar, juntament amb les dades d'identificació de cada pacient, com a mínim durant quinze anys des de l'alta del procés assistencial.

En aquest sentit, com estableix l'article 12 de la Llei catalana 21/2000, la conservació de la història clínic pot ser en suport original o en un altre suport, sempre que es garanteixi la inalterabilitat de les dades contingudes. Per tant, la història clínic es pot conservar en suport digital.





# Viure amb disàrtria

Pau Marc Muñoz Torres,  
la disàrtria com a tret identitari.

## **Presenta't tu mateix**

Em dic Pau. Tinc 45 anys. Soc moltes coses: soc biòleg, doctor en biologia molecular i bioinformàtica. Però això no em defineix. M'agrada anar a la muntanya, parlo pels descosits, m'agrada molt fer amics, parlar amb gent nova, faig classes de bioinformàtica a la Universitat Internacional de Catalunya, vaig anar als jocs paralímpics. El 1992 vaig fer el rècord del món de natació, però em va durar un minut i mig. A la primera semifinal un suec va fer rècord del món, a la segona el vaig fer jo i a la tercera el va fer un francès. Tenia tantes ganes de nedar a la final...! Crec que soc molt eclèctic, ara he començat a tocar l'harmònica i m'ho passo molt bé.

## **I a més d'això, tens paràlisi cerebral...**

Ai, és que mai me'n recordo. Jo vaig néixer així, no hi ha hagut un abans i un després, sempre he sigut així. El que no seria normal per mi és no ser com soc.

## **Dins d'aquesta normalitat, com has viscut la reacció de l'entorn?**

La infantesa i l'adolescència són probablement les etapes més dures. A mi mai m'han educat en la diferència. És a dir, em van explicar que jo tenia una paràlisi i que hi havia un parell de temes que m'afectaven més que als altres, entre els quals la veu, i que per arribar a un lloc m'hauria d'esforçar el doble perquè hi hauria gent que no es refiaria de mi; i així ha estat, he hagut

de superar l'escepticisme de gent que dubtava de les meves capacitats. A l'escola vaig tenir la sort que els professors van veure de seguida de què es tractava. Fins i tot anaven a consulta amb el meu neuròleg per veure com ho havien de fer, i pagant-ho de la seva butxaca moltes vegades. Sempre em van tractar com un més de la classe.

Sí que és veritat que els companys em veien com el noi diferent, el que va més lent, el que quan juga a futbol sempre perd la pilota, el que parla més a poc a poc i a qui no sempre s'entén...

## **Suposo que algunes persones t'ho han fet passar malament...**

Sempre trobes gent que no val la pena. De fet, tenir paràlisi i un problema a la parla de vegades és un avantatge, perquè et lliura de molts indesitjables, de persones que no valen la pena.

El fet d'acceptar una persona que té dificultats a la parla no és un problema de la persona que té la dificultat i que dona el millor de si per tirar endavant, sinó de la persona que té al davant i les seves limitacions. No crec que sigui un problema de si l'altre està preparat o no, si té una ment oberta o no, del baix nivell d'humanitat de la societat en què vivim. Hi ha molta gent que m'ha rebutjat que penso que ha sigut una sort que ho fessin, perquè hauria estat un bon maldecap haver d'aguantar-los.

# **Jo vaig néixer així, no hi ha hagut un abans i un després, sempre he sigut així. El que no seria normal per mi és no ser com soc.**

### **Déu-n'hi-do...**

A mi un professor de la universitat em va dir que jo mai faria una tesi doctoral. Ara, de tant en tant, em veu per algun congrés i no em saluda. Suposo que se li deu haver posat malament això d'haver-se equivocat. També hi ha gent que deia que no faria això o allò simplement per tenir un embolcall determinat, però no comptaven que dintre d'aquest embolcall el cap funciona tan bé com qualsevol altre.

Així mateix, quan he anat a lligar i m'han dit "vull estar amb algú que estigui a la meua altura", jo pensava "mira, una que no dona la talla ni posant-se sabates de taló alt". Són coses que fan mal, però que fan mal si els prestes atenció.

També et diré que, un cop a la universitat, un noi que s'asseia darrere meu em va sentir explicar acudits sobre els paralímpics. Va riure tant que a l'endemà es va posar al meu costat perquè em volia conèixer millor. D'això ja fa trenta anys i la setmana passada vam quedar per anar a sopar. Hi ha moltes històries de gent que val molt la pena.

### **Quines dificultats et suposa tenir la disàrtria a la vida quotidiana?**

Normalment no passa res. Moltes vegades si vaig acompanyat miren l'altra persona i li pregunten si allò que he demanat és el que vull, per exemple en un bar. No vol dir que la gent sigui dolenta o que ho faci amb mala baba. Simplement no ho coneixen.

La comunicació per telèfon és molt més difícil. A mi personalment no m'agrada parlar amb gent que no conec per telèfon. Si ho necessito, sempre intento que truqui una altra persona. De vegades, la gent es tanca en banda i comencen amb el "no t'entenc, no t'entenc".

I no t'entenen si no és que els fots un moc. Una vegada vaig haver de trucar la grua i l'home m'anava dient "no te entiendo, no te entiendo" i jo, "bueno, ¿no me entiendes o no me quieres escuchar?", i va acabar enviant la grua perfectament al lloc on era. D'altra banda, a classe els alumnes tenen un xoc quan em poso davant d'ells i els dic: "Tinc un problema a la veu, si no m'enteneu, si us plau, pregunteu i repetiré les vegades que calgui"; però a final del semestre em saluden quan em troben pel passadís i fins i tot algun ve al meu despatx simplement per parlar, per explicar-me què està fent i que li doni el meu punt de vista sobre alguna cosa.

Però en general la gent és educada i no hi ha problema. L'altre dia vaig anar d'excursió amb una gent que no coneixia de res i ens ho vam passar molt bé. Vam parlar català, castellà i anglès. I hauria parlat amb el que fes falta.

### **Com es van prendre els teus pares el fet de tenir un fill amb paràlisi cerebral?**

Bàsicament, em van fote una puntada de peu al cul i em van dir: "Niño, espábilate,... [riu]". A veure, la PC me la va diagnosticar la meua mare, que en aquell moment era infermera i estava fent l'últim curs de fisioteràpia. Va veure que, després dels problemes del part, alguna cosa no anava bé. A partir d'aquí, primer vaig començar en una escola especial de paràlisi cerebral, al centre Pilot. Després van veure que podia estudiar i me'n vaig anar a l'escola ordinària i, a partir d'aquí..., com un més. Si s'havia de fer gimnàstica, el Pau feia gimnàstica. I si arribava l'últim fent tres voltes al pati, doncs arribava l'últim, però les tres voltes les havia de fer. I als exàmens no volien un deu, però volien que aprovés i que anés endavant. Sempre em van recalcar que el tema de la parla era molt important, i realment ho és, ja que és el mitjà pel qual comuniquem les idees. Sempre m'han insistit que havia de parlar bé i que, si no m'enteni, ho havia de repetir les vegades que calgués fins que m'entenguessin, encara que em cansés. A vegades, quan no hi ha manera que m'entenguin o he de dir el meu cognom, Torres, agafo un paper i un bolígraf i em faig entendre!

### **Has anat al logopeda?**

Sí, diversos cops. Vaig tenir la gran sort de conèixer la filla del doctor Josep Guixà. Em va atendre ell durant una temporada. Era un home molt interessant, per la seva filosofia de vida. També al centre Pilot vaig tenir logopedes des dels set anys. Allà vaig tenir-ne una de molt bona que crec que es deia Irene. Després vaig anar a un logopeda que volia que deixés de nedar. El vaig deixar a ell.

### **Ostres...**

Em deia que la respiració superficial no m'anava bé. Li vaig dir: "Bé, d'acord, però és que estic preparant uns jocs paralímpics, sap? Com vostè comprendrà, no ho deixaré".

He fet logopèdia fins als vint-i-tants. Ara fa temps que no hi vaig. Estic pensant d'anar-hi de nou perquè quan faig classe a la universitat acabo amb la veu destrossada, perquè la forço molt.

### **I les relacions romanticoafectives?**

Són dures i s'hi diuen moltes animalades. Des de "com puc jo sortir amb algú com tu?" o "com explico a la meua família que surto amb un discapacitat?"... Em pregunto com expliquen que surten amb un doctor en biologia. La gent no sap posar l'atenció en allò que és important.

Sempre et trobes gent que no sap de què va el tema. Jo he estat en xarxes socials per conèixer gent i la majoria ja ni es donen l'oportunitat de conèixer-te. I això que ho intentes posar de la millor manera possible perquè ho entenguin. Si dic d'entrada que tinc paràlisi cerebral, el primer que em pregunten és: "Ah, però ets tonto?" o "Ets boig?". La veritat és que la paràlisi cerebral té un nom que s'hauria de canviar. La paraula "cerebral" fa molta por.

De tota manera, així com en una xarxa social hi ha coses que em poden anar en contra, quan he anat en un grup i m'han pogut conèixer, hi ha hagut dones que m'han demanat de tenir alguna aventura. Eren dones per a les quals la paràlisi era un complement circumstancial i no anava més enllà del que és: un embolcall, en el meu cas. També he tingut parelles i amistats que m'han dit que el primer dia els sobta, però que al final ni se n'adonen, la meua veu és la que és i ja està. A més, si jo tingués una altra veu, caminés bé o fos d'una altra manera, doncs no seria jo. No hauria viscut les experiències que he viscut.

### **Quines activitats t'han ajudat a millorar la parla?**

Vaig començar a tocar l'harmònica durant el confinament i ara faig classes. M'ha anat molt bé perquè per tocar aquest instrument necessites fer una respiració diafragmàtica, que és molt important en el control de la veu. Noto que carrego molt menys el coll. Amb l'harmònica, allò que era tan avorrit quan anava al logopeda ara és motivador perquè ja puc fer notes més llargues i és genial. Com deus saber molt bé, això de la respiració és un pal en logopèdia. Doncs jo milloro amb l'excusa de tocar un blues i passar-m'ho bé.

### **Alguna altra estratègia per a la vida diària d'una persona amb disàrtria?**

A mi m'ha ajudat la meditació. Els beneficis de pràctiques com el mindfulness, que ara està tan de moda, s'han pogut demostrar científicament. Dit d'una manera molt plana, si t'adones del teu estat en un moment donat, el pots canviar. Si m'adono que estic nerviós i que començo a tensar els músculs del coll, com m'ha passat durant aquesta entrevista, perquè em vull fer entendre, paro un moment, respiro a fons i continuo parlant.



Pau Marc Muñoz Torres ha trobat a l'harmònica una manera de treballar el control expiratori.

**Tenir paràlisi i un problema a la parla de vegades és un avantatge, perquè et lliura de molts indesitjables, de persones que no valen la pena.**

Gràcies al mindfulness em vaig adonar que tenia una llengua i que la movia, que també és molt important. Aquesta és l'estratègia més important, ser conscient d'allò que estàs fent. Per exemple, per servir aigua en un got he de repenjar el colze damunt la taula perquè, si no, el pols em farà la guitza i l'aigua anirà fora del got. Les aplicacions són infinites i la parla no en queda fora.



# Una petita gran família

L'Helena Gadella (col. núm. 08-1759) i la Maria Castro (col. núm. 08-2065) són dues logopedes que treballen a l'Associació Catalana de Malalts de Huntington (AC-MAH). Des de l'any 1998, aquesta associació ha desenvolupat un projecte comunitari per donar resposta a les necessitats d'un col·lectiu que encara avui és força desconegut. Avui ens expliquen com es plantegen el treball logopèdic a dins de l'Associació.

### Quines alteracions pot comportar la malaltia de Huntington des del punt de vista logopèdic?

Els malalts de Huntington desenvolupen una disàrtria hipercinètica que en estadis inicials produeix alteracions visibles en la parla. A mesura que va avançant la malaltia, acaba esdevenint una anàrtria i, a l'últim estadi, un mutisme. Apareix una disfàgia lleu a l'inici que va empitjorant amb el temps i pot acabar amb la decisió de les famílies o de la persona amb malaltia de Huntington de posar-se una gastrostomia endoscòpica percutània (PEG).

Pot haver-hi moltes dificultats de llenguatge, anòmia, dèficit comprensiu, afàsia progressiva... És una malaltia que afecta tant l'àmbit cognitiu com motor. Poden produir-se algunes alteracions psiquiàtriques en el moment del diagnòstic, però també després.

Tot i això, hi ha força diferència entre individus. Pot ser que una persona debuti amb aquests trastorns psiquiàtrics i una altra amb trastorns de tipus motor o

amb una disfàgia incipient. Generalment, els pacients que acabem veient nosaltres a l'Associació solen tenir en comú la disàrtria, la disfàgia, l'anòmia, les dificultats amb la lectoescriptura... i una certa apatia general i, en particular, en la intenció comunicativa.

### Suposo que aquest tipus d'afectacions diverses us obliga a treballar coordinadament amb altres disciplines...

A l'Associació fem diversos tallers de neuropsicologia, de suport psicològic a malalts i famílies, de fisioteràpia i de logopèdia. És un treball transversal entre disciplines en què cadascuna de nosaltres incidim en aspectes específics. Entre nosaltres ens anem comunicant sobre els pacients. Per posar un exemple, podem parlar amb la fisioterapeuta quan hi ha una determinada dificultat des del punt de vista postural. Ens ajudem mútuament.

### Treballeu en grup?

Sí, treballem en grups reduïts. Tenim els grups dividits pel nivell d'afectació cognitiva. A mesura que la malaltia va avançant, com que cursa amb moviments coreics –moviments involuntaris– i rigidesa, cada cop va sent més invalidant. A part de la mobilitat, en el terreny cognitiu apareix també rigidesa mental. Per tant, necessites acotar molt més la feina, readaptar les activitats, etc.

### **Com organitzeu els diversos nivells de treball amb els pacients?**

A l'Associació fem intervenció només un dia a la setmana i ho organitzem perquè els pacients puguin fer totes les teràpies que necessitin en aquest dia. Els grups fan les diverses teràpies següides: logopèdia, fisioteràpia i neuropsicologia. A la teràpia de logopèdia treballem una mica tot: tant la disàrtria o la disfàgia com el llenguatge.

Abans de la pandèmia podíem tenir grups més grans, però ara hem hagut d'adaptar espais i reduir els grups per mantenir un ambient segur. També hem hagut de fer molta sessió telemàtica. Ens n'hem sortit força bé.

### **Com us plantegeu el treball de la disàrtria?**

Comencem per la respiració, perquè la coordinació fonorrespiratòria està molt afectada ja que els pacients tenen molt poc flux d'aire. Tenen una respiració com invertida en què contrauen l'abdomen en fer la inspiració. A més, en segons quins estadis hi ha tanta afectació motora que es fa molt difícil treballar una postura que permeti una respiració més profunda. De vegades en alguns pacients ens funcionen bé tècniques de Jakobson.

### **Hi ha algun exercici contraindicat?**

A priori no, però en estadis en què la musculatura orofacial i del coll presenten molts moviments severos incontrolats no veiem que tingui gaire sentit incidir especialment en exercicis de pràxies i articulació, perquè no en treuen tant de benefici. En aquests casos treballem l'articulació d'altres maneres, no directament.

S'ha de tenir molt en compte l'afectació cognitiva, ja que algunes persones estan molt anosognòsiques i els costa molt integrar el que s'està proposant.

### **Quines afectacions observeu pel que fa a la veu?**

Els moviments propis de la malaltia es tradueixen en oscil·lacions del volum, el to, la sonoritat; el temps de fonació és massa curt; hi ha hipernasalitat... Igualment, pel que fa a la parla, també s'observen pauses inapropiades a mig de paraula, allargaments excessius de vocals... Aquest moviment incontrolat es manifesta en la veu, l'articulació i la respiració. És un ritme molt entretallat. Treballar la prosòdia els costa moltíssim perquè la malaltia comporta monotonia i, a partir d'un moment, s'observa un cert alentiment.

### **Quan es diagnostica la malaltia de Huntington?**

Els símptomes poden aparèixer entre els 35 i els 55 anys. Com que és una malaltia autosòmica dominant, un dels progenitors l'ha hagut de tenir. A partir dels divuit anys ja es poden fer la prova genètica. Hi ha persones que ja en

aquell moment se la fan perquè volen tenir el diagnòstic i hi ha qui espera al moment en què vol tenir fills. També hi ha qui té la simptomatologia, però que no ha volgut fer-se la prova genètica.

### **Quan ha de començar la intervenció logopèdica?**

Els arriben quan ja comencen a tenir símptomes molt evidents. És sobretot la família qui insisteix que facin logopèdia. Com que hi ha molta anosognòsia, ells no tenen consciència dels canvis que experimenten, per exemple amb la disàrtria, encara que siguin canvis molt evidents. Diuen "sí, de vegades els altres em fan repetir les coses, però jo parlo com sempre". Normalment venen derivats d'un hospital de dia, de neuròlegs o de la família, que ha buscat informació per Internet.

### **Plantegeu encàrrecs o tasques per dur a terme fora de la sessió?**

Sí, els donem exercicis tant per a la disàrtria com per al llenguatge o la deglució. Malgrat l'anosognòsia que comentàvem, les famílies que venen a l'Associació estan molt implicades. Alguns dels nostres pacients van també durant la setmana a fer rehabilitació a algun hospital de dia.

### **Introduïu algun SAAC en estadis més avançats de la malaltia?**

Quan el deteriorament és ja molt notable, les famílies normalment ja han establert mecanismes alternatius per a la comunicació amb la persona amb malaltia de Huntington. A mesura que passen els anys, es desenvolupen estratègies que s'acaben establint de manera natural, ja sigui una mirada, un moviment del cap, presentant-li diverses opcions perquè pugui escollir... A més, com que a les últimes fases hi ha una afectació cognitiva i un mutisme importants, no es fa fàcil introduir eines com ara plafons comunicatius.

### **Com és l'experiència de fer logopèdia amb persones amb malaltia de Huntington?**

Fer logopèdia a l'Associació és un treball molt maco. Som com una petita gran família. Abans de la pandèmia, al juny, sempre fèiem una trobada de les famílies en una casa rural durant un cap de setmana, com unes colònies. Organitzàvem activitats per a pacients i famílies. És una experiència molt íntima, molt peculiar i molt maca. Sobretot quan fem la cloenda en què acabem tots plorant [riu]. Realment és molt emocional.

És una lliçó de vida, et fa tocar de peus a terra. Et fa veure que dones massa importància a coses que no la tenen i et dius "ostres, deixa't de ximpleries". De vegades, fa l'efecte que t'emportes més tu que no el que els dones a ells. És una injecció d'energia, una experiència molt intensa.

# La malaltia de les mil disàrtries

La Mireia Aldevert (col. núm. 08-0008) i la Gemma Curto (col. núm. 08-1589) són logopedes de la Fundació Esclerosi Múltiple a Lleida i Reus respectivament. Tenen una àmplia experiència en la intervenció logopèdica en aquesta malaltia. Avui parlem amb elles de la intervenció que fan de la disàrtria associada a l'EM, que pot ser força diversa entre individus.

## **Quin tipus de disàrtria comporta l'EM?**

Realment, si a l'EM se la coneix com la malaltia de les mil cares, doncs podríem dir també que és la malaltia de les mil disàrtries, ja que és molt diversa en aquest sentit. N'hi ha molts graus i molts perfils diferents. Existeixen un seguit de trets comuns, però no tothom els té tots, com ara articulació imprecisa, parla alentida, espasticitat, debilitat muscular, dèficit en la ressonància, disfunció velar, coordinació fonorespiratòria malmesa, prosòdia monòtona, etc.

## **Com us plantegeu la intervenció davant d'aquesta diversitat entre individus i al llarg del procés degeneratiu?**

Tenim distribuïdes les sessions dels pacients per dies en funció del grau d'afectació. El grau de la disàrtria tendeix a estar alineat amb el grau d'afectació general de la per-

sona. És a dir, les persones amb una puntuació més alta a l'escala expandida de l'estat de discapacitat (EDSS) també solen tenir una disàrtria més moderada o greu.

A part d'aquesta classificació per grau, també es distribueixen els pacients en els grups d'acord amb la simptomatologia. Per exemple, es conformen els grups en funció dels objectius terapèutics: grups de treball més relacionats amb l'articulació, amb la ressonància, amb la veu, etc. De vegades, com ja hem dit abans, el perfil de disàrtria és tan peculiar que alguns pacients els hem de tractar individualment.

## **Quins beneficis trobeu en la modalitat grupal?**

És innegable que en la decisió de fer la teràpia grupal hi ha un component logístic (de combinació amb la resta de teràpies que fa el pacient) i de límit en la quantitat de persones amb EM que podem tractar. Això no obstant, s'ha de dir que la teràpia grupal és interessant. Per exemple, en una fase inicial, més lleu, quan la persona fa poc que ve al centre, el fet de compartir el tractament amb altres persones que estan en un moment similar l'ajuda molt. L'ajuda a acceptar el tractament, el problema, les possibles solucions que es proposen al centre, etc. La teràpia grupal els fa veure que no estan sols i això crea adherència al tractament.



La logopeda Mireia Aldevert a la consulta de FEM a Lleida.

A més, els pacients quan estan junts s'agafen a les millores dels altres. Per exemple, quan fas una recomanació puntual i una persona progressa en allò que estava fent, els altres se n'adonen molt i li donen molta importància. Sempre es fixen en la persona que ho fa molt bé, que està molt implicada en el tractament, i la prenen com a referència. Pel que fa a motivació i adherència, aquesta dinàmica va molt bé.

El component de sociabilització és molt important. Hi ha persones que s'inhibeixen molt a l'hora de parlar perquè tenen complexos, perquè pensen que no els entendran... En canvi, a dins del grup se senten entre iguals. Tenen més intenció comunicativa i els complexos s'esvaeixen.

**Les activitats grupals poden arribar a ser molt potents...**

[Gemma Curto]: Juntament amb la neuropsicòloga vam elaborar un taller de cant improvisat. S'improvisaven els versos que es cantaven, a mode de jotes de les Terres de l'Ebre. Els usuaris feien aquest treball neurolingüístic de fer els versos al moment. D'altra banda, hi havia el vessant cantat, en què treballàvem la postura, la respiració, la col·locació de la veu... Era molt divertit i no hi fallava ningú. Tothom venia cada dia; l'adhesió va ser magnífica. Ens ho demanaven molt. Per això vam crear el projecte CantEM, en què es treballava el ritme, la memòria, l'atenció... Les persones

**Realment, si a l'EM se la coneix com la malaltia de les mil cares, doncs podríem dir també que és la malaltia de les mil disàrtries.**



**És importantíssim consensuar els objectius amb l'usuari, perquè no sempre coincideixen amb el criteri del professional.**

s'hi van adherir tant que ho treballaven constantment a casa. Un usuari fins i tot em va dir que preparava els versos mentalment quan nedava, mentre feia piscines. Crec que el secret d'aquesta bona experiència era el component lúdic i el fet de ser una activitat musical. El que no fa la música no ho fa res més. Hi tinc molta fe, en la música.

### **Poseu deures o encàrrecs als pacients?**

Intentem que la nostra feina no es quedi al despatx, que surti de portes enfora. Per a mi [Mireia Aldevert] els deures de logopèdia són acumulatius. No en trec mai, sempre en poso [riure], perquè ens han d'ajudar a posar en pràctica els exercicis que treballem a la consulta. Per exemple, pac-tem que ha de trucar cada dia a una persona determinada (que ja està al cas d'aquesta tasca), mantenir una conversa de cinc minuts i aplicar aquests aspectes que hem treballat a la sessió. Es tracta de fer un salt de la consulta, en què es treballa sobre un dèficit, a la vida diària.

També, a mi [Gemma Curto], en aquest tipus de tasques, em diuen: "Ai, és que m'atabalo amb tantes coses". En una activitat que integra tants aspectes, jo els dic que cada cop es fixin només en un parell. Els marco objectius petits, per exemple, que la persona observi la respiració quan ha de cridar algú a l'altra punta de la casa. A poc a poc ho va automatitzant, però necessita moltes repeticions i consciència.

### **La degeneració en brots fa que la intervenció sigui diferent?**

Hi ha diverses progressions descrites a l'EM. La remitent recurrent sí que és en brots, però la primària progressiva és gradual. A més, una mateixa persona pot passar per ambdues. Moltes vegades passa que en una persona l'EM comença amb brots i després esdevé progressiva.

Pot ser que una persona tingui un brot i perdi la veu sobtadament. En la fase aguda del brot nosaltres no solem intervenir, ja que estan prenent medicació basada en corticoides i rebent una atenció de tipus mèdic. Quan s'estabilitzen tornen a venir al centre. El tractament que fem és diferent en el sentit que, quan la persona es reincorpora al centre després del brot, és necessari revalorar i atendre aquesta nova necessitat.

S'ha de dir que és importantíssim consensuar els objectius amb l'usuari, perquè no sempre coincideixen amb el criteri del professional. De vegades pots tenir claríssim que has de treballar una disfonia, per exemple, en un pacient i ell, en canvi, et demana de prioritzar una altra cosa. Els objectius han d'acordar-se.

### **Introduïu SAAC en els vostres pacients?**

En tractar-se d'una malaltia neurodegenerativa, a mesura que vas veient la progressió intentes avançar-te i proposar un entrenament del SAAC de cara al futur però,





La logopeda Gemma Curto a FEM a Reus.

honestament, el que hem observat és que mentre hi hagi una mínima capacitat de parlar, els pacients són molt reticents a fer aquest entrenament amb el SAAC. Normalment, els que estan disposats a aprendre'l són pacients que ja tenen atenció domiciliària; en aquests casos, normalment fem una derivació a la Unitat de Tècniques Augmentatives de Comunicació (UTAC).

#### **Com veieu la vida amb disàrtria associada a l'EM?**

És dur perquè, al cap i a la fi, els humans ens definim per la capacitat de parlar, no per la capacitat de caminar o pelar una taronja. El fet de comunicar-nos amb els altres ens identifica. En el moment que això falla, el nostre si trontolla. Quan algú no és capaç d'intervenir en les converses perquè és més lent que els altres, quan no se'l sent perquè no té prou volum, no està al mateix nivell comunicatiu que la resta i això fa que la vida canviï molt. És complicat. Si el teu entorn se n'adona i t'ajuda, perfecte. Però si el teu món no t'ajuda pot haver-hi conseqüències tan importants com l'aïllament: no voler reunir-se o comunicar-se amb la família, o no dir res a taula... Tot això que ens fa persones va minvant i hi ha qui acaba llançant la tovallola. Al final, si no caminem, ens desplaçarem d'una altra manera. La cadira de rodes està més acceptada socialment i no et priva de la relació social, però la comunicació és crucial. En alguns casos, la disàrtria pot afectar molt la persona des del punt de vista psicològic.

**Els humans ens  
definim per la  
capacitat de parlar,  
no per la capacitat  
de caminar o pelar  
una taronja.**

# La disartria en la enfermedad de Parkinson

Martha Suárez Torres<sup>1</sup>, Alejandro Cano Villagrasa<sup>2</sup>, M.<sup>a</sup> Celina Malebran<sup>3</sup>,  
Ana Paula Mac-Kay<sup>4</sup>, Beatriz Valles-González<sup>5</sup>



La enfermedad de Parkinson (EP) se relaciona con el daño de la función del ganglio basal, lo que provoca un déficit en el movimiento, que incluye el habla y la capacidad para iniciar movimientos motores. Las primeras manifestaciones se relacionan con la capacidad de iniciar y coordinar las tareas motoras complejas. A medida que la enfermedad progresa, se hacen más evidentes otros síntomas. Así, la persona con EP (PcP) queda limitada para desarrollar sus actividades diarias por el aumento en la intensidad de la sintomatología.

La EP idiopática se considera crónica y progresiva. Generalmente, su evolución es lenta y se caracteriza por temblores, rigidez muscular, acinesia, bradicinesia y alteraciones de la postura (Waxman y Giasson, 2011; Monteiro *et al.*, 2013). Clínicamente se da la tríada motora: acinesia o lentitud de movimientos, temblor en reposo y rigidez (Bayles y Tomoeda, 2007), denominados también síntomas motores (SM). Por ello ha sido considerada y estudiada como un trastorno motor. Sin embargo, en las últimas décadas han aumentado las manifestaciones no motoras como la apatía, los trastornos en el procesamiento lingüístico, el deterioro cognitivo o los síntomas disautonómicos, entre otros. Esta combinación de síntomas obliga a estudiar la coexistencia de diversos déficits y a atenderlos teniendo en cuenta la posible relación o vinculación entre ellos, lo cual determina la obligada presencia de un equipo multidisciplinar (Cano Villagrasa, Suárez Torres y Valles González, 2020).

Los SM han recibido una especial atención por parte de los neurólogos e investigadores debido a su ele-

vada frecuencia e impacto en la calidad de vida de los pacientes y familiares. Al inicio de la enfermedad los síntomas dentro de la esfera de la comunicación pueden manifestarse de forma discreta como, por ejemplo, en una leve disminución del volumen de la voz, un ligero «enredo» para pronunciar las palabras, un volumen de voz bajo, una velocidad del habla muy lenta o muy rápida, pobreza en la melodía de la voz, así como también en dificultades en la comunicación no verbal (pérdida de gestos y ademanes, disminución de la expresión facial, reducción de los movimientos de manos y cabeza, y conducta de la mirada que acompaña la palabra hablada).

De esta manera, actividades cotidianas como hablar por teléfono, conversar al aire libre o comer se convierten en tareas que exigen un mayor esfuerzo para realizarlas. Con respecto a las características del lenguaje que presenta la PcP, existe un amplio espectro de áreas afectadas; sin embargo, en este texto queremos resaltar las siguientes:

- Disartria hipocinética: dificultad en el habla, caracterizada por ser lenta y débil, aunque hay casos en que se puede presentar rápida y atropellada. Ambos extremos afectan la capacidad para comunicarse.
- Apraxia oral y del habla: dificultad para realizar movimientos orales y articulatorios correctamente.
- Hipofonía: voz débil, de intensidad baja.
- Disprosodia: alteración de la entonación.

Específicamente, la disartria se manifiesta de dos formas: la hipocinética, caracterizada por un habla enlentecida, y la hipercinética, en la cual se presenta un habla acelerada. En ambas el resultado final es la afectación de la inteligibilidad del habla y de la capacidad para comunicarse eficientemente y mantenerse conectado de manera activa y participativa en los diferentes ámbitos de desarrollo (laboral, social, familiar). La disprosodia y la hipofonía corresponden a la falta de entonación ritmo y a la intensidad con la que una persona emite las frases. Se caracterizan por un habla monótona y constante, sin sobresaltos, con muy poco volumen, lo que conlleva una emisión del discurso lineal y sin prosodia.

La finalidad de la intervención logopédica es mejorar o mantener la independencia de las tareas cotidianas relacionadas con la comunicación y la alimentación: firmar documentos, dejar notas, salir de compras, asistir a reuniones sociales o de trabajo, o atender el teléfono; en general, tener éxito en la actividad discursiva, lo cual incidirá positivamente en la calidad de vida.

Con respecto a la intervención de la sintomatología logopédica en la PcP, se deben trabajar intensamente los aspectos relacionados con la movilidad y la fuerza de los órganos articulatorios, las praxias fonoarticulatorias y la articulación de aquellos sonidos que se ven afectados comúnmente por este tipo de déficit (sinfones y combinaciones vocálicas adyacentes, por ejemplo). Es necesario destacar que para el abordaje se deben considerar la coexistencia de síntomas no motores (SNM), como los trastornos del sueño o la depresión (entre otros), que pueden impactar en la respuesta de la PcP al plan de intervención, así como también la presencia de la disprosodia o hipofonía que, como ya se dijo, pudieran afectar la función del habla.

Debido a las características de los trastornos de la comunicación y la alimentación que presenta la PcP, es de esperar que su comunicación se limite gradualmente con el progreso de la enfermedad. No es de extrañar que haya un cambio en los hábitos sociales; por ejemplo, la persona prefiere no salir a comer en restaurantes. En la esfera

## La EP idiopática es considerada crónica y progresiva, su evolución es generalmente lenta.

conductual puede darse apatía para cumplir con las actividades laborales y ensimismamiento por lo costoso que le resulta transmitir los deseos y necesidades, y en la esfera emocional la tendencia a la depresión es frecuente.

El tratamiento va orientado al mantenimiento de las funciones el mayor tiempo posible, lo cual se logra a través de la reeducación de los parámetros afectados. Autores como Vilarriño-Güell *et al.* (2010) señalan que, conjuntamente con el equipo multidisciplinario, la intervención logopédica va orientada a optimizar las funciones afectadas y minimizar aquellos factores concomitantes que van en detrimento del habla, de la voz o de la deglución, como pueden ser limitaciones o malos hábitos posturales, alteraciones en la esfera psiquiátrica tanto de orden conductual como anímico, una higiene del sueño inadecuada así como hábitos alimenticios inadecuados que no favorecen la acción de los medicamentos. Es responsabilidad del equipo informar al paciente y a sus familiares de todos estos aspectos y educarlos en ellos. Es importante seguir varias consideraciones para lograr el mayor éxito posible en la práctica de este programa de estimulación. En el caso de la PcP, dichas consideraciones no solo van dirigidas a ella, sino también a las personas con las que hace vida común, específicamente a los cuidadores, ya sean familiares o personal sanitario.

---

### Equip Proyecto Parkinson

Martha Suárez Torres<sup>1</sup>, Alejandro Cano Villagrasa<sup>2</sup>, M.ª Celina Malebran<sup>3</sup>, Ana Paula Mac-Kay<sup>4</sup>, Beatriz Valles-González<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Fonoaudióloga. Asociación Civil Parkinson Caracas, Venezuela.

<sup>2</sup> Logopeda y Psicólogo. Clínica de Logopedia. Universidad de Valencia.

<sup>3</sup> Fundación Lluís Alcanyis, España. Clínica Neural, Valencia, España.

<sup>4</sup> Fonoaudióloga. Facultad de Ciencias Médicas da Santa Casa de São Paulo, SP, Brasil.

<sup>5</sup> Fonoaudióloga. Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

<sup>6</sup> Logopeda. Directora del Grado en Logopedia. Universidad Internacional de Valencia, Valencia, España.

### Referències

Bayles, K. y Tomoeda, C. (2007). *Cognitive-Communication Disorders of Dementia*. Plural Publishing.

Cano Villagrasa, A., Suárez Torres, M. y Valles Gonzalez, B. (2020). Diagnósticos fonoaudiológicos y síntomas no motores en pacientes con Enfermedad de Parkinson. *Areté*, 20(2), 63-7.

Monteiro, E. P., Franzoni, L. T., Cubillos, D. M., de Oliveira Fagundes, A., Carvalho, A. R., Oliveira, H. B. y Peyré-Tartaruga, L. A. (2017). Effects of Nordic walking training on functional parameters in Parkinson's disease: a randomized controlled clinical trial. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 27(3), 351-358.

Vilarriño-Güell, C., Wider, C., Ross, O. A., Jasinska-Myga, B., Kachergus, J., Cobb, S. A. y Farrer, M. J. (2010). LINGO1 and LINGO2 variants are associated with essential tremor and Parkinson disease. *Neurogenetics*, 11(4), 401-408.

Waxman, E. A. y Giasson, B. I. (2011). Characterization of kinases involved in the phosphorylation of aggregated  $\alpha$ -synuclein. *Journal of neuroscience research*, 89(2), 231-247.

# Logopèdia i feminisme. En ocasions veig dones

Celia Alba de la Torre  
(col. núm. 08-0613)





Cada juny un seguit de persones s'examinen a les proves de selectivitat i creuen els dits per aconseguir la nota necessària per entrar al grau de Logopèdia. D'aquestes persones, una aclaparadora majoria són dones i, per sort, són més conscients que les de la meua promoció del que significa ser-ho. En aquella època (fa vint anys que tinc vint anys), l'activisme feminista existia, però es movia per circuits minoritaris, ocults a la població general que, de fet, veia l'adjectiu *feminista* com a ridícul i obsolet. El feminisme era per a molts un record superat del passat, un somni d'activistes inflamades, de tietes que es posen pesades quan beuen més del compte. Les de la meua promoció, tot parafrasejant Montserrat Roig, no ens plantejàvem si érem homes o dones, van ser els altres els qui, a poc a poc, ens van anar recordant que érem dones.

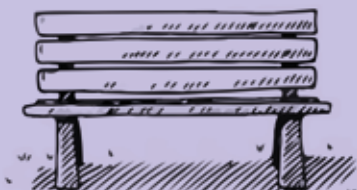
Amb l'arribada fa deu anys de l'anomenada quarta onada del feminisme, vam començar a obrir els ulls cap a opressions que abans no érem capaces de veure, algunes fins i tot de les quals érem víctimes. Ens vam adonar que efectivament les dones havien ocupat espais públics i feines remunerades que abans ocupaven els homes, però que alhora no s'havia produït una contrapartida per part seva pel que fa a les feines domèstiques i a les cures. Les dones no havíem abandonat aquestes feines, havíem ampliat horari. Amb la quarta onada, ens vam adonar que no hi havia cap raó per acceptar alguns comportaments i comentaris cap a nosaltres. Vam aprendre a valorar més allò que fem i allò que podem arribar a fer.

Dins del camp de la logopèdia, una professió amb una àmplia majoria de dones, es reproduïxen opressions i violències que ja són conegudes per altres disciplines amb predomini femení, com ara la infermeria o l'educació. Com era d'esperar, les discriminacions per gènere s'estenen també a la consulta de logopèdia i a la recerca sobre comunicació i llenguatge. En aquest article es recullen algunes de les opressions que es despleguen sobre l'eix de gènere i es fan algunes reflexions sobre les bones pràctiques per evitar la perpetuació de certs estereotips.

### **On són les dones?**

Hom podria esperar que en una disciplina tan feminitzada com la logopèdia, a la memòria del CLC per exemple es detalla que hi ha un 95,4 % de col·legiades, les proporcions es reflectirien en càrrecs de més responsabilitat i estatus. No obstant, un estudi de Rogus-Puglia *et al.* (2018) va mostrar que això no és així. Van analitzar la representació per gènere de professionals de ciències i trastorns de la comunicació en les posicions de doctor, en els càrrecs a la universitat, i en l'atorgament de premis i d'honors. Les dades mostren que els homes eren majoria en aquests espais de més responsabilitat i remuneració.

**Ens vam adonar que efectivament les dones havien ocupat espais públics i feines remunerades que abans ocupaven els homes, però que ahora no s'havia produït una contrapartida per part seva pel que fa a les feines domèstiques i a les cures. Les dones no havíem abandonat aquestes feines, havíem ampliat horari.**



Aquest estudi es va dur a terme als EUA, però aquestes són unes dades que es repeteixen en altres països, en l'àmbit acadèmic en general i també en disciplines equiparables a la logopèdia en particular. Les dones hi són i no hi són alhora. Mantenen una presència en la professió com a logopedes de base, sustenten la logopèdia, però hi ha una absència significativa de dones en les capes superiors, n'hi ha una representació que és incongruent amb la quantitat de dones que formen la professió.

Aquesta asimetria amaga un seguit de biaixos de gènere que les dones pateixen durant tota la carrera professional. En primer lloc, la mateixa decisió d'escollir els estudis de logopèdia està influïda per un estereotip de gènere. Disciplines com la logopèdia atrauen més les dones per un biaix de gènere cultural sobre el rol femení que associa tradicionalment les dones amb tasques relacionades amb les cures i l'assistència a persones dependents. Aquesta idea tàcita en la nostra cultura de "la dona com cal té cura dels altres" faria que dones joves amb inclinacions cap a altres disciplines tradicionalment associades als homes s'acabessin decantant per aquestes opcions més ben vistes socialment.

Més endavant, durant la carrera professional, les dones van patint diverses pressions, com ara influències subtils per allunyar-les dels programes de doctorat. S'han d'entendre aquestes pressions no com a accions directes d'un col·lectiu o d'una persona necessàriament, sinó com a biaixos estructurals, com a tendències imbricades al sistema. És a dir, en un sistema politococultural determinat hi ha unes regles i unes expectatives sobre com han d'actuar homes i dones. Són aquestes expectatives les que acaben decantant les xifres cap a una absència de dones en aquestes capes més especialitzades de l'estudi de la comunicació i els trastorns.

Aquests biaixos generalment inconscients fan també que els homes estiguin en situació d'avantatge en els processos de selecció per a la contractació. A més, segons l'estudi, a diferència dels homes, les dones amb càrrecs de responsabilitat que adopten comportaments tradicionalment associats al lideratge masculí (com ara la promoció personal o la negociació) pateixen una reacció negativa i angoixa per ser jutjades a través d'estereotips.

L'estudi científic del llenguatge i la comunicació humans també pateix un biaix de gènere que afecta el coneixement que es construeix des dels cercles acadèmics. Malauradament, això tampoc no és una novetat en la recerca. S'han documentat múltiples biaixos de gènere en la investigació dels aspectes biològics i socials de l'ésser humà. Des dels coneguts biaixos a l'hora de descriure com es manifesten les malalties en homes i dones fins a l'assumpció que les femelles neandertals no caçaven, la ciència ha estat travessada per defectes en el mètode influenciats per estereotips de gènere.

Un d'aquests defectes de mètode en els estudis de logopèdia i altres disciplines sociosanitàries és l'absència de dones en les mostres dels estudis i la generalització dels resultats en homes a la població femenina. Un cas clar és el biaix de gènere en l'estudi i descripció dels trets de persones amb TEA, que poden ser diferents en homes i dones. Això ha fet necessària una revisió de les guies de pràctica clínica per a la diagnòsi del TEA, que està infradiagnosticada en les dones.

### Què passa a la consulta?

Arribats a aquest punt, veiem que les opressions per gènere són molt més difícils de detectar a primera vista i més generalitzades que no ens pensàvem. Podríem estar perpetuant certs estereotips de gènere en el nostre dia a dia sense adonar-nos-en? Evidentment, si veiem el gènere com un seguit d'actes repetits (Butler, 1990), com una coreografia per la qual ens deixem portar, és fàcil que moltes de les coses que fem o diem acabim reiterant les mateixes passes del ball. És difícil afirmar "jo no soc sexista", perquè el context cultural, religiós, econòmic en què vivim sí que ho és. En aquest marc, és pràcticament impossible tenir un historial immaculat pel que fa a la discriminació per gènere. Per això, cal fer un acte de revisió de la pròpia pràctica i prendre decisions conscients.

I això com es tradueix en l'àmbit logopèdic? Pel que fa a materials, encara se segueixen reiterant pràctiques sexistes, com ara invisibilitzar les dones i el seu paper en la construcció del coneixement o en la creació artística; presentar divisions tradicionals del treball entre homes i dones; mostrar el cos masculí com el prototipus d'ésser humà en làmines d'anatomia; incloure il·lustracions de nens i nenes amb una expressió de gènere tradicional (nens i nenes que vesteixen i juguen de determinades maneres); etc. Això és especialment important en cas del material audiovisual (pel·lícules, videoclips, cançons, etc.), ja que la cultura dominant és encara molt sexista. També quan busquem fotos o il·lustracions d'internet per preparar algun exercici és molt probable que els primers resultats que apareguin al cercador siguin sexistes.

Les eines d'avaluació estandarditzades estan fetes en un moment sociocultural concret i per equips de treball que sovint no representen la població de manera equitativa. Per això poden caure en la utilització d'imatges sensibles per a alguns col·lectius i que avui dia són inapropiades. Per exemple, en un article publicat a *Asha Leader* les investigadores Ellen Bernstein-Ellis, Eve Higby i Michelle Gravier posen en relleu la necessitat de tenir una pràctica socialment responsable i expliquen el cas d'una il·lustració del test de denominació Boston Naming Test-2 que ha fet que l'editorial rebés moltes sol·licituds de canvi. Es tracta del dibuix d'una soga, una imatge amb una potent càrrega simbòlica

ideològica que transporta al passat recent de linxaments racistes als Estats Units. Després de l'assassinat de George Floyd el 2020, l'editorial va admetre la necessitat de canviar aquesta imatge i va començar a regalar enganxines amb una imatge alternativa d'un bumerang per substituir l'anterior.

Pel que fa a estereotips de gènere, el CELF Preschool 2, per exemple, representa les dones i els homes amb rols ben tradicionals: dones que fan sopa en una cuina, que cullen flors, i homes que treballen de metges i renten el cotxe amb el seu fill. Evidentment, això no es canvia fàcilment de la nit al dia i la majoria de logopedes no tenim tanta influència per fer canviar una publicació validada i estandarditzada. Malgrat això, sí que hi ha algunes reflexions que val la pena de fer amb relació a les nostres pràctiques diàries.

Una primera acció conscient contra el sexisme pot ser revisar el tractament del gènere dels materials que fem servir a la consulta. Un exemple d'aquesta pràctica d'autorevisió va ser l'anàlisi que va fer l'associació Espai i Lleure i la Comissió de Gènere de l'escola pública Tàber del fons de la seva biblioteca infantil el 2019. Després de revisar amb perspectiva de gènere aquesta secció, van retirar 200 contes sexistes, el 30 % del fons, perquè reproduïen estereotips de gènere.

Més enllà dels materials i dels exemples que fem servir a la sessió, és molt important fer una reflexió sobre les actituds, les expressions i els comportaments que tenim amb els pacients i amb els nostres companys homes i dones. Pel que fa als pacients, la consulta logopèdica ha de ser un espai segur, un lloc de confiança perquè la persona atesa pugui expressar el seu gènere de manera lliure. Això implica, per exemple, no donar per fet que la persona que tenim al davant té una determinada identitat de gènere. Cal assegurar-se que ens adrecem a la persona amb el gènere gramatical amb què vol que ens hi adrecem o amb el nom que reconeix com a propi. La persona atesa ha de poder expressar la seva personalitat sense sentir-se jutjada (els desitjos, les pors, el sentit de l'humor, les anècdotes...).

**Una primera acció conscient contra el sexisme pot ser revisar el tractament del gènere dels materials que fem servir a la consulta.**

**La consulta logopèdica ha de ser un espai segur, un lloc de confiança perquè la persona atesa pugui expressar el seu gènere de manera lliure.**

A l'hora de valorar les competències dels pacients, com ja s'ha dit, hi operen molts biaixos de gènere inconscients. Algunes maneres de mitigar aquest possible biaix involuntari és emprar proves estandarditzades, malgrat els biaixos interns que puguin tenir, i contrastar els resultats amb altres companys quan sigui possible. D'altra banda, s'ha de fer un exercici d'autorevisió quan ens plantegem el pronòstic i les competències que pot arribar a assolir la persona. Hem de tenir en compte que si amb persones de fora de la consulta ja hi ha una infravaloració d'allò que una dona pot arribar a fer, en el cas de les persones que atenem, és probable que hi romangui aquest biaix. Per entendre com d'aviat aprenem aquesta noció d'intel·ligència o capacitat associada al gènere, val la pena revisar l'estudi de Bian *et al.* (2017), que va mostrar que les nenes ja a l'edat de sis anys comencen a infravalorar la capacitat d'altres nenes. A partir d'aquesta edat comencen a pensar que és menys probable que membres del seu gènere siguin molt intel·ligents (*really, really smart*) i deixen de participar en activitats que diuen que són per a nens "que són molt brillants".

Pel que fa a les relacions entre professionals, a part del biaix pel que fa a les oportunitats de promoció dins d'una organització, s'han descrit múltiples casos d'agressions contra les dones en entorns laborals. La manera d'interactuar en reunions, la presa de decisions o la valoració de la competència professional de cada membre de l'equip estan també travessades per un biaix de gènere. En aquest sentit, s'han editat diverses guies de bones pràctiques a les empreses per garantir un bon procés de selecció, de desenvolupament i de qualitat de vida laboral de les treballadores.



### Referències

- Bernstein-Ellis, E., Higby, E., & Gravier, M. (2021). Responding to Culturally Insensitive Test Items. *Leader Live*.
- Bian, L., Leslie, S. J., & Cimpian, A. (2017). Gender stereotypes about intellectual ability emerge early and influence children's interests. *Science*, 355(6323), 389-391.
- Butler, J. (1990). Gender trouble, feminist theory, and psychoanalytic discourse. *Feminism/postmodernism*, 327, x.
- Rogus-Pulia, N., Humbert, I., Kolehmainen, C., & Carnes, M. (2018). How gender stereotypes may limit female faculty advancement in communication sciences and disorders. *American journal of speech-language pathology*, 27(4), 1598-1611.



# Un Dia Europeu de la Logopèdia en femení

Una taula rodona formada per membres del CLC, la UAB i la UCM va revisar l'estat de la qüestió sobre feminisme i logopèdia.



El Dia Europeu de la Logopèdia, professió altament feminitzada, està fortament marcat per la proximitat del 8 de març, Dia Internacional de les Dones.

Per commemorar-lo, enguany el col·lectiu Logopèdia Activa de la Universitat Autònoma de Barcelona (@logopediaactivauab a Instagram), amb la col·laboració de la Facultat de Psicologia de la UAB i Futuros Logopedas UCM, va organitzar una taula rodona titulada "Logopèdia i feminisme", que va tenir lloc el divendres 5 de març a les 13 h.

Els ponents d'aquesta taula van ser la Sra. Núria Duaso (sotsdegana del Col·legi de Logopedes de Catalunya), la Sra. Silvia Nieva (logopeda i professora de la Universidad Complutense de Madrid), la Sra. Carmela Velasco (logope-

da i professora de la Universidad Pontificia de Salamanca) i el Sr. José Antonio Calvo (logopeda i professor de la Universidad de Castilla-La Mancha). Carmela Velasco i Silvia Nieva són membres del projecte "Mujeres que dan palabra".

En aquesta taula s'hi van discutir temes com la feminització de la professió, la importància d'una perspectiva feminista en logopèdia i la influència del gènere en la trajectòria professional de les logopedes, entre d'altres.

La Núria Duaso, com a representant del Col·legi de Logopedes de Catalunya, va poder destacar l'adhesió del CLC al Decàleg per a l'equitat de gènere en l'àmbit dels col·legis professionals de Catalunya, impulsat per la Comissió de Dones i Igualtat de la Intercol·legial, de la qual el Col·legi forma part.

# Com vas d'estrès? Amb accent obert!



Quan tenim molta feina i actuem sense pensar gaire, precipitadament, sense saber ben bé el que cal fer, surti el que surti, *anem de bòlit*. Val a dir que un *bòlit* és un tros de fusta cilíndric acabat en punta en els dos extrems que es fa saltar donant-li un cop de dalt a baix (*jugat a bòlit*).

Segons el TERMCAT, l'*estrès* és l'estat de tensió de l'organisme provocat per una situació d'amenaça o d'agressió fisiològica, psíquica, etc. El plural és *estressos*.

Sovint *estem agobiats*, però aquesta expressió no és genuïna catalana. Podem optar per alternatives com ara: *estic atabalat*, *estressat*, *aclaparat* o potser *esgotat*, segons el que vulguem expressar concretament.

Quan ens trobem en una situació anguniosa, en alguna dificultat (en castellà *apuro* o *aprieto*), que superem treballósament diem que *estem passant un mal tràngol* o *passant trifulgues*.

Quant a la fraseologia, a vegades col·loquialment podem sentir la dita castellana *comerse el marrón* per indicar que algú rep les conseqüències d'un dany fet per algú altre. Aquest significat en català s'expressa amb frases fetes com ara: *pagar els plats trencats*, *tocar el rebre a algú*, *carregar-se el mort* o també, menys usuals, *pagar la festa* o *carregar els neulers*.

Quan tenim molta feina i actuem sense pensar gaire, precipitadament, sense saber ben bé el que cal fer, surti el que surti, *anem de bòlit*. Val a dir que un *bòlit* és un tros de fusta cilíndric acabat en punta en els dos extrems que es fa saltar donant-li un cop de dalt a baix (*jugat a bòlit*).

Per regular l'estrès laboral és bo intentar *gaudir* del temps lliure. El verb *disfrutar*, malgrat que s'emporta la palma pel que fa a la freqüència d'ús, no s'accepta des del punt de vista normatiu. Així doncs, es pot traduir de diverses maneres, segons el context. En un context formal, es poden fer servir les formes *gaudir*, *fruir*, *sentir goig*. En un context informal, es poden utilitzar expressions com ara *divertir-se*, *passar-s'ho bé*, *passar-s'ho bomba*, *xalar*, *passar una bona estona*, *viure la vida*.

# Qui hi ha darrere del CLC?

## Junta de Govern 2019-2021



## Personal laboral





Segueix-nos a:

