

Telelogopedia en el contexto de la pandemia de la COVID-19: Análisis de las adaptaciones y las percepciones de los logopedas

Cèlia Massana¹, Mario Figueroa¹

Recibido 1 de septiembre de 2021 / Primera revisión 23 de octubre de 2021 / Aceptado 27 de enero de 2022

Resumen. La telepráctica logopédica facilita los servicios en situaciones excepcionales como ha sido la pandemia de la COVID-19. A causa de las restricciones impuestas, los logopedas han tenido que adoptar nuevos enfoques en su práctica profesional. El objetivo de este estudio es analizar la percepción y la valoración que tiene el colectivo de logopedas de Cataluña respecto a la telelogopedia, describir la adaptación e identificar posibles problemáticas que hayan surgido mediante una encuesta en línea. La encuesta ha sido respondida por treinta y siete logopedas en activo. Los resultados nos muestran que la mayoría de las personas encuestadas han usado la telelogopedia (75.6%) y que su valoración respecto a ella ha aumentado durante desde el inicio de la pandemia. Tan sólo uno de los participantes había recibido formación sobre telelogopedia y dos la habían utilizado antes de la pandemia. El motivo principal de los logopedas para no realizar sesiones de telepráctica durante la pandemia ha estado relacionado con la tipología de paciente y/o una edad inadecuada. Se identifican las principales desventajas del uso de la telelogopedia y se exponen propuestas para la práctica clínica. **Palabras clave:** COVID-19; rehabilitación, telepráctica; telesalud.

[en] Telepractice in the context of the COVID-19 pandemic: Analysis of adaptations and perceptions of speech and language therapists.

Abstract. Telepractice in Speech-Language therapy facilitates services in exceptional situations such as COVID-19 pandemic. Due to the restrictions imposed, speech-language pathologists (SPL) have had to adopt new approaches in their professional practice. The aim of this study is, through an online survey, to analyse the perception and the assessment of Catalan SPL about telepractice, to describe the adaptation and to identify the possible problems that have emerged. The survey was answered by thirty-seven active speech therapists. The results show that the majority of respondents have used telepractice (75.6%) and that their appreciation about it has increased since the beginning of the pandemic. Only one of the participants had received telepractice training and two had used it before the pandemic. The main reason given by the SPL for not using telepractice sessions during the COVID-19 pandemic has been related to patient typology and/or age inappropriateness. The main disadvantages of the use of telepractice are identified and proposals for clinical practice are exposed.

Keywords: COVID-19, rehabilitation; telehealth, telepractice.

Sumario: Metodología. Participantes y recolección de datos. Instrumento. Análisis de los datos. Resultados. Sección 1. Información básica. Sección 2.1 Características de la telelogopedia. Sección 2.2. Valoración de la telelogopedia. Sección 2.3. Progresos y valoración de los pacientes. Sección 2.4. Respuestas emocionales. Sección 3. Formación en telelogopedia. Sección 4. Percepciones sobre la telelogopedia. Discusión. Problemáticas y propuestas para la práctica. Limitaciones. Conclusiones. Bibliografía. ANEXO I

Cómo citar: Massana C. y Figueroa M. Telelogopedia en el contexto de la pandemia de la COVID-19: Análisis de las adaptaciones y las percepciones de los logopedas. *Revista de Investigación en Logopedia* 12(1), e77746. <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.77746>

Introducción

Desde marzo de 2020, en el contexto de la pandemia de la COVID-19, las administraciones han tenido que aplicar diferentes restricciones con el fin de frenar la transmisión del virus. El confinamiento domiciliario aplicado por diversos países ha provocado cambios en un mercado de trabajo en el que la demanda del teletrabajo ha aumentado en comparación con los datos anteriores al inicio de la pandemia (Escudero-Castillo, Mato-Díaz, & Rodríguez-Alvarez, 2021). En consecuencia, al igual que en otras disciplinas como la psicología (Lew et al., 2020), muchos logopedas han reducido su

¹ Department de Psicologia Bàsica, Evolutiva i de l'Educació.
Universitat Autònoma de Barcelona (España).
E-mail: mario.Figueroa@uab.cat

presencialidad en sus puestos de trabajo y se han podido ver obligados, en algunos momentos, a dejar de prestar sus servicios completamente o cambiar su modelo de intervención a virtual, mediante la telelogopedia. Esta modalidad de trabajo les permitía ofrecer una asistencia alternativa compatible con el confinamiento y que ralentizaba la transmisión del virus.

La telelogopedia es la prestación de servicios profesionales mediante la tecnología de las telecomunicaciones que permite la comunicación a distancia entre los profesionales y las personas que requieren los servicios de evaluación, intervención y consulta logopédica (American Speech-Language-Hearing Association, 2016). La telelogopedia ha sido utilizada desde finales de los años noventa en diferentes países del mundo como medio para superar algunos retos que tienen los servicios a domicilio permitiendo reducir los gastos y el tiempo de transporte, dando acceso a la logopedia a personas que viven en zonas rurales o barrios peligrosos, permitiendo la intervención con logopedas especialistas de regiones lejanas y favoreciendo la intervención en su lengua materna a personas que no hablan fluidamente la lengua del país de residencia (Mashima & Doarn, 2008; Snodgrass et al., 2017). Los servicios a través de la telepráctica se pueden proporcionar de forma sincrónica, asincrónica y híbrida (American Speech-Language-Hearing Association, n.d.; Igualada, 2020). La telelogopedia sincrónica es la que se realiza mediante una conexión interactiva de audio y vídeo en tiempo real. La asincrónica es la intervención mediante el envío y el almacenamiento de imágenes y datos para la visualización e interpretación del profesional. Un modelo híbrido es la combinación entre los dos servicios.

Para que la telelogopedia pueda ser eficaz y exitosa, es conveniente que los profesionales estén familiarizados con la misma y con el uso de los recursos tecnológicos (Krikheli, Carey, McDonald, & Abdu, 2017). Para ello, es necesario que los logopedas puedan recibir una formación específica antes de ponerla en práctica. En esta línea, Overby & Baft-Neff (2017) destacan que en la telelogopedia el conocimiento de la literatura científica relacionada con los métodos de trabajo y un buen dominio de las habilidades de comunicación no verbales son más importantes que en la logopedia presencial. Algunos autores como Smith et al. (2020) señalan, además, que la telelogopedia requiere de una mayor planificación con respecto a la logopedia tradicional y que es más difícil atraer al paciente para que siga la sesión atentamente.

La brusca irrupción de la pandemia ha podido conllevar un uso precipitado y acelerado de la telelogopedia alrededor del mundo y, sobre todo, en países y regiones en las que la telelogopedia no era una práctica habitual. Estos cambios podrían haber afectado a la calidad del servicio logopédico. A pesar de la excepcional situación y de los cambios experimentados como consecuencia de la COVID-19, escasos estudios han abordado la adaptación de los logopedas o de sus pacientes al nuevo contexto. Uno de los estudios publicados hasta la fecha es el de Lam, Lee y Tong (2020). Estos autores llevaron a cabo una encuesta de satisfacción en padres e hijos usuarios del servicio telemático en Hong Kong. Tanto padres como hijos valoraron de forma positiva la telepráctica recibida, aunque ambos grupos creían que la telelogopedia era menos eficaz que la logopedia tradicional.

Otros cuatro trabajos de diferentes países han estudiado la telelogopedia desde la óptica de los propios logopedas (Fong, Tsai, & Yiu, 2021; Heiskanen, Rinne, Miettinen, & Salminen, 2021; Kollia & Tsiamtsiouris, 2021; Kraljević, Matić, & Dokoza, 2020). Según estos estudios, la mayoría de los logopedas se acogió a la telelogopedia durante la pandemia, excepto en Hong Kong donde tan sólo el 34.8% de los logopedas optó por esta opción como una alternativa para ofrecer sus servicios (Fong et al., 2021). Dichos estudios también resaltan que la mayoría de los logopedas expresan su satisfacción respecto a la telelogopedia (Fong et al., 2021; Kraljević et al., 2020) y que la mitad de los logopedas encuestados planean usar la telelogopedia después de la pandemia (Heiskanen et al., 2021). Sin embargo, un número importante de pacientes rechazaron estos servicios durante el confinamiento debido, principalmente, a la falta de medios técnicos (Kraljević et al., 2020). La población que más recibió atención logopédica a través de la telepráctica durante el inicio de la pandemia fue aquella diagnosticada con un trastorno del desarrollo del lenguaje o del habla (Fong et al., 2021).

El cierre de centros de logopedia y la imposibilidad de ejercer la profesión en buena parte de los ámbitos de intervención fue una situación nueva y excepcional para todos los logopedas. Como señalan algunos estudios previos durante la pandemia la telelogopedia se ha convertido en una práctica habitual en muchos países y los logopedas han hecho un esfuerzo extraordinario por ofrecer un servicio a distancia para sus pacientes (Fong et al., 2021; Heiskanen et al., 2021), pero pocas investigaciones han abordado el estado de la telelogopedia o su adaptación durante la pandemia de la COVID-19 en España y, por extensión, en Cataluña. Es necesario un análisis del desarrollo de la telelogopedia para poder avanzar de forma positiva en esta práctica y poder ofrecer un buen servicio. Por ese motivo, los objetivos del presente estudio son:

- Analizar la adaptación de las intervenciones telelogopédicas a raíz de la pandemia de la COVID-19.
- Describir la percepción y la valoración de los logopedas respecto a la telelogopedia.
- Identificar posibles ventajas e inconvenientes con el fin de mejorar el servicio ofrecido por los logopedas.

Metodología

Participantes y recolección de datos

A un total de 70 potenciales participantes se les envió por correo electrónico el enlace a una encuesta junto con un mensaje en el que se exponían los objetivos del estudio. El muestreo fue realizado por cuotas, específicamente género y franjas de edad, de acuerdo con los datos de la memoria anual del *Col·legi de Logopedes de Catalunya* (2019) para

crear una muestra lo más representativa posible. La distribución de la encuesta se llevó a cabo a través de la red de contactos profesionales de los autores firmantes y de logopedas que han estado implicadas en organizaciones profesionales. Este método de muestreo no probabilístico se eligió como adecuado dado el carácter exploratorio del estudio, de los objetivos y la situación vivida en esa época donde la movilidad y el contacto social estaba reducido. Para poder analizar la adaptación de los logopedas ejercientes a la nueva situación, fue indispensable marcar como criterio de inclusión en el estudio haber estado trabajando regularmente durante la pandemia de la COVID-19 en Cataluña. La encuesta tan sólo fue aplicada en la Comunidad de Cataluña con el fin de reducir la variabilidad y homogeneizar las condiciones y restricciones a las que la población fue expuesta. De igual manera, fue necesario limitar temporalmente la distribución y recepción de respuestas dada la inestabilidad y el carácter impredecible de la situación sanitaria. Se debe tener en cuenta que la situación sanitaria, la experiencia o la situación socioemocional derivada de la propia situación podría afectar a la valoración de los logopedas sobre la telelogopedia. Los datos fueron recogidos durante un período de 7 semanas (desde diciembre de 2020 a febrero de 2021).

Teniendo en cuenta el carácter exploratorio del estudio, se determinó como aceptable un margen de error cercano o inferior al 15% con un nivel de confianza del 95% sobre un total de 1900 logopedas ejercientes en Cataluña de acuerdo con el listado publicado en la página web del *Col·legi de Logopedes de Catalunya* (2020). Si bien esta cifra pudo sufrir vaivenes dados los continuos cambios derivados de la propia pandemia y pudiera no reflejar fielmente la cifra de logopedas que trabajaron durante el año 2020 ya que muchos logopedas, igual que en otras profesiones, continuaron como trabajadores activos pese a no desarrollar su profesión o tuvieron una situación laboral inestable. Finalmente, 37 logopedas ejercientes participaron en este estudio. Por tanto, el margen de error asumido es de un 15.98% con un nivel de confianza del 95%. La participación fue optativa y se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos. El estudio se realizó siguiendo los principios éticos de la Declaración de la Asociación Médica Mundial de Helsinki.

Instrumento

La encuesta fue elaborada por los investigadores firmantes del artículo, a partir de la revisión de otro cuestionario con objetivos similares (Fong et al., 2021). Esta encuesta fue adaptada a la situación vivida en Cataluña en las primeras olas de la pandemia y a las características de la profesión en la comunidad. La encuesta consta de cuatro secciones con una duración variable en función de si habían realizado telelogopedia (a partir de ahora, grupo TL) o no (grupo NTL). En el caso del grupo TL se formulaba una encuesta amplia y mixta con una duración aproximada de 30 minutos y preguntas de carácter cerrado y abierto (ver Anexo I para consultar la encuesta completa). En el grupo NTL la encuesta era eminentemente cerrada (11 preguntas cerradas y una abierta) con una duración menor a 10 minutos.

En la primera sección se formulan una serie de preguntas cerradas o de múltiple elección sobre información básica: edad, género, número de años que llevan ejerciendo la logopedia, provincia, titulaciones, horas semanales de jornada laboral, ámbitos de trabajo y poblaciones atendidas. En esta sección se preguntaba si se había usado la telelogopedia durante el último año.

La segunda sección era diferente para cada grupo. En el caso de los logopedas del grupo NTL, esta sección estaba formada por una pregunta cerrada sobre los motivos por los cuales no habían ofrecido la telelogopedia. En el grupo TL, en cambio, se dividía en cuatro partes con preguntas de carácter abierto y cerrado. La primera parte recopilaba información sobre la práctica telelogopédica a través de preguntas cerradas al inicio y abiertas hacia al final de la sección. Se les preguntaba si la habían usado antes de la pandemia, cuántas horas de su jornada laboral había podido mantener gracias a ella, criterios para ofrecer la telelogopedia, formato de ésta (sincrónica, asincrónica, directa, indirecta), uso de soportes familiares, herramientas usadas, adaptaciones de material y de las sesiones, priorizaciones para escoger estas adaptaciones y qué tipo de servicios habían ofrecido. La segunda parte se centraba en la valoración del servicio y del proceso de adaptación a la telelogopedia en la que debían responder a través de escalas de valoración numéricas (debían otorgar una puntuación de 1 a 5 o de 1 a 10). También se preguntaba acerca del tipo de tipo de servicio realizado y de las emociones experimentadas con preguntas de múltiple elección. En la tercera parte, se preguntaba por los progresos alcanzados por los usuarios a través de preguntas abiertas y por el grado de satisfacción tanto de los usuarios y como de las familias a través de preguntas tipo Likert. También se preguntó acerca de los motivos de abandono o por la continuidad de los pacientes en esta modalidad a través de tipo abierto. En la última parte, debían responder de forma totalmente abierta preguntas acerca de las ventajas y desventajas de la telelogopedia, los problemas en los que se habían encontrado en el inicio y durante el uso de la telepráctica.

En la tercera sección, que era común para los dos grupos, se preguntaba de manera abierta sobre su formación en telelogopedia antes o durante la pandemia y de manera cerrada sobre si querían recibirla y qué tipo de formación, en su caso. Y, finalmente, en la cuarta sección, los participantes de los dos grupos debían valorar a través de escalas de tipo Likert su nivel de acuerdo respecto 7 afirmaciones sobre la telelogopedia extraídas de la declaración de posición de la Asociación de Logopedas de Australia (2014).

Análisis de los datos

Los datos de la encuesta fueron analizados en función del tipo de pregunta. Así, para las preguntas abiertas se aplicó un análisis temático para identificar los temas clave de cada una de las preguntas. Esta técnica es la más común para

analizar datos cualitativos (Boyatzis, 1998) y fue aplicada siguiendo los pasos de Braun y Clarke (2006). En primer lugar, se realizó una lectura de las respuestas para familiarizarse con el contenido. Este paso fue seguido por una codificación de los datos en base a su contenido semántico y una posterior identificación de los temas y subtemas. Los dos autores del estudio codificaron las respuestas y discutieron las diferencias en los códigos generados. Con el objetivo de controlar la calidad de los datos y la concordancia de criterios entre los evaluadores, se calculó la Kappa de Cohen que arrojó un porcentaje de acuerdo alto ($\kappa=0.915$ con intervalo de confianza del 95% de entre 0.876 y 0.954). Al igual que otros estudios previos sobre telelogopedia (Fong et al., 2021; Swales, Theodoros, Hill, & Russell, 2020), se calcularon las frecuencias de cada uno de los temas como un indicador de la importancia.

Las preguntas cerradas fueron analizadas según su frecuencia. En el caso de las preguntas relativas a la valoración de la telelogopedia (valoración inicial, final y por tipo de servicio ofrecido) también se calculó la puntuación media otorgada por los logopedas. Asimismo, se ejecutó la prueba T-Student para muestras relacionadas con el fin de analizar el efecto del ejercicio de la telelogopedia en la valoración final. También fue aplicada la prueba chi cuadrado para determinar si existían diferencias entre los dos grupos (TL y NTL) en las afirmaciones sobre la telelogopedia. Un valor de $p < .05$ fue considerado significativo. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el software SPSS-14.0.

Resultados

Sección 1. Información básica

Los resultados muestran que una mayoría de los participantes han usado la telelogopedia en el contexto de la pandemia de la COVID-19 (28/37; 75.6%). Los participantes que no han ofrecido servicios de telelogopedia argumentan, principalmente, que sus pacientes no eran adecuados (3/9; 33.3%). Tan sólo dos personas encuestadas del grupo NTL no han llevado a cabo la logopedia de manera virtual por carencias tecnológicas (2/9; 22.2%) y otras dos porque han podido ofrecer sus servicios de forma presencial (2/9; 22.2%). Los detalles demográficos de los logopedas se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características descriptivas de las personas encuestadas ($n=37$).

	Todos (N=37) N (%)	TL (n=28) n (%)	NTL (n=9) n (%)
Género			
Femenino	35 (94.6)	28 (100)	7 (77.7)
Masculino	2 (5.4)	0 (0)	2 (22.2)
Edad			
21-30	14 (37.8)	9 (32.1)	5 (55.5)
31-40	12 (32.4)	11 (39.2)	1 (11.1)
41-50	7 (18.9)	6 (21.4)	1 (11.1)
51-60	2 (5.4)	1 (3.5)	1 (11.1)
Más de 60	2 (5.4)	1 (3.5)	1 (11.1)
Años de experiencia			
0-2	8 (21.6)	5 (17.8)	3 (33.3)
2-5	5 (13.5)	4 (14.2)	1 (11.1)
5-10	8 (21.6)	6 (21.4)	2 (22.2)
10-20	10 (27)	10 (35.7)	0 (0)
>20	6 (16.2)	3 (10.7)	3 (33.3)
Ámbitos de actuación			
Clínica privada	19 (51.4)	13 (46.4)	6 (66.7)
Atención temprana	14 (37.8)	13 (46.4)	1 (11.1)
Escuela ordinaria	11 (29.7)	8 (28.6)	3 (33.3)
Hospital	5 (13.5)	4 (14.3)	1 (11.1)
Atención domiciliaria	3 (8.1)	2 (7.1)	1 (11.1)

Áreas terapéuticas			
Retraso o trastornos del lenguaje	31 (83.8)	25 (89.3)	6 (66.7)
Trastornos de la comunicación	23 (62.2)	19 (67.9)	4 (44.4)
Sistemas alternativos/aumentativos	17 (45.9)	15 (53.6)	2 (22.2)
Afasia/trastornos neurológicos	9 (24.3)	7 (25)	2 (22.2)
Disfagia/dificultades deglutorias	14 (37.8)	12 (42.9)	2 (22.2)
Trastornos de los sonidos del habla	28 (75.7)	19 (67.9)	9 (100)
Disfemia y trastornos de la fluidez	11 (29.7)	8 (28.6)	3 (33.3)
Trastornos de la lectoescritura	19 (51.4)	15 (53.6)	4 (44.4)
Déficit auditivo	11 (29.7)	8 (28.6)	3 (33.3)
Patologías vocales	13 (35.1)	8 (28.6)	5 (55.5)

Nota: TL (grupo que realizaron sesiones de telelogopedia) y NTL (grupo que no realizaron sesiones de telelogopedia).

Sección 2.1. Características de la telelogopedia.

La telelogopedia ha permitido mantener de media un 58% de las jornadas laborales de los encuestados. Los principales criterios utilizados por el grupo TL para seleccionar a los pacientes a los que ofrecer esta nueva modalidad han estado centrados en las necesidades y la adaptabilidad de los pacientes (12/28; 42.8%) por delante de ofrecer esta modalidad indistintamente del tipo paciente o su patología (8/28; 28.6%). Además de la intervención logopédica, la práctica telemática se ha utilizado para consultas (15/28; 53%) y para evaluaciones (7/28; 25%).

En cuanto a las características de los pacientes, los resultados nos muestran que el grupo TL han atendido, principalmente, a niños en edad escolar de 6-12 años (19/28; 67.8%) y de 3-6 años (14/28; 50%), aunque también han atendido a pacientes con edades comprendidas entre los 0 a 3 años, de los 12 a 18 y/o en la población adulta (9/28; 30%).

Estos pacientes eran intervenidos en la mayoría de los casos con la modalidad de intervención sincrónica directa (ver Tabla 2), para la que se ha requerido en muchos casos el apoyo de familiares en el acceso a las plataformas digitales y en la gestión del material o para el seguimiento y mantenimiento de la atención del paciente durante estas sesiones (21/28; 75%).

En cuanto a la adaptación de las sesiones, las personas encuestadas expresan que los recursos más utilizados, además de las videollamadas (27/28; 96.4%), han sido recursos digitales y materiales interactivos (15/28; 53.5%), las carpetas compartidas en la nube (11/28; 39.2%), las llamadas telefónicas (10/28; 35.7%) y como recursos menos utilizados, el correo electrónico y el visionado de videos o videofeedback (5/28; 17.8% y 2/28; 7.1%; respectivamente).

Tabla 2. Modalidad de intervención en telelogopedia ($n=28$).

Modalidad de intervención	<i>n</i> (% de uso de la modalidad)
Sincrónica directa	25 (89.3)
Sincrónica indirecta	16 (57.1)
Asincrónica directa	12 (42.9)
Asincrónica indirecta	10 (35.7)
Híbrida	13 (46.4)
Totalmente sincrónica	14 (50)
Totalmente asincrónica	1 (3.5)

Nota: Sincrónica y asincrónica (Híbrida), sincrónica directa e indirecta (Totalmente sincrónica), asincrónica directa e indirecta (Totalmente asincrónica).

Las sesiones se han modificado en diferentes aspectos con respecto a las sesiones de logopedia tradicionales. Por un lado, se ha adaptado las características externas de las sesiones (duración y horarios). La duración parece haber variado en diez casos (10/28; 35.7%): ocho logopedas reportan haber hecho sesiones más cortas para evitar la pérdida de atención y el cansancio que provocan los dispositivos tecnológicos a los pacientes, mientras que dos

han extendido su duración para compensar las trabas tecnológicas y para hacer acompañamiento a los pacientes y a sus familias. Los horarios de las sesiones también se han modificado para compaginar las jornadas laborales tanto de los profesionales como de las familias que a menudo han sufrido modificaciones debido al confinamiento y al teletrabajo. Un menor número de participantes han modificado también en algunos casos el tipo de intervención de directa a indirecta dando pautas e indicaciones a las familias (conocido por *coaching and training*), se han simplificado algunas actividades con modificaciones en las instrucciones, se ha focalizado la intervención en los intereses y a las necesidades de los pacientes y se han adaptado las sesiones al nivel de recursos digitales de las familias.

Para hacer estas adaptaciones en las sesiones se ha priorizado, principalmente, el acompañamiento y la formación familiar (9/28; 32.2%), aspectos lúdicos (8/28; 28.6%) y el logro de objetivos planteados inicialmente en cada caso (7/28; 25%).

Las características del material utilizado en las sesiones también ha sido objeto de cambios. La mitad de los logopedas (14/28; 50%) han procurado hacerlos más interactivos utilizando aplicaciones web y otras herramientas virtuales (datos virtuales, cronómetro...). Otros participantes optaron por digitalizar los materiales que tenían normalmente a consulta (8/28; 28.6%). Una minoría (3/28; 10.7%) han personalizado los materiales a los intereses de los pacientes o han utilizado como material los recursos que tenían las familias al alcance, en su casa, para hacer la intervención más naturalista. Finalmente hay dos participantes que reportan haber añadido algunos apoyos que presencialmente no necesitaban para hacer las actividades más comprensibles.

Sección 2.2. Valoración de la telelogopedia

Se solicitó a los logopedas que valoraran la telepráctica al inicio de la pandemia y en el momento de la encuesta. La valoración fue positiva tanto al inicio como en el momento la realización de la encuesta ya que la mayoría de las personas encuestadas valoraron la telelogopedia con 6 o más puntos sobre un total de 10 (valoración mayor a 6 al inicio: 20/28; 71.4%; valoración mayor a 6 en la actualidad: 23/28; 82.1%). Para poder analizar el efecto del ejercicio virtual de la profesión se compararon las puntuaciones a través de la prueba T-Student para muestras relacionadas. Nuestros resultados mostraron que la valoración del grupo TL sobre la telelogopedia aumentó significativamente desde el inicio de la pandemia ($M=6$, $SD=1.43$) hasta el momento en el que se realizó la encuesta ($M=7.18$, $SD=1.16$, $t_{(26)} = -4.05$; $p < .001$; $r = .31$). El valor de r indica, además, que en este caso el tamaño del efecto fue mediano. De los tres servicios logopédicos ofrecidos, la evaluación fue la peor valorada ($M=2.67$, $SD=1$) en una escala del 1-5 en comparación con las consultas ($M=4.18$, $SD=0.91$) y la intervención ($M=3.55$, $SD=0.8$). Si se toma de referencia la distribución de las respuestas, también se puede observar cómo los servicios de consultas e intervención tuvieron un apoyo claro entre aquellos logopedas que ofrecieron dicho servicio, es decir, una puntuación mayor a 3 (13/16; 81.2% y (16/27; 59.3%; respectivamente). Sin embargo, los datos también muestran que los servicios de evaluación fueron poco utilizados y no contaron con una buena valoración entre los logopedas encuestados (2/9; 22.2%).

Un 67.9% de estos participantes creen que seguirán utilizando la telelogopedia cuando se vuelva a la máxima normalidad (19/28; 67.9%), pero de estos, prácticamente la mitad piensan que solo la utilizarán en coordinaciones, consultas y/o entrevistas con padres (9/19; 47.4%) o que será útil en la intervención en casos concretos y en situaciones de incompatibilidad horaria y de lejanía (8/19; 42.1%).

Actualmente, una mayoría de las personas encuestadas del grupo TL describen que la telelogopedia tiene ventajas respecto a la logopedia tradicional (24/28; 85.7%). Casi la mitad de estos logopedas refieren mejoras en la relación y el acompañamiento de las familias puesto que las familias han participado de forma activa en la intervención (11/28; 39.3%). La comodidad y la accesibilidad también son ventajas en las cuales coincide un gran grupo de profesionales (9/28; 32.1%). Otras ventajas descritas son la seguridad, la facilitación de la multidisciplinariedad, la oportunidad de desarrollar una práctica logopédica nueva y el aumento de la puntualidad.

Sin embargo, buena parte de las personas del grupo TL señalan que durante la adaptación se han encontrado con carencias tecnológicas (12/28; 42.8%) entre las cuales están: la carencia de habilidades tecnológicas y de conocimientos y recursos personales para desarrollar la telelogopedia (12/28; 42.8%), las carencias en conocimientos informáticos por parte de los pacientes o de las familias (11/28; 39.3%) y la falta de dispositivos electrónicos o de conexión por parte de los logopedas o de las familias (10/28; 35.7%). El déficit tecnológico ha dificultado o imposibilitado el desarrollo de la telelogopedia y, por lo tanto, del seguimiento de la intervención logopédica. Otras problemáticas descritas han sido la carencia de materiales adaptados, las dificultades para establecer horarios, la falta de implicación familiar o bien la negativa de los familiares a llevar a cabo telelogopedia porque creían que no era eficaz.

Otro inconveniente descrito por los participantes ha sido la carencia del componente afectivo-emocional: la falta de contacto directo, la lejanía, la baja espontaneidad o interacción física han hecho que las personas del grupo TL perciban la telelogopedia como un servicio menos próximo en comparación con las sesiones tradicionales (19/28; 67.8%). También se expone que es más difícil ofrecer modelos o dar *feed-back* de forma asertiva (8/28; 28.6%). Las personas encuestadas también refieren mayor laboriosidad en la elaboración de materiales y dificultad en la evaluación en línea.

Sección 2.3. Progresos y valoración de los pacientes

La mayoría de los participantes del grupo TL señalan que la telelogopedia ha tenido un impacto positivo en los usuarios de sus servicios o en las familias (22/28; 78.6%). En la descripción de dicho impacto, los logopedas argumentan que sus pacientes han hecho una evolución favorable (17/28; 60.7%) y destacan que ha habido una mejora en la implicación y la comunicación familiar (5/28; 17.8%). La mayoría de ellos consideran que los pacientes y las familias han tenido una satisfacción alta o muy alta (19/28; 67.8%). De hecho, la mayoría de los participantes del grupo TL no han tenido pacientes que hayan abandonado la nueva modalidad de servicio (18/28; 66.7%) e, incluso, refieren que algunos de sus pacientes han preferido seguir de forma telemática cuando ya se ha podido hacer intervención presencial (15/28; 53.6%), la mayoría de ellos por motivos relacionados con el estado de salud y la seguridad o por la movilidad y disponibilidad horaria.

En lo relativo a los pacientes que causaron baja en la telelogopedia, cinco de los logopedas refieren haber tenido casos de abandono por dificultades atencionales y dos por dificultades tecnológicas.

Sección 2.4. Respuestas emocionales

Las dos respuestas emocionales más experimentadas por los logopedas durante el proceso de adaptación a la telelogopedia han sido la inseguridad y la satisfacción (21/28; 75%) por encima del sentimiento de estrés o el estado de sorpresa (ver Figura 1 para una información más detallada).

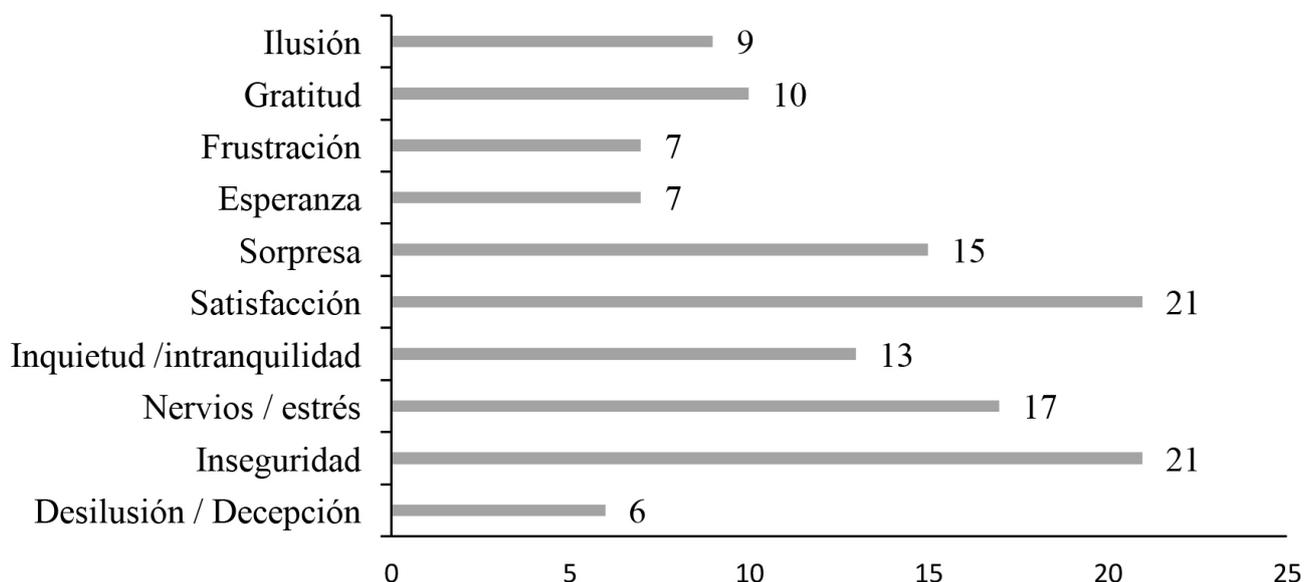


Figura 1. Respuestas emocionales más frecuentes entre los participantes durante la adaptación a la telelogopedia ($n=28$).

Sección 3. Formación en telelogopedia

Hay que destacar que dos participantes habían usado la telelogopedia antes del inicio de la pandemia (2/37; 5.4%) y de éstas tan solo una había recibido formación previa (1/37; 2.7%). Además, ocho participantes dicen haber participado en charlas informativas durante la pandemia (8/37; 21.6%). De estos ocho logopedas, seis pertenecían al grupo TL (6/28; 21.4%) y dos al grupo NTL (2/9; 22.2%). Aun así, una amplia mayoría desea recibir formación sobre telelogopedia (32/37; 86.4%). Particularmente, solicitan mayor formación sobre tecnología específica por la telelogopedia y sobre adaptaciones clínicas de la telelogopedia (16/37; 43.2%) y, en menor medida, sobre tecnología específica (9/37; 24.3%) y sobre las adaptaciones clínicas (5/37; 13.5%). Todas las personas que no han utilizado la telelogopedia durante la pandemia no muestran interés en recibir formación.

Sección 4. Percepciones sobre la telelogopedia

Como se puede ver en la Tabla 3, la mayoría de los logopedas encuestados están de acuerdo con que la telelogopedia debe ir dirigida a un tipo de paciente concreto y no aplicarse de manera indiscriminada.

Tabla 3. Grado de acuerdo de los participantes en las afirmaciones sobre la telelogopedia.

	N (% de acuerdo)
La telelogopedia es una modalidad de servicio basada en la evidencia.	8 (21.2)
La telelogopedia es equivalente a la atención clínica tradicional.	2 (5.4)
El uso de la telelogopedia es adecuado dependiendo de la tipología de usuario y/o de sus necesidades.	20 (54)
La telelogopedia tiene que ser siempre en tiempo real (sincrónico).	11 (29.7)
La telelogopedia es efectiva en sesiones individuales.	17 (45.9)
La telelogopedia es efectiva en sesiones grupales.	7 (18.9)
El servicio que se puede ofrecer con la telelogopedia puede ser tan próximo como el de la logopedia tradicional.	10 (27)

Nota: El porcentaje de acuerdo en esta tabla representa a las personas encuestadas que se mostraron “totalmente de acuerdo” o “de acuerdo” (opción 1 y 2 en la escala Likert) con cada una de las afirmaciones.

El resto de las afirmaciones no gozan de un apoyo claro por parte de los logopedas. La afirmación menos respaldada es la que equipara la telelogopedia con la atención clínica tradicional. Las personas encuestadas están más de acuerdo en el hecho que la telelogopedia es efectiva en sesiones individuales que en sesiones grupales (ver Tabla 3). No se han observado diferencias significativas en el nivel de acuerdo de las afirmaciones entre el grupo TL y el NTL.

Discusión

Con este estudio se ha pretendido, por un lado, estudiar de forma descriptiva la adaptación de los logopedas a la telelogopedia y, por otro, analizar las actitudes y percepciones de los logopedas hacia esta nueva modalidad de trabajo. Pocos estudios han descrito hasta la fecha la adaptación de los logopedas, especialmente, en el territorio español. Es importante hacer esta apreciación dado que, a diferencia de otros países como Estados Unidos (American Speech-Language-Hearing Association, 2016), la telelogopedia todavía no estaba asentada al inicio de la pandemia en Cataluña. Nuestros resultados indican, precisamente, que la telelogopedia no era una práctica habitual e, incluso, muchos profesionales no tenían la suficiente formación específica sobre esta modalidad. Con todo, la gran mayoría de las personas encuestadas hizo uso de esta herramienta lo cual ha servido para reducir el impacto sociosanitario de la pandemia y para mantener parte de la jornada laboral de los logopedas encuestados. El porcentaje de logopedas en nuestro estudio coincide con los resultados previos de otros trabajos (Heiskanen et al., 2021; Kraljević et al., 2020), pero dista del resultado de la encuesta de Hong Kong en el que tan sólo un 35% había realizado sesiones de telelogopedia (Fong et al., 2020). Estas discrepancias pueden ser debidas a que el estudio de Fong et al. (2020) se llevó a cabo en el inicio de la pandemia.

La rapidez de los acontecimientos y de las condiciones que se vivieron durante los meses más restrictivos de la pandemia, las carencias en formación de los logopedas y la falta de recursos telelogopédicos disponibles (como protocolos, guías o estrategias a desarrollar) podrían haber influido en el desarrollo de la adaptación a la modalidad telemática. Los resultados indican que los logopedas han tomado decisiones bajo su criterio como profesionales, es decir, basado principalmente en su experiencia profesional. Algunos estudios previos (Carballo, Mendoza, Fresneda, & Muñoz, 2008) ya habían mostrado que buena parte de los logopedas se basan en su experiencia y tienden a no consultar con asiduidad las revistas especializadas. A pesar de que la toma de decisiones de los logopedas podría ser poco fundamentada en la evidencia científica, algunas de las decisiones tomadas podrían haber sido acertadas. Por ejemplo, la reducción de la duración de las sesiones ha sido recomendada por Dimer et al. (2020) en los usuarios corta edad debido a su menor capacidad para mantener la atención conjunta de manera prolongada, mientras que es posible que en los adultos de avanzada edad se deba mantener o aumentar al estar menos familiarizados con la tecnología empleada.

Los logopedas del grupo TL también han tenido en cuenta las características del usuario a la hora de decidir si ofrecer su servicio. La población que acude al logopeda es tradicionalmente diversa con patologías de tipo cognitivo, comunicativo-lingüístico o motoras, entre otras. La adaptación de algunas de ellas a la telelogopedia como las personas con disfagia, degluciones atípicas o dislalias podrían entrañar, a priori, una mayor complejidad por la necesidad de una instrucción postural y/o posicional de los órganos del sistema estomatognático. Sin embargo, recientemente se han desarrollado algunos programas para el entrenamiento de la musculatura en personas con disfagia que parecen ser eficientes (Bascañana-Ambrós et al., 2021). En todo caso, como también muestra nuestro estudio, la población que acude al logopeda es eminentemente infantil y, por tanto, se encuentra en un período crítico para su neurodesarrollo. Un ejemplo paradigmático podría ser la población con implante coclear que depende, en buena medida, del logopeda para el aprendizaje y el desarrollo de sus habilidades lingüísticas (Tohidast, Mansuri, Bagheri, & Azimi,

2020). Ante ello, el logopeda podría haber valorado diferentes circunstancias durante la pandemia. Por una parte, la viabilidad de realizar una sesión con garantías y de calidad y, por otra parte, la evolución de sus usuarios. Cabe recordar que, durante esos meses, estos usuarios no pudieron asistir a sus sesiones de logopedia presenciales, pero tampoco pudieron recibir estimulación en sus centros escolares o en otros profesionales con los que el logopeda trabaja de manera multidisciplinar. Las condiciones experimentadas por los niños durante la pandemia ha podido tener diversas implicaciones, incluso más allá de las meramente educativas ya que las familias, especialmente en aquellas con trastornos del neurodesarrollo, han tenido que lidiar con el cuidado de sus hijos de manera permanente mientras hacían frente a las preocupaciones y a las delicadas situaciones derivadas de la pandemia (Berasategi Sancho, Idoiaga Mondragon, Dosil Santamaria, & Picaza Gorrotxategi, 2021; Grumi et al., 2020).

A lo largo de la pandemia, el papel y la acción de las familias en la telelogopedia ha adquirido una mayor relevancia. La intervención virtual ha mejorado la alianza terapéutica entre los logopedas y las familias lo cual concuerda con otros estudios en el campo de la psicología (Simpson, Richardson, Pietrabissa, Castelnuovo, & Reid, 2021). La situación de aislamiento y soledad de la población durante la pandemia ha podido influir en la empatía mutua y en el acercamiento y conocimiento de las realidades de las familias y de los pacientes. En algunos casos, la virtualidad ha podido implicar más a las familias puesto que tenían que dar apoyo en el acceso tecnológico y también pudo ser requerida su colaboración a nivel comportamental, en el seguimiento y el mantenimiento de la atención por parte de sus hijos.

La pandemia de la COVID-19 también proporcionaba la oportunidad a los logopedas de cambiar el tipo de intervención y aprovechar los recursos para realizar una intervención centrada en la familia dada la importancia del entorno familiar en el aprendizaje del lenguaje (Klatte et al., 2020). Sin embargo, nuestros resultados podrían sugerir que buena parte de los logopedas trasladó sus intervenciones tradicionales a la nueva situación, realizando sesiones de intervención directa en sus pacientes especialmente a través de las videollamadas. Un dato que refuerza esta conjetura es el bajo uso del videofeedback por parte de los logopedas, una de las herramientas más estudiadas y conocidas de la intervención asincrónica y que según el metaanálisis llevado a cabo por Fukkink (2008) puede ser de gran ayuda para las familias. A través del videofeedback los padres podrían adquirir y mejorar sus habilidades de interacción que repercutirían positivamente en el desarrollo de sus hijos. La dificultad a la hora de aplicar estos servicios por la implicación familiar unido a la reducida experiencia y formación de los logopedas en la modalidad virtual podrían haber llevado a los logopedas a apostar por un formato similar al que ya conocen, digitalizando sus materiales antiguos o buscando materiales similares que les permitan la interacción con el paciente.

Pese a la complejidad de realizar intervenciones a través de la modalidad virtual, la puntuación otorgada a la intervención por los logopedas es mayor que la otorgada a la evaluación coincidiendo con lo publicado por Fong et al. (2021). Se debe de tener en cuenta que muchos de los instrumentos de valoración estandarizados no están diseñados para su uso durante las sesiones de telelogopedia en la que, además, se podrían encontrar con barreras técnicas que dificultarían la correcta evaluación. En algunos casos concretos, como la evaluación del lenguaje o de la disfagia, se han llevado a cabo estudios que han demostrado su viabilidad y eficacia (Waite, Theodoros, Russell, & Cahill, 2010; Ward, Sharma, Burns, Theodoros, & Russell, 2012). En el caso de las patologías vocales, también se han proporcionado pautas sencillas para realizar la evaluación virtual de los aspectos acústicos de la voz, aerodinámicos y auditivos-perceptivos de manera similar a la presencial (Castillo-Allendes et al., 2020). Nuestros resultados muestran que el inicio de pandemia no supuso una mayor demanda del servicio logopédico, por tanto, es probable que durante la pandemia muchos de los logopedas encuestados no llevasen a cabo evaluaciones iniciales y trataran a los pacientes previos al inicio de la pandemia de la COVID-19, realizando un seguimiento periódico observacional.

La poca experiencia en el uso de la telelogopedia también se podría haber reflejado en la valoración de las sesiones de evaluación. De hecho, la valoración de la telelogopedia aumentó respecto a la valoración inicial con el transcurso de los meses. Estudios previos ya apuntaron al aumento de la valoración de la telelogopedia con la adquisición de una mayor competencia por parte de los profesionales (Kraljević et al., 2020). Las reacciones emocionales experimentadas como consecuencia del ejercicio de la telelogopedia también podrían indicar esta idea. La inseguridad y la satisfacción mostrada por todos los profesionales pone de manifiesto que la telelogopedia ha sido un reto al inicio, en el que no dominaban la práctica; pero a medida que se han ido adaptando y adquiriendo conocimiento en la práctica, han podido sentir cierta satisfacción con el trabajo realizado. Es necesario destacar que, a pesar del aumento de la valoración de la telelogopedia, se desprende cierto recelo hacia la telelogopedia en la última sección de la encuesta. La gran mayoría de los encuestados creen que la telelogopedia no es equivalente a la logopedia tradicional y tan sólo un pequeño número de participantes perciben que está basada en la evidencia, aunque como ya se ha comentado anteriormente se ha mostrado eficaz en diferentes estudios (por ejemplo, Bascuñana-Ambrós et al., 2021; Lew et al., 2020; Snodgrass et al., 2017; Ward et al., 2012). Además de las posibles limitaciones de la telelogopedia, estas respuestas podrían tener origen en que la telelogopedia ha surgido como una opción secundaria forzosa, sin el carácter de método alternativo y realmente sin una identidad propia.

Problemáticas y propuestas para la práctica

A partir de los resultados de la encuesta se han identificado las principales de problemáticas experimentadas por los logopedas que se podría dividir en tres bloques: de índole tecnológico, formativo y afectivo-emocional. Comenzando

por las tecnológicas, se debe de tener en cuenta que la telelogopedia no ha sido accesible para todos los pacientes ya que requiere de dispositivos tecnológicos, conexión a internet o conocimiento en el manejo de aplicaciones. Las familias cuidadoras de personas que necesitan rehabilitación acostumbran a estar bajo una presión financiera y, con los efectos económicos negativos del confinamiento, puede que estas familias hayan sido sometidas a una mayor presión económica (Tohidast et al., 2020). Asimismo, una pobre conectividad puede provocar problemas con la calidad del vídeo o del sonido perjudicando a los pacientes con dificultades para percibir el sonido, para discriminarlos fonológicamente o para realizar la lectura labial (Carter, Killan, & Ridgwell, 2021). Sería conveniente realizar una evaluación individual de las posibilidades técnicas de cada paciente o familia de manera previa con el fin de ofrecer el mejor servicio. Aquellos pacientes o aquellas familias con mayores dificultades podrían recibir una intervención asincrónica, por ejemplo, mediante el anteriormente mencionado videofeedback siempre que no sea posible la intervención presencial. En España ya empieza a emerger el uso de esta herramienta en algunos ámbitos de intervención y, de hecho, se ha mostrado efectiva en pacientes con fisura palatina o disfagia a través de plataformas como *Youtube* o *Whatsapp* (Bascuñana-Ambrós et al., 2021; Palomares-Aguilera, Inostroza-Allende, & Solar, 2021).

Los logopedas y las familias han tenido, también, que familiarizarse con aplicaciones de videollamadas y con la creación de contenidos digitales. En nuestro estudio los profesionales demandan instrucciones y formaciones sobre las metodologías con evidencia científica para atender las necesidades de sus usuarios a través de la telelogopedia. Estos datos coinciden con los de Rocha et al. (2020) quienes también apuntan a la unión de esfuerzos de las universidades, entidades educativas, centros hospitalarios y los colegios de profesionales para actualizar la formación y dotar de recursos a los estudiantes y profesionales.

En lo concerniente a las carencias afectivas-emocionales derivadas de distancia y la falta de contacto físico, son elementos difíciles de contrarrestar por la naturaleza de la telepráctica. Sería recomendable reservar espacios durante las sesiones telemáticas para conversar de forma distendida con los familiares y los pacientes y crear un buen rapport. Durante las sesiones de telelogopedia parece, si cabe, más importante fomentar una comunicación abierta con los padres ofreciendo varios modos de comunicación, estando disponibles fuera del horario de sesión, escuchando sus inquietudes y preguntas y solicitando su opinión tanto como sea posible (Akamoglu, Meadan, Pearson, & Cummings, 2018). Asimismo, es importante empoderar a las familias y darles herramientas para que incorporen estrategias comunicativas durante las sesiones y su día a día (Snodgrass et al., 2017). Por ejemplo, se pueden organizar previamente de manera acordada con la familia actividades que sean familiares y motivantes para los niños como la lectura de uno de sus cuentos o la preparación de una comida con sus padres. Estas actividades también podrían ayudar a que aquellos pacientes con dificultades atencionales puedan seguir mejor las sesiones.

Limitaciones

Nuestro estudio aborda de manera holística la adaptación de los logopedas a la telepráctica presentando unos resultados preliminares sobre las adaptaciones realizadas, las percepciones, su valoración del proceso de adaptación y cómo lo han experimentado a nivel emocional. Estos resultados deben ser tomados con precaución por el reducido tamaño de la muestra. Una encuesta dirigida a más profesionales podría representar de manera más fidedigna el proceso y las percepciones de los profesionales. Además, las respuestas de los logopedas podrían haber estado influidas por su experiencia, sus habilidades o la enseñanza recibida. Para complementar nuestros resultados hubiera sido interesante hacer una encuesta a pacientes y familiares y conocer su perspectiva sobre cómo se han llevado a cabo las sesiones y detectar las posibles dificultades. De esta forma, tendríamos una descripción más completa del proceso. En todo caso, son necesarias más investigaciones sobre la implementación de la telelogopedia para poder mejorar el servicio proporcionado con esta herramienta y, aunque algunos estudios incipientes apunten a la posible eficacia de la telelogopedia en algunos usuarios, es necesario un análisis en profundidad de su eficacia en las diferentes patologías, características de usuarios o contextos en los que podría estar más indicado su uso. Con esta información se podría amoldar mejor el servicio proporcionado mediante la telelogopedia al usuario y llevarla a cabo de manera más rigurosa.

Conclusiones

Para concluir, los resultados sugieren que, todo y la falta de formación y de experiencia, la telelogopedia ha servido a muchas logopedas de Cataluña para poder seguir con su práctica profesional y a muchos pacientes a poder obtener intervención durante la situación desfavorable vivida. La mayoría de los logopedas encuestados son conscientes de la utilidad de la telelogopedia, no solo en la situación actual, sino también de las ventajas que en sí proporciona. Con todo, existen barreras tecnológicas y emocionales que los logopedas encuestados todavía no han podido resolver.

Bibliografía

- Akamoglu, Y., Meadan, H., Pearson, J. N., & Cummings, K. (2018). Getting Connected: Speech and Language Pathologists' Perceptions of Building Rapport via Telepractice. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 30(4), 569–585. <https://doi.org/10.1007/s10882-018-9603-3>

- American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). Telepractice. Retrieved June 1, 2021, from <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/telepractice/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2016). *Telepractice survey results*. Retrieved from <https://www.asha.org/siteassets/practice-portal/telepractice/2016-telepractice-survey.pdf>
- Bascañana-Ambrós, H., Renom-Guiteras, M., Nadal-Castells, M. J., Beranuy-Rodríguez, M., Perrot-González, J. C., Ramirez-Mirabal, E., ... Monguet-Fierro, J. M. (2021). Swallowing muscle training for oropharyngeal dysphagia: A non-inferiority study of online versus face-to-face therapy. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1357633X2110350. <https://doi.org/10.1177/1357633X211035033>
- Berasategi Sancho, N., Idoiaga Mondragon, N., Dosil Santamaria, M., & Picaza Gorrotxategi, M. (2021). The well-being of children with special needs during the COVID-19 lockdown: academic, emotional, social and physical aspects. *European Journal of Special Needs Education*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/08856257.2021.1949093>
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Carballo, G., Mendoza, E., Fresneda, M. D., & Muñoz, J. (2008). La práctica basada en la evidencia en la logopedia española: Estudio descriptivo. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 28(3), 149–165. [https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(08\)70053-6](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(08)70053-6)
- Carter, J. M., Killan, C. F., & Ridgwell, J. J. (2021). Telehealth rehabilitation for adults with cochlear implants in response to the COVID-19 pandemic: Platform selection and case studies. *Cochlear Implants International*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/14670100.2021.1949524>
- Castillo-Allendes, A., Contreras-Ruston, F., Cantor-Cutiva, L. C., Codino, J., Guzman, M., Malebran, C., ... Behlau, M. (2020). Voice therapy in the context of the COVID-19 pandemic: Guidelines for clinical practice. *Journal of Voice*. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.08.001>
- Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2019). *Memòria 2019*. Retrieved from https://www.clc.cat/pdf/module_34/10013938/memoriaCLC2019___eDLrS74v8nQ23PFRmJCK_ca.pdf
- Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2020). Llistat de Col·legiats/des. Retrieved December 15, 2020, from Col·legi de Logopedes de Catalunya website: <https://www.clc.cat/es/area-d-usuaris/llistat-de-col-legiats-des>
- Dimer, N. A., Canto-Soares, N. do, Santos-Teixeira, L. Dos, & Goulart, B. N. G. de. (2020). The COVID-19 pandemic and the implementation of telehealth in speech-language and hearing therapy for patients at home: an experience report. *CoDAS*, 32(3), e20200144. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192020144>
- Escudero-Castillo, I., Mato-Díaz, F. J., & Rodríguez-Alvarez, A. (2021). Furloughs, teleworking and other work situations during the COVID-19 lockdown: Impact on mental well-being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 1–16. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18062898>
- Fong, R., Tsai, C. F., & Yiu, O. Y. (2021). The implementation of telepractice in speech language pathology in Hong Kong during the COVID-19 pandemic. *Telemedicine and E-Health*, 27(1), 30–38. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0223>
- Fukink, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 904–916. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2008.01.003>
- Grumi, S., Provenzi, L., Gardani, A., Aramini, V., Dargenio, E., Naboni, C., ... Borgatti, R. (2020). Rehabilitation services lockdown during the COVID-19 emergency: the mental health response of caregivers of children with neurodevelopmental disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 43(1). <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1842520>
- Heiskanen, T., Rinne, H., Miettinen, S., & Salminen, A.-L. (2021). Uptake of tele-rehabilitation in Finland amongst rehabilitation professionals during the COVID-19 pandemic. *J. Environ. Res. Public Health*, 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084383>
- Igualada, A. (2020). *Qué evidencias hay sobre la tele-práctica en el campo de la logopedia*. UOC - Universitat Oberta de Catalunya.
- Klatte, I. S., Lyons, R., Davies, K., Harding, S., Marshall, J., McKean, C., & Roulstone, S. (2020). Collaboration between parents and SLTs produces optimal outcomes for children attending speech and language therapy: Gathering the evidence. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 55(4), 618–628. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12538>
- Kollia, B., & Tsiamsiouris, J. (2021). Influence of the COVID-19 pandemic on telepractice in speech-language pathology. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 49(2), 152–162. <https://doi.org/10.1080/10852352.2021.1908210>
- Kraljević, J. K., Matić, A., & Dokoza, K. P. (2020). Telepractice as a reaction to the COVID-19 crisis: Insights from croatian slp settings. *International Journal of Telerehabilitation*, 12(2), 93–104. <https://doi.org/10.5195/ijt.2020.6325>
- Krikheli, L., Carey, L. B., McDonald, C. E., & Abdu, N. M. (2017). *Telehealth use in Speech-Language Pathology: An exploratory scoping review*. Melbourne. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1959.9/563260>
- Lam, J. H. Y., Lee, S. M. K., & Tong, S. X. (2021). Online or offline: Parents but not students preferred onsite speech-language therapy to telepractice during the COVID-19 pandemic: Survey study. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 4(1), e25675. <https://doi.org/10.2196/25675>
- Lew, H. L., Lew, H. L., Oh-Park, M., Oh-Park, M., Cifu, D. X., Cifu, D. X., & Cifu, D. X. (2020). The war on COVID-19 pandemic: Role of rehabilitation professionals and hospitals. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(7), 571–572. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001460>
- Mashima, P. A., & Doarn, C. R. (2008). Overview of telehealth activities in speech-language pathology. *Telemedicine and E-Health*, 14(10), 1101–1117. <https://doi.org/10.1089/tmj.2008.0080>
- Overby, M. S., & Baft-Neff, A. (2017). Perceptions of telepractice pedagogy in speech-language pathology: A quantitative analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(5), 550–557. <https://doi.org/10.1177/1357633X16655939>
- Palomares-Aguilera, M., Inostroza-Allende, F., & Solar, L. R. (2021). Speech pathology telepractice intervention during the COVID-19 pandemic for Spanish-speaking children with cleft palate: A systematic review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 144, 110700. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2021.110700>

- Rocha, J. A., Oliveira Santos, C., Peixoto, V., Maia, F., & Gama Alegria, R. (2020). Speech language pathology Clinical Education: Perceptions and experiences of clinical educators and students. *Revista de Investigación En Logopedia*, 10(2), 123–133. <https://doi.org/10.5209/rlog.65677>
- Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnuovo, G., & Reid, C. (2021). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(2), 409–421. <https://doi.org/10.1002/cpp.2521>
- Smith, A. C., Thomas, E., Snoswell, C. L., Haydon, H., Mehrotra, A., Clemensen, J., & Caffery, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(5), 309–313. <https://doi.org/10.1177/1357633X20916567>
- Snodgrass, M. R., Chung, M. Y., Biller, M. F., Appel, K. E., Meadan, H., & Halle, J. W. (2017). Telepractice in speech–language therapy: The use of online technologies for parent training and coaching. *Communication Disorders Quarterly*, 38(4), 242–254. <https://doi.org/10.1177/1525740116680424>
- Swales, M., Theodoros, D., Hill, A. J., & Russell, T. (2020). Speech-language pathologists' perceptions of the use of telepractice in the delivery of services to people with Parkinson's disease: A national pilot survey. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 22(4), 387–398. <https://doi.org/10.1080/17549507.2019.1650110>
- The Speech Pathology Association of Australia Ltd. (2014). *Telepractice in Speech Pathology Position Statement*.
- Tohidast, S. A., Mansuri, B., Bagheri, R., & Azimi, H. (2020). Provision of speech-language pathology services for the treatment of speech and language disorders in children during the COVID-19 pandemic: Problems, concerns, and solutions. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 138, 110262. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.110262>
- Waite, M. C., Theodoros, D. G., Russell, T. G., & Cahill, L. M. (2010). Internet-based telehealth assessment of language using the CELF-4. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 41, 445–458. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2009\)08-0131](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2009)08-0131)
- Ward, E. C., Sharma, S., Burns, C., Theodoros, D., & Russell, T. (2012). Validity of conducting clinical dysphagia assessments for patients with normal to mild cognitive impairment via telerehabilitation. *Dysphagia*, 27(4), 460–472. <https://doi.org/10.1007/s00455-011-9390-9>

ANEXO I

PARTE 1: DEMOGRAFIA:

1. ¿Qué formación tienes?

- Grado de Logopedia.
- Diplomatura o licenciatura + habilitado (formación anterior al grado).
- Posgrado en Logopedia.
- Máster en Logopedia.
- Doctorado en Logopedia
- Otras.

2. ¿Cuántos años tienes?

- 21-30.
- 31-40.
- 41-50.
- 51-60.
- Más de 60.

3. Género:

- Masculino.
- Femenino.
- No binario.

4. ¿Cuántos años de experiencia tienes en la práctica logopédica?

- 0-2.
- 2-5.
- 5-10.
- 10-20.
- Más de 20 años.

5. ¿Cuántas horas semanales dedicabas al trabajo de logopeda antes de la crisis de la COVID-19?

6. ¿En cuáles de estos ámbitos de la logopedia trabajas actualmente?

- Atención temprana.
- Escuela especial.
- Escuela ordinaria.
- Residencia para gente mayor.
- Hospital.
- Clínica privada.
- Atención domiciliaria.
- Asociación dirigida a personas con alguna patología o trastorno específico.
- Otros.

7. ¿En qué áreas terapéuticas trabajas habitualmente?

- Afasia/Trastornos neurológicos.
- Retrasos o trastornos del desarrollo del lenguaje.
- Disfagia.
- Disfemia o trastornos de la fluidez.
- Déficit auditivo.
- Dificultades en la lectoescritura.
- Trastornos de los sonidos del habla.
- Comunicación alternativa y aumentativa.
- Trastornos de la comunicación.
- Patologías vocales.
- Otras.

8. ¿Has ofrecido servicios de telelogopedia durante la pandemia de la COVID-19?

- Sí.
- No.

PARTE 2a: NO TELELOGOPEDIA**1. ¿Cuáles son los motivos por los cuales no has utilizado la telelogopedia durante la pandemia de la COVID-19?**

- No lo he necesitado porque he seguido con la logopedia presencial.
- Tipo de paciente/edad inadecuada.
- Impersonal/carencia de contacto.
- Eficacia cuestionable.
- Barreras tecnológicas.
- Preocupaciones éticas.
- Carencia de apoyo.
- Recursos y formación.
- Reticencia de los alumnos/pacientes/clientes o cuidadores.
- La situación parecía temporal y corta y no consideraba que hiciera falta.
- El centro donde trabajo decidió no ofrecerla.
- Otros.

PARTE 2b: PRÁCTICA TELELOGOPÉDICA**Sobre la práctica****1. ¿Habías ofrecido telelogopedia antes de la pandemia de la COVID-19?**

- Sí.
- No.

2. ¿En caso afirmativo, qué motivos te llevaron a ofrecerla antes de la pandemia?**3. ¿Cuántas horas semanales has podido mantener gracias a la telelogopedia en el momento en el que has hecho más sesiones de logopedia virtual?****4. ¿En qué grupos de edad has utilizado o utilizas la telelogopedia?**

- 0-3.
- 3-6.
- 6-12.
- 12-18.
- 18-60.
- Mayores de 60.

5. ¿Qué criterio has seguido en la hora de ofrecer el servicio logopédico telemático?

- Lo ofrecí a todos los pacientes.
- Lo ofrecí en aquellos casos con necesidades de atención logopédica más importantes.
- Lo ofrecí en aquellos casos que más fácilmente se pudieran adaptar a esta modalidad.
- No se lo ofrecí a nadie.
- Hice telelogopedia si las familias o los pacientes me lo pedían.
- Fue un criterio que fue dado por la clínica/institución en la cual trabajaba.
- Otros.

6. ¿Cuál ha sido el formato de telelogopedia en tu caso?

- Sincrónico directo.
- Sincrónico indirecto.
- Asincrónico directo.
- Asincrónico indirecto.

7. Si has ofrecido telelogopedia sincrónica directa, ¿has necesitado el apoyo de algún familiar o cuidador? ¿En qué casos? Describe cómo ha sido este apoyo.

8. **¿Tus intervenciones han continuado basándose en la misma metodología (por ejemplo, fundamentada en el juego...) o ha tenido que cambiar para adaptarse a la telelogopedia?**
- Se han mantenido.
 Se han mantenido cuando ha sido posible.
 No se han mantenido.
9. **¿Qué recursos has necesitado para hacer la telelogopedia? (Por ejemplo: llamadas telefónicas, videollamadas, carpetas compartidas a la nube, aplicaciones web...)**
10. **¿Cómo has adaptado las actividades por las sesiones terapéuticas de presenciales a virtuales?**
11. **¿Qué has priorizado en esta adaptación?**
12. **¿Cómo has adaptado el material para las sesiones terapéuticas virtuales?**
13. **¿Has hecho adaptaciones de las sesiones en el modelo virtual? (Por ejemplo, adaptando la duración, los horarios de atención...)**

Valoración y satisfacción

14. **Valora del 1-10 tu experiencia en el inicio de la práctica telelogopédica.**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. **¿Cómo valoras ahora la experiencia de realizar telelogopedia?**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. **¿Qué tipo de servicio has proporcionado mediante telelogopedia?**

- Evaluación.
 Consultas.
 Intervención.
 Otros.

17. **¿Cómo valoras la experiencia de cada uno de los tipos de servicio que has ofrecido?**

Evaluación 1 2 3 4 5

Intervención 1 2 3 4 5

Consultas 1 2 3 4 5

18. **¿Qué emociones dirías que has vivido durante el proceso de la telelogopedia?**

- Desilusión/Decepción.
 Inseguridad.
 Nervios/estrés.
 Inquietud/intranquilidad.
 Satisfacción.
 Sorpresa.
 Esperanza.
 Frustración.
 Gratitud.
 Ilusión.
 Otras.

Progresos y satisfacción pacientes

19. **¿Cómo han sido los progresos logrados por tus usuarios durante el periodo de telelogopedia? Descríbelos.**
20. **¿Qué grado de satisfacción respecto a la telelogopedia crees que han tenido los cuidadores o familiares de tus usuarios?**

- Muy alta.
 Alta.
 Media.
 Baja.
 Muy baja.

21. ¿Qué grado de satisfacción respecto a la telelogopedia crees que han tenido tus usuarios?

- Muy alta.
 Alta.
 Media.
 Baja.
 Muy baja.

22. ¿Has tenido algún usuario que haya empezado a recibir intervención mediante la telelogopedia y que lo haya abandonado?

- Sí.
 No.

23. En caso afirmativo, ¿cuál crees que son sus motivos?**24. ¿Has tenido algún usuario que haya podido volver a recibir intervención personal y haya preferido seguir de forma telemática?**

- Sí.
 No.

25. En caso afirmativo, ¿cuáles crees que son sus motivos?**Ventajas y desventajas****26. ¿Encuentras ventajas a la telelogopedia respecto a la logopedia tradicional? ¿Cuáles?****27. ¿Encuentras inconvenientes a la telelogopedia respecto a la logopedia tradicional? ¿Cuáles?****28. ¿Con qué problemas o con qué carencias te encontraste al empezar a ofrecer telelogopedia? ¿Los has podido resolver?****29. ¿Qué necesidades tienes/tuviste para poder ofrecer una telelogopedia de máxima calidad?****30. ¿Crees que cuando volvemos a la máxima normalidad seguirás ofreciendo y/o utilizando la telelogopedia? ¿Por qué?****PARTE 3: FORMACIÓN****1. ¿Has recibido formación previa sobre telelogopedia o telepráctica? ¿Cuál?****2. ¿Desearías recibir formación sobre telelogopedia?**

- No, no tengo especial interés.
 No, no la necesito.
 No, no la considero relevante.
 Sí, formación sobre tecnología específica por telelogopedia.
 Sí, formación sobre la adaptación clínica de la telelogopedia.

PARTE 4: PERCEPCIONES SOBRE LA TELELOGOPEDIA.**1. Valora cada una de las afirmaciones según tu nivel de acuerdo o desacuerdo (1 totalmente de acuerdo, 2 de acuerdo, 3 neutro, 4 en desacuerdo y 5 totalmente en desacuerdo).**

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| La telelogopedia es una modalidad de servicio basada en evidencias. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| La telelogopedia es equivalente a la atención clínica tradicional. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| El uso de la telelogopedia es adecuada dependiente de la tipología de usuario y/o de sus necesidades. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| La telelogopedia tiene que ser siempre en tiempo real (sincrónico). | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| La telelogopedia es efectiva en sesiones individuales. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| La telelogopedia es efectiva en sesiones grupales. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| El servicio que se puede ofrecer por telelogopedia puede ser tan próximo como el de la logopedia tradicional. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |