

Universidad de Valladolid

TRABAJO FIN DE GRADO

**ESTUDIO PILOTO
SOBRE HABILIDADES TERAPÉUTICAS
DEL LOGOPEDA NOVEL
MEDIANTE LA ADAPTACIÓN
DE UN CUESTIONARIO
DE PENSAMIENTO NEGATIVO
REPETITIVO**

FACULTAD DE MEDICINA – GRADO EN LOGOPEDIA

CURSO 2018/2019

AUTORA: MARTA HORNA MARTÍNEZ

TUTORA: PAULA ODRIÓZOLA GONZÁLEZ

AGRADECIMIENTOS

A ti, Padre. Gracias Señor.

A ti, por guiar este trabajo de principio a fin. Por las tutorías en días de diario o fines de semana, por la mañana o por la tarde, por teléfono, por chat o en persona, en Valladolid o fuera del país... Por tu paciencia y tu apoyo en momentos de ilusión y también en momentos de agobio. Por tu compromiso y tu dedicación. Gracias Paula.

A ti, por ser modelo y ejemplo a seguir. Por tus consejos y, sobre todo, por tu amor irremplazable. Gracias mamá.

A vosotros, por ser mi Ohana. Por darme cariño, alegría y confianza. Gracias Paula, Luana, Mateo y Gabriel.

A ti, lector, por tu atención. Espero que lo que aquí encuentres te resulte interesante.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN/ABSTRACT	1
1. JUSTIFICACIÓN	3
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	5
2.1 LA LOGOPEDIA COMO TERAPIA DEL LENGUAJE Y DE LA COMUNICACIÓN: HABILIDADES NECESARIAS PARA LA INTERVENCIÓN	5
2.1.1 HABILIDADES TERAPÉUTICAS. RELACIÓN LOGOPEDA-CLIENTE	5
2.2 DIFICULTADES SURGIDAS EN LA TERAPIA LOGOPÉDICA	8
2.2.1 REPERCUSIÓN DE LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL TERAPEUTA EN LA PRÁCTICA LOGOPÉDICA. PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO	8
2.3 INTERVENCIONES PROPUESTAS ANTE EL PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO	9
2.3.1 TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO: CÓMO APRENDER A GESTIONAR LOS EFECTOS DEL PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO	10
2.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO	12
2.4.1 PERSEVERATIVE THINKING QUESTIONNAIRE	13
3. OBJETIVOS	15
4. MÉTODO	16
4.1 PARTICIPANTES	16
4.2 INSTRUMENTOS	16
4.2.1 ACCEPTANCE AND ACTION QUESTIONNAIRE – II	16
4.2.2 DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALES – 21	17
4.2.3 VALUING QUESTIONNAIRE	17
4.2.4 PERSEVERATIVE THINKING QUESTIONNAIRE	18
4.2.5 PERSEVERATIVE THINKING QUESTIONNAIRE FOR SPEECH THERAPY TRAINEES	18
4.3 PROCEDIMIENTO	18
4.4 ANÁLISIS DE DATOS	19

5. RESULTADOS	21
5.1 DATOS DESCRIPTIVOS Y CALIDAD PSICOMÉTRICA DE LOS ÍTEMS	21
5.2 EVIDENCIA DE VALIDEZ BASADA EN LA ESTRUCTURA INTERNA	22
5.2.1 DIMENSIONALIDAD	22
5.3 EVIDENCIA DE VALIDEZ BASADA EN LAS RELACIONES CON OTRAS VARIABLES	22
6. DISCUSIÓN	23
6.1 IMPLICACIONES DEL ESTUDIO	24
6.2 LIMITACIONES Y PROPUESTAS DE TRABAJO FUTURAS	24
7. CONCLUSIONES	26
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
9. ANEXOS	30
ANEXO 1: ACCEPTANCE AND ACTION QUESTIONNAIRE – II (AAQ-II)	30
ANEXO 2: DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALES – 21 (DASS-21)	31
ANEXO 3: VALUING QUESTIONNAIRE (VQ)	32
ANEXO 4: PERSEVERATIVE THINKING QUESTIONNAIRE (PTQ)	33
ANEXO 5: PERSEVERATIVE THINKING QUESTIONNAIRE FOR SPEECH THERAPY TRAINEES (PTQ-STT)	34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Ítems del Perseverative Thinking Questionnaire for Clinical Psychology Trainees</i>	13
Tabla 2. <i>Datos estadísticos de la muestra</i>	16
Tabla 3. <i>Descripción de los ítems del Perseverative Thinking Questionnaire - Speech Therapy Trainees</i>	21
Tabla 4. <i>Correlaciones de Pearson entre PTQ-STT y otras medidas relevantes efectuadas</i>	22

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Habilidades del logopeda	7
Figura 2: Instrumentos de evaluación del Pensamiento Negativo Repetitivo	14

RESUMEN/ABSTRACT

RESUMEN

Las habilidades del terapeuta, y específicamente sus variables psicológicas, influyen en la intervención logopédica. El propósito del presente trabajo es desarrollar un instrumento de evaluación de habilidades terapéuticas del logopeda novel, en concreto, aquellas relacionadas con el manejo del Pensamiento Negativo Repetitivo (PNR). Se realizó una adaptación a partir del *Perseverative Thinking Questionnaire for Clinical Psychology Trainees* (PTQ-CPT), que mide el PNR en el ámbito de la Psicología. El cuestionario adaptado, *Perseverative Thinking Questionnaire for Speech Therapy Trainees* (PTQ-STT), fue administrado a 101 logopedas noveles. El PTQ-STT mostró una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach de .84) y el análisis de validación cruzada apoyó un modelo unifactorial. Además, se hallaron correlaciones coherentes teóricamente con las medidas de otros constructos, tales como evitación experiencial, síntomas emocionales negativos y obstrucción en valores. En conclusión, el PTQ-STT muestra buenas propiedades psicométricas y, por tanto, parece ser una medida fiable y válida para la evaluación del PNR en logopedas noveles.

Palabras clave: habilidades terapéuticas, logopedas noveles, pensamiento negativo repetitivo, cuestionario

ABSTRACT

Speech therapists' skills and their psychological conditions specifically influence the speech therapy. The current study aimed to develop an evaluation instrument of therapeutic skills in speech therapy trainees, particularly those related to the management of Repetitive Negative Thinking (RNT). The *Perseverative Thinking Questionnaire for Clinical Psychology Trainees* (PTQ-CPT) was adapted, a measure of RNT focused on clinical psychology practice. The new questionnaire called *Perseverative Thinking Questionnaire for Speech Therapy Trainees* (PTQ-STT) was administered to 101 speech therapy trainees. The PTQ-STT showed good internal consistency (alpha of .84) and the cross-validation study yielded one-factor structure. The PTQ-STT showed positive correlations with other measures, such as

experiential avoidance, emotional negative symptoms and obstruction in values. In conclusion, the PTQ-STT seems to show good psychometric properties, pointing to be a valid and reliable measure of RNT focused on speech therapy practice, which might be used to explore the role of RNT experienced by speech therapy trainees.

Keywords: therapeutic skills, speech therapy trainees, repetitive negative thinking, questionnaire

1. JUSTIFICACIÓN

¿Terminar el Grado en Logopedia y obtener el título académico te convierte en un buen profesional?

Durante cuatro años de estudio se pretende que los alumnos de Logopedia alcancen, entre otras, las siguientes competencias:

- CG.18. Evaluar la propia intervención profesional para optimizarla.
- CE5.17. Adquirir o desarrollar recursos personales para la intervención: habilidades sociales y comunicativas, habilidades profesionales, evaluación de la propia actuación profesional, técnicas de observación, técnicas de dinamización o toma de decisiones.
- CT2. Motivación por la calidad de la actuación.
- CT9. Habilidad en las relaciones interpersonales.
- CT12. Resolución de problemas.
- CT19. Gestionar la relación con el otro.

Las competencias anteriormente señaladas son relevantes porque hacen referencia al dominio práctico del logopeda. La elaboración de este trabajo surge por la necesidad de analizar esas habilidades prácticas que siempre deben acompañar a los conocimientos teóricos de un profesional, y cuya adquisición mejoraría la labor del logopeda como terapeuta. El estudio presentado pretende encontrar respuesta a la pregunta: “¿cómo ejercer la profesión de la mejor manera posible?”.

Es razonable pensar que ciertas variables personales del terapeuta influyen en la eficacia del tratamiento logopédico. Puede ocurrir que algunos pensamientos entorpezcan nuestro camino, pues nuestras inseguridades y preocupaciones también pueden influir cuando actuamos como profesionales. Si logramos identificar estos pensamientos, seremos libres para aceptarlos, sin permitir que nos afecten y así dejarlos pasar, prestando toda nuestra atención a lo que realmente nos interesa: nuestra intervención logopédica. En base a esta observación, este Trabajo Fin de Grado se propone analizar aquellas habilidades terapéuticas vinculadas al manejo de estos pensamientos.

En concreto, se corresponde con la modalidad metodológica B, siendo un proyecto de investigación teórico-experimental, consistente en una síntesis crítica de una línea de investigación vinculada a la Logopedia y a alguno de los departamentos que imparten

docencia en el Grado, con el propósito de hacer alguna contribución al estado de la cuestión (nuevos instrumentos, métodos o técnicas).

Específicamente, en este Trabajo Fin de Grado se desarrolla un instrumento de evaluación relacionado con las habilidades prácticas del logopeda como terapeuta, basándose en conocimientos compartidos entre la Logopedia y la Psicología.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 LA LOGOPEDIA COMO TERAPIA DEL LENGUAJE Y DE LA COMUNICACIÓN: HABILIDADES NECESARIAS PARA LA INTERVENCIÓN

“Terapia”, según la Real Academia Española, se define como el tratamiento de una enfermedad o de cualquier otra disfunción. En este sentido, el logopeda es el terapeuta encargado de prevenir, detectar, evaluar, diagnosticar e intervenir todos los trastornos que afectan al lenguaje y la comunicación, el habla y la voz, la audición y la deglución.

Centrándonos en la tarea de intervención realizada por el logopeda, cabe destacar que el tratamiento de los trastornos, ya sean comunicativos, lingüísticos o auditivos, exige el dominio de unos conocimientos teórico-prácticos básicos. Pero eso no es suficiente. Si el logopeda persigue alcanzar un resultado satisfactorio al final de la rehabilitación debe desplegar un abanico de habilidades de tipo práctico que promuevan la mejoría del problema intervenido. Por lo tanto, además de la adquisición de los conocimientos teóricos-prácticos, sumados al dominio de las técnicas específicas de intervención, para una práctica logopédica adecuada es esencial el desarrollo de las llamadas “habilidades terapéuticas”.

2.1.1 HABILIDADES TERAPÉUTICAS. RELACIÓN LOGOPEDA-CLIENTE

Ruiz (1998) entiende las habilidades terapéuticas como el conjunto de aptitudes y actitudes necesarias para la práctica profesional, destacando aquellas centradas en el terapeuta como persona, sin tener en cuenta el enfoque teórico de su intervención. Por su parte, Bados y García (2011) señalan aquellas características personales necesarias para ser un buen terapeuta, tales como el autoconocimiento y la autorregulación, y ponen énfasis en aquellas actitudes y características que favorecen la relación terapeuta-cliente: escucha activa, empatía, aceptación incondicional, autenticidad, cordialidad, competencia, confianza, atracción y grado de directividad. Además, identifican algunas habilidades de comunicación y escucha igualmente importantes para el buen desarrollo de la terapia.

Numerosos estudios indican que el “cómo” es más significativo que el “qué” se realiza en cualquier proceso terapéutico. Así, coincidiendo con Ruiz, Lambert (1989) da más importancia a las características personales del terapeuta que a la orientación técnica empleada, defendiendo que tienen un impacto mucho mayor en el rendimiento de la terapia.

Seguendo a Lambert (1989), el 30% de la eficacia terapéutica se debe a esos factores comunes que deben ser compartidos por todos los terapeutas, mientras que solo el 15% se debe a las técnicas escogidas. Otro 15% se explica por las expectativas y el efecto placebo, mientras que el último 40% se justifica a partir de variables extra-terapéuticas tales como acontecimientos externos, características, fortalezas y recursos del paciente. Con respecto a los factores comunes, Botella, Maestra, Feixas, Corbella y Vall (2015) los definen como aquellas características compartidas por la mayoría de las terapias psicológicas y centradas en las semejanzas de los diferentes enfoques terapéuticos. Se puede encontrar en la bibliografía el término “variables inespecíficas” haciendo referencia a estos factores comunes, pues muchas investigaciones los entienden como factores complementarios a las técnicas de intervención. Actualmente, los factores comunes reciben una atención especial, pues se considera que contribuyen a la mejora de la eficacia de la terapia (Botella et al., 2015). Santibáñez et al. (2008) clasifican estas variables inespecíficas atendiendo a tres aspectos: el terapeuta, el cliente y la relación o alianza terapéutica. Es decir, especifican determinadas características del cliente que van a resultar importantes para que se produzca el cambio terapéutico, tales como sus variables demográficas o sus expectativas; de la misma forma que determinadas características del terapeuta, tales como su actitud, sus habilidades, su personalidad, su nivel de experiencia o su bienestar emocional (Santibáñez et al., 2008). Por otra parte, estarían involucradas en la terapia las características relacionadas con el establecimiento de la alianza terapéutica entre ambas partes: cliente y terapeuta.

En el ámbito de la Logopedia, Fernández-Zúñiga (2008) diferencia dos aspectos fundamentales cuando habla de habilidades del terapeuta. Por una parte, describe aquellos recursos interpersonales fundamentales para el establecimiento de una relación positiva: la empatía, el autoconocimiento, la autenticidad y la congruencia. Por otra parte, explica las habilidades comunicativas que van a posibilitar la confianza entre terapeuta y cliente: escuchar activamente, apoyar de manera cálida, hacer preguntas, sintetizar, reforzar y tolerar la ambigüedad (Figura 1).

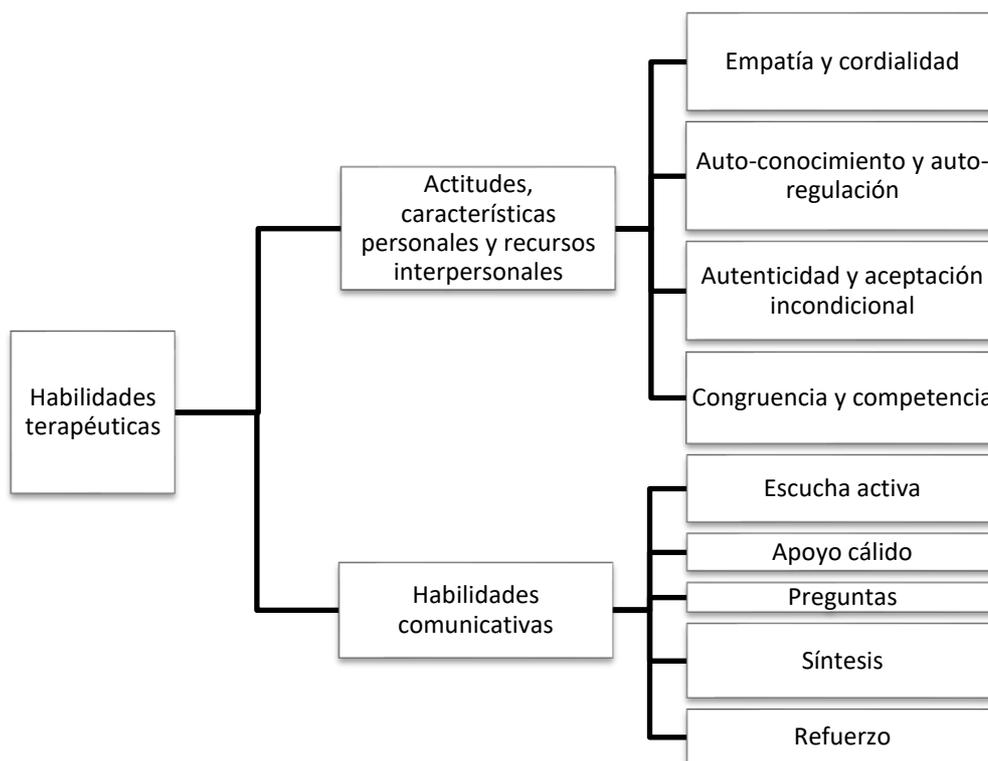


Figura 1: Habilidades del logopeda

En resumen, el conjunto de todas las habilidades terapéuticas anteriormente mencionadas va a permitir al logopeda desenvolverse con soltura en la sesión, anticipando las necesidades del paciente y ofreciéndole las respuestas oportunas para su mejor desarrollo personal y social.

En general, las personas afectadas por problemas clínicos acuden al logopeda motivadas por las dificultades comunicativas que su trastorno les ocasiona en su día a día, y que suelen repercutir en todo su entorno. Una vez más, podemos asumir que las características del terapeuta conforman un aspecto clave de la terapia, pues el trato personal que la persona afectada reciba puede modificar sustancialmente la percepción que posea de su trastorno y su respuesta al mismo. Por este motivo, diversos autores subrayan que la relación profesional-paciente debe ser positiva. Así, por ejemplo, Goldstein y Myers (1986) definen la relación terapéutica o relación positiva como el conjunto de sentimientos de agrado, respeto y confianza por parte del cliente hacia el terapeuta, unidos a los mismos sentimientos por parte del terapeuta hacia el cliente. Gracias al establecimiento de esta relación nacen los objetivos terapéuticos, los cuales son muy importantes pues suelen guiar el curso de la terapia, de manera que logopeda y cliente comparten el mismo camino,

trabajan en la misma dirección y buscan el alcance de los mismos propósitos. Siguiendo a Keijsers, Schaap y Hoogduin (2000), una relación positiva entre terapeuta y cliente es pronóstico de resultados terapéuticos fructíferos.

2.2 DIFICULTADES SURGIDAS EN LA TERAPIA LOGOPÉDICA

No siempre es posible establecer la relación terapéutica deseada. En ocasiones surgen situaciones problemáticas durante el proceso de intervención que ponen a prueba la capacidad del logopeda para la resolución de conflictos. Siguiendo a Bados y García (2011), las dificultades en la terapia se clasifican según su origen: pueden surgir problemas por parte del terapeuta o por parte del cliente. En este trabajo nos interesan especialmente las situaciones en las que las dificultades se originan por parte del logopeda, a saber, el terapeuta sufre el mismo trastorno que el cliente, el terapeuta pretende sentirse valorado por el cliente, el terapeuta dedica excesivo tiempo al trabajo y descuida su tiempo necesario de descanso, etc.

El logopeda, además de profesional, es persona, y por eso entran en juego también sus experiencias personales. No solo la persona intervenida puede experimentar ansiedad, estrés o preocupación. Estas emociones negativas del logopeda, así como las positivas, afectan al rendimiento de la terapia. En concreto, otra de las situaciones problemáticas que pueden darse durante el proceso terapéutico es que el profesional cuestione su propia competencia (Bados y García, 2011). Esto también puede suceder cuando se presenta un caso complicado, pero lo más frecuente es que les ocurra a los terapeutas noveles, debido a su falta de experiencia.

2.2.1 REPERCUSIÓN DE LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL TERAPEUTA EN LA PRÁCTICA LOGOPÉDICA. PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO

En realidad, las emociones, así como las cogniciones y las conductas, son inherentes al ser humano. Mientras que el comportamiento es claramente observable, las emociones y los pensamientos generalmente solo son percibidos por quien los posee. No por ello dejan de ser importantes en las relaciones interpersonales, al contrario, desempeñan un papel crucial en cualquier interacción humana.

No resulta sorprendente que los logopedas noveles experimenten dudas sobre su propia competencia. La falta de experiencia puede producir preocupación sobre la terapia, traducida en sentimientos de inseguridad, estrés, indecisión, etc. Normalmente estas

sensaciones negativas no aparecen una sola vez en la mente, sino que se presentan varias veces, convirtiéndose en pensamientos repetitivos que pueden acabar entorpeciendo la tarea logopédica.

El Pensamiento Negativo Repetitivo (PNR) puede entenderse como una idea intrusa que se presenta en la mente de una persona de forma reiterada. La persona suele ser consciente de la presencia de estos pensamientos, no pudiendo escapar de ellos. Cuando esos pensamientos se presentan sin alterar el funcionamiento del terapeuta no son significativos. Sin embargo, siguiendo a Ehrling et al. (2011), hay dos características que convierten a esos pensamientos en disfuncionales: la persona los percibe como improductivos y además es incapaz de centrar su capacidad mental en otra tarea. Este tipo de pensamientos también pueden surgir acompañando a un problema emocional y es característico de trastornos como la depresión o la ansiedad.

Es importante aprender a conocer cuándo se produce el PNR porque sus efectos disfuncionales no nos ayudan a actuar como realmente deseamos. El logopeda, de la misma forma que cualquier otro ser humano, puede intentar eliminarlo al no considerarlo positivo. Ahora bien, puede suceder que, en lugar de poner fin a su malestar, se quede arraigado tratando que los pensamientos repetitivos desaparezcan, y esto puede suponer un empeoramiento en la efectividad de su tarea como profesional.

Por este motivo, son diversos los enfoques psicológicos que han abordado la intervención de cogniciones y emociones desde diferentes perspectivas, buscando siempre una mejor gestión de los mismos por parte de las personas en aquellos contextos en los que se desenvuelven.

2.3 INTERVENCIONES PROPUESTAS ANTE EL PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO

Específicamente desde el enfoque cognitivo-conductual, muy utilizado en la actualidad para el tratamiento de conflictos psicológicos, Hayes (2004) establece una clasificación respecto a las terapias propuestas, en función del núcleo de actuación de las mismas. Así, sabiendo que el ser humano posee emociones o cogniciones que le pueden inquietar, como el Pensamiento Negativo Repetitivo (PNR), tras el desarrollo de los modelos englobados dentro de las *terapias de primera generación*, que se centran en modificar la conducta del paciente, la *segunda generación* se centra en las cogniciones, cuyo papel se valora como muy importante en la ejecución de la conducta, ya que son entendidas como

causa de la misma. En este último caso, se trata de eliminar o corregir concretamente los pensamientos negativos, que se tildan como distorsionados, para lograr el equilibrio del paciente.

Frente a estas posturas, y siguiendo a Luciano y Valdivia (2006), las *terapias de tercera generación* o “terapias contextuales” se centran en la capacidad de la persona para tomar sus propias decisiones, comprendiendo el comportamiento de una manera global al defender también la importancia de las cogniciones y las emociones.

2.3.1 TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO: CÓMO APRENDER A GESTIONAR LOS EFECTOS DEL PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO

Centrándonos en las terapias contextuales, Hayes (2004) destaca cómo el ser humano suele perseguir en todo momento el alcance del bienestar, mientras se aleja todo lo posible del dolor y el sufrimiento, de forma que desde que nacemos aprendemos a diferenciar aquello que nos produce placer de aquello que desencadena sensaciones desagradables. Este comportamiento puede provocar alteraciones en el funcionamiento de la persona, pues ésta, al encontrarse con pensamientos o sentimientos negativos, suele centrarse en deshacerse de ellos, dejando a un lado los aspectos importantes de su día a día.

El propósito de las terapias contextuales no es conseguir que la persona elimine los pensamientos negativos, sino que los asuma y los acepte, pues forman parte de la vida. La literatura muestra que, si la persona intenta hacerlos desaparecer, es probable que esto le cause más inconvenientes y consecuentemente más sufrimiento (Hayes, 2004).

Así, las terapias de tercera generación buscan transformar la función de los pensamientos negativos, proponiendo una gestión diferente de los mismos, aprendiendo a considerarlos y no a eliminarlos.

En lo que respecta al ámbito de la intervención, Dereix-Calonge, Ruiz, Sierra, Peña-Vargas y Ramírez (2019) indican que los profesionales de la salud mental frecuentemente presentan altos niveles de ansiedad. En concreto, señalan especialmente a los aprendices o practicantes noveles, pues estos suelen tener sentimientos o pensamientos de incompetencia cuando no consiguen los resultados que esperan o pueden encontrar discrepancia entre lo que esperan de la práctica clínica y la realidad, entre otros motivos. Por ello, proponen diversas intervenciones centradas en reducir el estrés, y en la línea de las terapias contextuales, tales como Reducción del Estrés Basada en Mindfulness (*Mindfulness-*

Based Stress Reduction, MBSR; Kabat-Zinn, 1991), Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, MBCT; Segal, Williams y Teasdale, 2002), Mindfulness y Autocompasión (*Mindful Self-Compassion*, MSC; Germer y Neff, 2013) o Terapia de Aceptación y Compromiso (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999).

La Terapia de Aceptación y Compromiso es quizá una de las terapias más representativas de este enfoque contextual. ACT promueve que el comportamiento de la persona esté dirigido a realizar acciones personalmente valiosas que le ayuden a lograr sus objetivos personales, teniendo en cuenta que en determinados momentos es inevitable sentir malestar. La terapia tiene como base la experiencia de la persona, de manera que analizando conductas pasadas se determina qué acciones la han acercado o alejado de esas direcciones personalmente valiosas. Para mantenerse en dichas direcciones de valor es clave flexibilizar la respuesta al malestar (Luciano y Valdivia, 2006).

Según Luciano, Ruiz, Gil-Luciano y Ruiz-Sánchez (2016), el terapeuta no puede permitirse estar preocupado en exceso por sus propias emociones o cogniciones, porque corre el riesgo de dejar a un lado sus objetivos terapéuticos y olvidar las necesidades del cliente. Compartir la perspectiva de ACT significa que el terapeuta no solo debe aplicar sus principios sobre el cliente, sino también sobre sí mismo. El primer paso será discriminar los pensamientos y sensaciones que tienen lugar durante la terapia, analizar qué sucede con ellos y determinar si interfieren o no en el proceso terapéutico.

De acuerdo con Luciano et al. (2016), algunas de las barreras del terapeuta son: no saber cómo actuar, sentir inseguridad o vergüenza, temer fracasar, justificarse, tener miedo a equivocarse o no implicarse. En definitiva, el principal problema es reaccionar excesivamente a esos pensamientos durante la sesión, perdiendo el foco de la terapia.

Así, si el terapeuta conoce sus limitaciones y es capaz de identificar los pensamientos repetitivos que pueden dificultar su terapia, se espera que aprenda a convivir con ellos y a generar las respuestas pertinentes ante esas situaciones. Al final podrá sobrellevar con flexibilidad cualquier tipo de situación difícil que surja en terapia.

Siguiendo esta perspectiva, Dereix-Calonge, Ruiz, Sierra, et al. (2019), tras observar que la presencia de síntomas emocionales en los practicantes noveles de terapia psicológica no suele ser pasajera, proponen un programa de ACT centrado en Pensamiento Negativo Repetitivo (PNR) en este colectivo. El programa desarrollado consta de tres módulos: (1)

Conocer el problema y buscar soluciones, (2) Observar tus pensamientos y (3) Centrarse en lo realmente importante. Los resultados de la implementación de este programa evidencian la eficacia de este entrenamiento para conseguir la reducción de los síntomas emocionales (Dereix-Calonge, Ruiz, Sierra, et al., 2019).

Además de ACT, como se ha indicado anteriormente, existen otros modelos cognitivo-conductuales en la misma línea destinados a facilitar la vida a las personas -y en este caso a los logopedas-. Siguiendo a Araya-Véliz y Porter (2017), el modelo Mindfulness se centra en la capacidad de la persona de prestar atención al momento presente, manteniendo una conciencia no enjuiciadora y una actitud de aceptación.

Algunos estudios han evidenciado que la práctica de mindfulness produce beneficios a nivel psicológico, tales como el desarrollo de la habilidad para observar pensamientos, emociones y sensaciones corporales negativas y positivas sin dejarse llevar por las reacciones automáticas que provocan; el desarrollo de la capacidad de autorregulación emocional y la disminución de la tendencia a la rumiación de pensamientos (Araya-Véliz y Porter, 2017). Por lo tanto, en base a estos estudios podemos afirmar que con una práctica cotidiana de mindfulness, el logopeda podría disminuir los efectos del PNR y su consecuente malestar.

En este sentido, es útil disponer de instrumentos que puedan detectar la presencia de estos pensamientos y su grado de interferencia en la actividad del terapeuta, objetivo central de este Trabajo Fin de Grado.

2.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL PENSAMIENTO NEGATIVO REPETITIVO

Previo a todo proceso de intervención debe realizarse una evaluación de aquello que quiere tratarse. En este caso, es conveniente aprender a identificar y evaluar el Pensamiento Negativo Repetitivo (PNR) que afecta al rendimiento de la terapia logopédica antes de buscar estrategias de solución. Si el logopeda es capaz de identificar los pensamientos en primer lugar, podrá percatarse de la influencia que tienen en su vida y podrá buscar la manera de aceptarlos y seguir adelante con su tarea, prestar toda la atención a su trabajo y a las necesidades particulares de sus clientes.

2.4.1 PERSEVERATIVE THINKING QUESTIONNAIRE

El *Perseverative Thinking Questionnaire* (PTQ) es un cuestionario que mide el PNR en personas adultas. Está compuesto por 15 ítems con una escala tipo Likert de 5 alternativas de respuesta que van desde 0 (nunca) hasta 4 (casi siempre). Mediante este instrumento de evaluación se valoran tres factores:

1. Características principales del PNR.
2. Improductividad del PNR.
3. Capacidad mental capturada por el PNR.

Existen varias versiones de este test en diferentes lenguas, tales como la inglesa o la alemana.

Además, este cuestionario ha sido adaptado para población infantil: *Perseverative Thinking Questionnaire Children* (PTQ-C), ya que la preocupación y la rumiación son procesos también frecuentes en niños y adolescentes.

Lo interesante para este Trabajo Fin de Grado es que el PTQ también ha sido adaptado para practicantes de psicología clínica: *Perseverative Thinking Questionnaire for Clinical Psychology Trainees* (PTQ-CPT), de manera que se evalúa el PNR de forma específica en psicólogos noveles a través de 9 ítems, cómo les afectan las preocupaciones relacionadas concretamente con su práctica profesional (Tabla 1).

Tabla 1. *Ítems del Perseverative Thinking Questionnaire for Clinical Psychology Trainees*

- | |
|---|
| 1. Mis dudas sobre la práctica clínica aparecen constantemente en mi mente. |
| 2. No puedo dejar de preocuparme por mi práctica clínica. |
| 3. No puedo centrarme en mis tareas cuando me pongo a pensar en la práctica clínica. |
| 4. Mis pensamientos en torno a la práctica clínica son repetitivos. |
| 5. Me quedo atascado en mis preocupaciones acerca de la práctica clínica y no puedo concentrarme en mis estudios. |
| 6. Sigo haciéndome las mismas preguntas sobre aspectos de la práctica clínica sin encontrar una respuesta. |
| 7. Me mantengo pensando sobre la práctica clínica todo el tiempo, incluso en momentos en los que hacerlo no es útil o adecuado. |
| 8. Mis pensamientos repetitivos en torno a la práctica clínica no son de mucha ayuda. |
| 9. Mi inseguridad por la práctica clínica absorbe toda mi atención. |

En resumen, será el desarrollo de un cuestionario adaptado al ámbito específico de la Logopedia el núcleo central de este trabajo, considerando la existencia, hasta el momento, de tres cuestionarios que evalúan el PNR: en población adulta, en población infantil y en practicantes de Psicología (Figura 2).

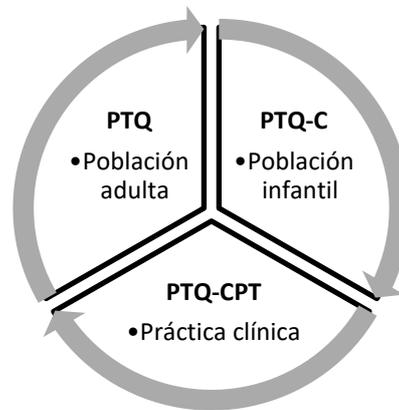


Figura 2: Instrumentos de evaluación del Pensamiento Negativo Repetitivo

3. OBJETIVOS

El **objetivo general** de este Trabajo Fin de Grado es profundizar en el conocimiento de las habilidades terapéuticas propias de la profesión logopédica mediante la adaptación de un instrumento de evaluación.

Este trabajo recoge los siguientes **objetivos específicos**:

- Estudiar las habilidades prácticas necesarias para la intervención logopédica.
- Definir las características psicológicas del terapeuta que influyen en la eficacia del tratamiento.
- Describir el Pensamiento Negativo Repetitivo (PNR).
- Comprender las bases teóricas de las terapias de tercera generación.
- Analizar cuestionarios que evalúen el PNR.
- Desarrollar un instrumento de evaluación que permita determinar habilidades terapéuticas de los logopedas noveles.
- Conocer los pasos necesarios para la adaptación de un instrumento de evaluación.

4. MÉTODO

4.1 PARTICIPANTES

La muestra está formada por 101 participantes españoles vinculados a las Universidades de Valladolid, Oviedo y Murcia, con edades comprendidas entre 21 y 57 años ($M = 23.3$, $DT = 4.2$). El 91.1% de la muestra son mujeres, mientras que el 8.9% corresponde a hombres (Tabla 2).

Tabla 2. Datos estadísticos de la muestra

	Total
N	101
Edad	
M	23.3
DT	4.2
% mujeres	91.1

En lo que se refiere al nivel de estudios, el 65.3% de los participantes no están graduados o licenciados, es decir, se encuentran cursando el último año del Grado en Logopedia; frente al 34.6%, ya graduados o licenciados y en su primer año de ejercicio profesional como logopedas. En cuanto al tiempo dedicado al ejercicio logopédico, el 70.3% han realizado su práctica en un tiempo inferior a seis meses y el 29.7% llevan un período comprendido entre seis meses y un año. La práctica logopédica posee supervisión en un 72.3% de los casos, mientras que el 27.7% de los participantes son los únicos responsables de su ejercicio.

4.2 INSTRUMENTOS

4.2.1 ACCEPTANCE AND ACTION QUESTIONNAIRE – II (AAQ-II; Bond et al., 2011; versión española por Ruiz, Langer, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013). El AAQ-II evalúa la inflexibilidad psicológica o evitación experiencial (Anexo 1). El cuestionario posee 7 ítems con una escala tipo Likert de 7 alternativas de respuesta (1 = nunca es verdad; 7 = siempre es verdad). Los ítems evalúan la indeseabilidad de la persona hacia la experimentación de emociones y pensamientos incómodos para ella (p. ej., “Tengo miedo de mis sentimientos”, “Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos”) y la incapacidad de estar centrada en el momento presente y actuar de acuerdo a sus direcciones de valor

cuando los experimentan (p. ej., “Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría”, “Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida”). La versión española del AAQ – II ha mostrado buenas propiedades psicométricas: alfa de Cronbach de .88 y una sólida estructura unifactorial.

4.2.2 DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALES – 21 (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995; versión española por Daza, Novy, Stanley y Averill, 2002). El DASS–21 evalúa la sintomatología emocional negativa relacionada con síntomas de depresión, ansiedad y estrés (Anexo 2). El cuestionario posee 21 ítems con una escala tipo Likert de 4 alternativas de respuesta (0 = no me ha ocurrido; 3 = me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo). Los ítems se dividen en tres subescalas, que evalúan la depresión (p. ej., “He sentido que no había nada que me ilusionara”, “Me sentí triste y deprimido”), la ansiedad (p. ej., “Sentí que mis manos temblaban”, “Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo”,) y el estrés (p. ej., “Me ha costado mucho descargar la tensión”, “Me he sentido inquieto”). La versión española ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, con un alfa de Cronbach, según subescala, de .73 a .81, y un ajuste aceptable a la estructura de 3 factores.

4.2.3 VALUING QUESTIONNAIRE (VQ; Smout, Davies, Burns y Christie, 2014; versión española por Odriozola-González, Ruiz, Suárez-Falcón y Perucha-Ramos, 2017). El VQ evalúa los valores vitales de acuerdo a la definición de valores de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Anexo 3). Este cuestionario posee 10 ítems con una escala tipo Likert de 7 alternativas de respuesta (0 = en absoluto verdad; 6 = completamente verdad). Los ítems se dividen en dos subescalas, que valoran el progreso (p. ej., “Trabajé para conseguir mis metas incluso cuando no me sentía motivado”, “Hice progresos en las áreas de mi vida que más me importan”) y la obstrucción (p. ej., “Pasé un montón de tiempo pensando sobre el pasado o el futuro en vez de dedicarme a actividades que eran importantes para mí”, “Los pensamientos, sentimientos y recuerdos difíciles se interpusieron en el camino de lo que quería hacer”). La versión española ha mostrado buenas propiedades psicométricas, con un alfa de Cronbach en población general de .84 en ambas subescalas, así como un adecuado ajuste a la estructura de 2 factores.

4.2.4 PERSEVERATIVE THINKING QUESTIONNAIRE (PTQ; Ehring et al., 2011; versión española por Dereix-Calonge, Ruiz, Suárez-Falcón y Flórez, 2019). El PTQ evalúa la tendencia de quedarse estancado en el Pensamiento Negativo Repetitivo (PNR) cuando se hace frente a experiencias negativas o problemáticas (Anexo 4). Este cuestionario posee 15 ítems con una escala tipo Likert de 5 alternativas de respuesta (0 = nada; 4 = casi siempre). Los ítems evalúan características principales del PNR (p. ej., “Los pensamientos se mantienen en mi mente una y otra vez”, “Mis pensamientos son repetitivos”), improductividad del PNR (p. ej., “Pienso sobre muchos problemas sin resolver ninguno”, “No puedo hacer nada más cuando estoy pensando en mis problemas”) y capacidad mental capturada por el PNR (p. ej., “Mis pensamientos me impiden centrarme en otras cosas”, “Mis pensamientos absorben toda mi atención”). La versión española, utilizada por Dereix-Calonge, Ruiz, Suárez-Falcón, et al. (2019) en Colombia, ha mostrado buenas propiedades psicométricas, un alfa de Cronbach de .96 y una sólida estructura unifactorial. El alfa de Cronbach de este instrumento en el presente estudio ha sido de .95.

4.2.5 PERSEVERATIVE THINKING QUESTIONNAIRE FOR SPEECH THERAPY TRAINEES (PTQ-STT; Horna-Martínez y Odriozola-González, 2019). El PTQ-STT, basado en el PTQ-CPT (Dereix-Calonge, Ruiz, Suárez-Falcón, et al., 2019), evalúa la tendencia de los practicantes de Logopedia a quedarse estancados en el PNR cuando se encuentran realizando su actividad terapéutica (Anexo 5). Este cuestionario posee 9 ítems con una escala tipo Likert de 5 alternativas de respuesta (0 = nada; 4 = casi siempre). En el presente estudio, el cuestionario ha mostrado buenas propiedades psicométricas, alfa de Cronbach de .84 y una sólida estructura de un solo factor.

4.3 PROCEDIMIENTO

Los participantes potenciales de este estudio fueron invitados a cumplimentar una encuesta online. El enlace a la encuesta fue lanzado vía e-mail a diferentes personas responsables del Grado en Logopedia de las Universidades de Valladolid, Oviedo y Murcia, solicitando su difusión entre los alumnos de 4º curso.

Previo al acceso a la cumplimentación de datos aparecía una pantalla que especificaba los requisitos necesarios para participar en la investigación: ser español, mayor de edad y encontrarse realizando las prácticas de último curso del Grado en Logopedia o en el primer año de ejercicio profesional. Se explicaba igualmente el funcionamiento de la

encuesta, detallando la posibilidad de abandonar la participación en cualquier momento, simplemente cerrando la pestaña del navegador, sin quedar así las respuestas registradas. Además, se informaba de que la duración total estimada para la realización de la encuesta era de 10-12 minutos.

Antes de comenzar a rellenar datos, cada participante daba su consentimiento informado, aceptando ser partícipe del estudio. Se informaba de que la colaboración era completamente voluntaria y anónima, sin posibilidad de vincular las respuestas a ningún individuo particular.

La encuesta solicitaba algunos datos estadísticos, tras los cuales aparecían los diversos ítems pertenecientes a los instrumentos descritos, precedidos respectivamente de un comentario explicativo introductorio. El orden utilizado en el estudio fue el siguiente: PTQ-STT, AAQ-II, DASS-21, VQ y PTQ.

Una vez finalizada la participación en el estudio, y tras el agradecimiento por la colaboración, se ofrecía la opción y se invitaba a enviar el enlace a otros posibles participantes enmarcados en el perfil requerido.

Por último, con el objetivo de solucionar cualquier duda que pudiera surgir, se facilitaron los correos electrónicos de la tutora y la autora del presente Trabajo Fin de Grado, como medio para ponerse en contacto.

4.4 ANÁLISIS DE DATOS

En el presente estudio se mantuvieron todos los ítems del cuestionario adaptado a los practicantes de Psicología Clínica (PTQ-CPT), sustituyéndose la palabra “clínica” por “logopédica”, pues el objetivo del estudio es concretar el contexto clínico al campo terapéutico específico de la Logopedia, así como validar el cuestionario con una muestra española. El resto de palabras se mantuvo sin cambio, pues eran perfectamente comprensibles para personas españolas.

El análisis de la estructura factorial del PTQ-STT se realizó por medio de un análisis factorial exploratorio (AFE) llevado a cabo con el software Factor 10.5 (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2006). Se seleccionó el método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados con rotación oblicua directa, usando correlaciones policóricas. El número de factores se determinó por medio de análisis paralelo de implementación óptima, basado en el análisis factorial de rango mínimo (Timmerman y Lorenzo-Seva, 2011).

Para explorar la consistencia interna del PTQ-STT, el coeficiente alfa de Cronbach, se utilizó el programa estadístico SPSS-19, proporcionando un 95% de intervalo de confianza.

Las correlaciones corregidas ítem-total se obtuvieron para analizar el índice de discriminación de los ítems.

5. RESULTADOS

5.1 DATOS DESCRIPTIVOS Y CALIDAD PSICOMÉTRICA DE LOS ÍTEMS

Todos los ítems mostraron buena discriminación, con correlaciones corregidas ítem-total de .41 a .65. El coeficiente alfa de Cronbach arrojó un .84 (95% CI [.79, .88]). Los ítems utilizados en la versión PTQ-STT, las correlaciones corregidas ítem-total y las saturaciones factoriales del AFE pueden ser consultadas en la Tabla 3.

Tabla 3. Descripción de los ítems del *Perseverative Thinking Questionnaire – Speech Therapy Trainees*

Ítems	Correlación corregida ítem-total	Saturación factorial (AFE)
1. Mis dudas sobre la práctica logopédica aparecen constantemente en mi mente.	.41	.25
2. No puedo dejar de preocuparme por mi práctica logopédica.	.55	.41
3. No puedo centrarme en mis tareas cuando me pongo a pensar en la práctica logopédica.	.61	.55
4. Mis pensamientos en torno a la práctica logopédica son repetitivos.	.61	.54
5. Me quedo atascado en mis preocupaciones acerca de la práctica logopédica y no puedo concentrarme en mis estudios.	.56	.49
6. Sigo haciéndome las mismas preguntas sobre aspectos de la práctica logopédica sin encontrar una respuesta.	.46	.29
7. Me mantengo pensando sobre la práctica logopédica todo el tiempo, incluso en momentos en los que hacerlo no es útil o adecuado.	.65	.63
8. Mis pensamientos repetitivos en torno a la práctica logopédica no son de mucha ayuda.	.58	.49
9. Mi inseguridad por la práctica logopédica absorbe toda mi atención.	.56	.46

5.2 EVIDENCIA DE VALIDEZ BASADA EN LA ESTRUCTURA INTERNA

5.2.1 DIMENSIONALIDAD

Se llevó a cabo un AFE con la muestra de participantes compuesta por 101 personas. La edad media de la muestra fue de 23.3, con edades comprendidas entre 21 y 57 años ($M = 23.3$, $DT = 4.2$). El 91.1% de la muestra eran mujeres. La prueba de Bartlett fue estadísticamente significativa (318.9(36), $p < .001$), y los resultados del test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fueron buenos (.85). El análisis paralelo sugirió la extracción de un solo factor, que daba cuenta del 51% de la varianza (autovalor = 4.61). Las saturaciones de los factores fueron aceptables en todos los ítems, con rangos de .25 (ítem 1) a .63 (ítem 7). En conclusión, los resultados del AFE parecen sugerir que el PTT-STT puede ser tratado como una medida unidimensional.

5.3 EVIDENCIA DE VALIDEZ BASADA EN LAS RELACIONES CON OTRAS VARIABLES

Las puntuaciones del PTQ-STT correlacionaron de forma coherente teóricamente con el resto de medidas utilizadas en el presente estudio. En concreto, mostraron correlaciones fuertes, positivas y significativas con las puntuaciones del PTQ, AAQ-II, DASS-21-Total, DASS-21-Depresión, DASS-21-Ansiedad, DASS-21-Estrés y VQ-Obstrucción. Las puntuaciones del PTQ-STT mostraron, por contra, una correlación negativa no significativa con la medida de VQ-Progreso (Tabla 4).

Tabla 4. Correlaciones de Pearson entre PTQ-STT y otras medidas relevantes efectuadas

Medidas	r con el PTQ-STT
PTQ	.50**
AAQ-II	.42**
DASS-21 – Total	.40**
DASS-21 – Depresión	.35**
DASS-21 – Ansiedad	.33**
DASS-21 – Estrés	.39**
VQ – Progreso	-.18
VQ – Obstrucción	.28**

** $p < .01$. Nota. PTQ = Perseverative Thinking Questionnaire; AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire; DASS-21 = Depression, Anxiety and Stress Scale -21; VQ = Valuing Questionnaire.

6. DISCUSIÓN

El instrumento de evaluación propuesto en este Trabajo Fin de Grado, denominado *Perseverative Thinking Questionnaire for Speech Therapy Trainees* (PTQ-STT), se basa en el *Perseverative Thinking Questionnaire for Clinical Psychology Trainees* (PTQ-CPT), un cuestionario que evalúa el Pensamiento Negativo Repetitivo (PNR) relacionado con la práctica clínica de estudiantes de Psicología. La investigación desarrollada se plantea como un estudio piloto para la validación del cuestionario en la población española y en un contexto específico: el ámbito logopédico. Para ello, se modificaron los 9 ítems del PTQ-CPT, especificando en la redacción de los ítems del cuestionario el término “práctica logopédica” como sustituto del concepto “práctica clínica”.

Los datos obtenidos reflejan buenas propiedades psicométricas del PTQ-STT, lo que significa que va en la línea de considerarse una medida válida y fiable para evaluar el PNR de los logopedas noveles. En general, los resultados son parecidos a los obtenidos por Dereix-Calonge, Ruiz, Suárez-Falcón, et al. (2019) en la adaptación del PTQ-CPT. Específicamente, los resultados del PTQ-STT mostraron una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach de .84) y el análisis de validación cruzada apoyó un modelo unifactorial.

Además, se hallaron correlaciones coherentes teóricamente con las medidas de otros constructos, tales como evitación experiencial, síntomas emocionales negativos y obstrucción en valores. Esto quiere decir que los participantes con PNR relacionado con su práctica logopédica son personas que, en general:

- Suelen presentar inflexibilidad psicológica, evitando la experimentación de pensamientos y emociones negativos.
- Son incapaces o es difícil para ellas estar centradas en el momento presente y actuar de acuerdo a sus direcciones de valor cuando experimentan cogniciones y emociones negativas.
- Pueden presentar síntomas de depresión, ansiedad o estrés.
- Tienen la tendencia de quedarse estancados en PNR de forma global, el cual suele ser improductivo y capturar su capacidad mental.

Esto se puede traducir en la siguiente idea: cuanto más enredado se encuentra el logopeda en sus pensamientos, preocupaciones, inseguridades, etc., mayor obstrucción parece poseer al dirigirse hacia sus direcciones de valor, como pudiera ser ejercer su labor

profesional adecuadamente. Además, el PNR se relaciona con sintomatología emocional de carácter negativo y con su evitación experiencial.

Por lo tanto, la presencia de una frecuencia elevada de PNR por parte del terapeuta parecería lógico que fuese acompañada de bajas puntuaciones encaminadas hacia direcciones personalmente valiosas. Cabe señalar, sin embargo, que la correlación con el factor progreso del cuestionario de valores no ha resultado significativa, tal vez debido al escaso número de participantes del estudio.

El PTQ-STT hace posible evaluar el PNR relacionado con la práctica terapéutica del logopeda novel. En este Trabajo Fin de Grado, el PTQ-STT se concibe como un instrumento que permita al practicante de Logopedia tomar conciencia de la importancia que el PNR puede ejercer en el desarrollo de su profesión, identificando sus preocupaciones e inseguridades para posteriormente poder aceptarlas o desarrollar estrategias que les permitan manejarlas, sin desviarse en ningún momento de sus metas terapéuticas, sin descentrarse de lo importante: el desarrollo de su intervención logopédica.

6.1 IMPLICACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados preliminares obtenidos parecen indicar que el PTQ-STT se encuentra en buen camino hacia su validación, siendo necesaria una muestra más numerosa de logopedas noveles que permita efectuar dicha validación. El cuestionario podría ser utilizado para analizar el papel del PNR de practicantes de Logopedia o logopedas recién graduados en el desarrollo de su competencia profesional, así como en el aprendizaje de su labor logopédica.

Además, y siguiendo las implicaciones indicadas por Dereix-Calonge, Ruiz, Suárez-Falcón, et al. (2019), podría emplearse por parte de los profesores de último curso del Grado en Logopedia para orientar a sus alumnos sobre el manejo de este tipo de pensamientos y así fomentar el aprendizaje de estrategias que faciliten la resolución de problemas surgidos en la terapia y causados por emociones o pensamientos negativos repetitivos.

6.2 LIMITACIONES Y PROPUESTAS DE TRABAJO FUTURAS

Es preciso destacar en este punto algunas limitaciones del presente estudio.

En primer lugar, la administración del cuestionario se realizó con estudiantes y profesionales del campo de la Logopedia de tres universidades españolas, a saber,

Valladolid, Oviedo y Murcia. Dada la dificultad de encontrar muestra con las necesidades pertinentes en este estudio, cabría la posibilidad de ponerse en contacto con otras universidades en las que se imparte el Grado para aumentar la muestra. Por otra parte, la presente investigación se centra exclusivamente en los logopedas noveles: aquellos estudiantes de último curso del Grado y aquellos terapeutas en su primer año de ejercicio profesional. Existiría la opción de ampliar la muestra con logopedas que posean una mayor experiencia, por ejemplo, estudiantes de Máster o con dos años de experiencia profesional, para valorar si el instrumento puede evaluar el diferente grado de manejo de PNR que va adquiriendo un profesional a lo largo de su práctica terapéutica.

En segundo lugar, la muestra del presente estudio es mayoritariamente femenina, pues Logopedia es un Grado estudiado por una población predominante de mujeres. En este sentido, los resultados obtenidos podrían estar sesgados en relación al sexo, como ha sido señalado en la muestra de Psicología utilizada por Dereix-Calonge, Ruiz, Suárez-Falcón, et al. (2019). Futuros estudios deberían analizar las propiedades del PTQ-STT en una muestra más numerosa de hombres y estudiar la equivalencia factorial a través del género. Además, cabría ampliar la muestra con un mayor porcentaje de población masculina, para estudiar en profundidad si existen diferencias entre hombres y mujeres con respecto al PNR.

En tercer lugar, la administración del cuestionario se limita al ámbito de la Logopedia, un contexto clínico específico. Las propiedades psicométricas obtenidas son exclusivas para el campo logopédico y para la población española. Futuras investigaciones deberían analizar dichas propiedades del PTQ-STT en otros países de habla hispana. La versión inglesa, o de otro idioma, también puede ser otra línea futura de trabajo.

Además de las propuestas de investigación anteriormente señaladas, futuros estudios podrían emplear el PTQ-STT para:

- Describir el grado de PNR de los logopedas noveles en diferentes etapas del tratamiento de un paciente y en diferentes escenarios de intervención.
- Analizar diferencias culturales en cuanto al PNR.

7. CONCLUSIONES

En este Trabajo Fin de Grado se presenta la adaptación del *Perseverative Thinking Questionnaire for Clinical Psychology Trainees* (PTQ-CPT) para una población de logopedas noveles españoles: el *Perseverative Thinking Questionnaire for Speech Therapy Trainees* (PTQ-STT). Este instrumento ha mostrado buenas propiedades psicométricas: un alfa de Cronbach de .84 y una adecuada estructura de un solo factor.

El cuestionario evalúa la tendencia de los practicantes de Logopedia de quedarse estancados en el Pensamiento Negativo Repetitivo (PNR) durante su actividad terapéutica. El PNR puede suponer una limitación para el buen desarrollo de la terapia logopédica, y por ello resulta de interés desarrollar instrumentos de evaluación que permitan detectar su presencia, pues de esta manera el profesional podrá aprender estrategias para gestionar dichos pensamientos durante su actividad y desarrollarla de la mejor manera posible.

Aprender a identificar y aceptar estos pensamientos permitirá mejorar el ejercicio terapéutico, y esto resulta de interés ya que supone el crecimiento de la profesión logopédica.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araya-Véliz, C. y Porter, B. (2017). Habilidades del terapeuta y mindfulness. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(2), 232-240.
- Bados, A. y García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. [Documento en línea]. Barcelona: Universidad de Barcelona. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/18382> [2019, 12 de junio].
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., . . . Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Botella, L., Maestra, J., Feixas, G., Corbella, S. y Vall, B. (2015). Integración en Psicoterapia 2015: pasado, presente y futuro. Online Working Paper: [https://www.researchgate.net/publication/284869588 Integracion en psicoterapia 2015 pasado presente y futuro](https://www.researchgate.net/publication/284869588_Integracion_en_psicoterapia_2015_pasado_presente_y_futuro). doi:10.13140/RG.2.1.1351.3040.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. y Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 195-205.
- Dereix-Calonge, I., Ruiz, F. J., Sierra, M. A., Peña-Vargas, A. y Ramírez, E. S. (2019). Acceptance and commitment training focused on repetitive negative thinking for clinical psychology trainees: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 81-88.
- Dereix-Calonge, I., Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C. y Flórez C. L. (2019). Adapting the Perseverative Thinking Questionnaire for measuring repetitive negative thinking in clinical psychology trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, 13(2), 145-152.
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S. y Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 225-232.
- Fernández-Zúñiga, A. F. y de León, M. (2008). Habilidades terapéuticas en terapia del lenguaje. Relación terapeuta-paciente. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 28(1), 34-45.

- Germer, C. K. y Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology, 69*(8), 856-867.
- Goldstein, A. P. y Myers, C. R. (1986). Relationship-enhancement methods. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (3a ed., pp. 19-65). Elmsford, NY: Pergamon.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy, 35*(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Keijsers, G. P., Schaap, C. P. y Hoogduin, C. A. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. *Behavior Modification, 24*(2), 264-298.
- Lambert, M. J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review, 9*(4), 469-485.
- Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, P. J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior Research Methods, 38*(1), 88-91.
- Lovibond, P. F. y Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 335-343.
- Luciano, C., Ruiz, F. J., Gil-Luciano, B. y Ruiz-Sánchez, L. J. (2016). Dificultades y barreras del terapeuta en el aprendizaje de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 16*(3), 357-373.
- Luciano, M. C. y Valdivia M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo, 27*(2), 79-91.
- Odriozola-González, P., Ruiz, F. J., Suárez-Falcón, J. C. y Perucha-Ramos, M. R. (junio, 2017). *Psychometric properties of the spanish version of the Valuing Questionnaire (VQ) in Spain*. Presentado en la 15th ACBS Annual World Conference, Sevilla, España. No publicado.

- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25, 123-129.
- Ruiz, M. (1998). Habilidades terapéuticas. En M. A. Vallejo. *Manual de terapia de conducta* (Vol. I, pp. 83-131). Madrid: Dykinson.
- Santibáñez, P., Román, M., Chenevard, M., Espinoza, A., Irribarra, D. y Müller, P. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Smout, M., Davies, M., Burns, N. y Christie, A. (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 164-172.
- Timmerman, M. E. y Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16(2), 209-220.

9. ANEXOS

ANEXO 1: ACCEPTANCE AND ACTION QUESTIONNAIRE – II (AAQ-II)

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo miedo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 2: DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALES – 21 (DASS-21)

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación DURANTE LA SEMANA PASADA.

La escala de calificación es la siguiente:

0	1	2	3
No me ha ocurrido	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte tiempo

1. Me ha costado mucho descargar la tensión.	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca.	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo.	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar.	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas.	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones.	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban.	0	1	2	3
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía.	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.	0	1	2	3
10. He sentido que no había nada que me ilusionara.	0	1	2	3
11. Me he sentido inquieto.	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme.	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido.	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
15. Sentí que estaba al punto de pánico.	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada.	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona.	0	1	2	3
18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad.	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón.	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido.	0	1	2	3

ANEXO 3: VALUING QUESTIONNAIRE (VQ)

Por favor, lea cada frase cuidadosamente y haga un círculo en el número que mejor describa cómo de cierta ha sido esa frase para usted DURANTE LA SEMANA PASADA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.

0	1	2	3	4	5	6
En absoluto verdad						Completamente verdad

1. Pasé un montón de tiempo pensando sobre el pasado o el futuro en vez de dedicarme a actividades que eran importantes para mí.	0	1	2	3	4	5	6
2. Estuve básicamente en “piloto automático” la mayor parte del tiempo.	0	1	2	3	4	5	6
3. Trabajé para conseguir mis metas incluso cuando no me sentía motivado.	0	1	2	3	4	5	6
4. Estuve orgulloso de cómo viví mi vida.	0	1	2	3	4	5	6
5. Hice progresos en las áreas de mi vida que más me importan.	0	1	2	3	4	5	6
6. Los pensamientos, sentimientos y recuerdos difíciles se interpusieron en el camino de lo que quería hacer.	0	1	2	3	4	5	6
7. Continué mejorando en ser el tipo de persona que deseo ser.	0	1	2	3	4	5	6
8. Cuando las cosas no fueron según lo planeado, me di por vencido fácilmente.	0	1	2	3	4	5	6
9. Me sentí como si tuviera un propósito en la vida.	0	1	2	3	4	5	6
10. Parecía como si estuviera comportándome de manera mecánica en vez de centrarme en lo que era importante para mí.	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO 4: PERSEVERATIVE THINKING QUESTIONNAIRE (PTQ)

En este cuestionario se te pedirá que describas cómo sueles pensar sobre los problemas y experiencias negativas. Por favor, lee las siguientes afirmaciones e indica en qué medida se aplican a ti cuando piensas acerca de experiencias negativas o problemas.

0	1	2	3	4	
Nada	Raramente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	
1. Los pensamientos se mantienen en mi mente una y otra vez.	0	1	2	3	4
2. Los pensamientos se cuelan en mi mente.	0	1	2	3	4
3. No puedo dejar de preocuparme por ellos.	0	1	2	3	4
4. Pienso sobre muchos problemas sin resolver ninguno.	0	1	2	3	4
5. No puedo hacer nada más cuando estoy pensando en mis problemas.	0	1	2	3	4
6. Mis pensamientos son repetitivos.	0	1	2	3	4
7. Los pensamientos vienen a mi mente aunque yo no quiera.	0	1	2	3	4
8. Me quedo atascado en ciertos problemas y no puedo seguir adelante.	0	1	2	3	4
9. Sigo haciéndome las mismas preguntas sin encontrar una respuesta.	0	1	2	3	4
10. Mis pensamientos me impiden centrarme en otras cosas.	0	1	2	3	4
11. Sigo pensando sobre el mismo asunto todo el tiempo.	0	1	2	3	4
12. Los pensamientos se meten en mi mente.	0	1	2	3	4
13. Me siento impulsado a seguir preocupándome por la misma cuestión.	0	1	2	3	4
14. Mis pensamientos no me son de mucha ayuda.	0	1	2	3	4
15. Mis pensamientos absorben toda mi atención.	0	1	2	3	4

ANEXO 5: PERSEVERATIVE THINKING QUESTIONNAIRE FOR SPEECH THERAPY TRAINEES (PTQ-STT)

La práctica logopédica es un momento crucial en la formación del logopeda porque se asumen nuevas responsabilidades y se ponen en práctica las habilidades previamente aprendidas. Sin embargo, también es normal que la práctica logopédica genere algunas dudas, inquietudes e inseguridades. A continuación, se le pedirá que describa cómo suele sentirse y/o reaccionar ante estos pensamientos y emociones. Por favor, lea las siguientes afirmaciones e indique en qué medida se aplican a usted cuando siente dudas, inquietudes e inseguridades en relación a su práctica logopédica.

0	1	2	3	4
Nada	Raramente	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

1. Mis dudas sobre la práctica logopédica aparecen constantemente en mi mente.	0	1	2	3	4
2. No puedo dejar de preocuparme por mi práctica logopédica.	0	1	2	3	4
3. No puedo centrarme en mis tareas cuando me pongo a pensar en la práctica logopédica.	0	1	2	3	4
4. Mis pensamientos en torno a la práctica logopédica son repetitivos.	0	1	2	3	4
5. Me quedo atascado en mis preocupaciones acerca de la práctica logopédica y no puedo concentrarme en mis estudios.	0	1	2	3	4
6. Sigo haciéndome las mismas preguntas sobre aspectos de la práctica logopédica sin encontrar una respuesta.	0	1	2	3	4
7. Me mantengo pensando sobre la práctica logopédica todo el tiempo, incluso en momentos en los que hacerlo no es útil o adecuado.	0	1	2	3	4
8. Mis pensamientos repetitivos en torno a la práctica logopédica no son de mucha ayuda.	0	1	2	3	4
9. Mi inseguridad por la práctica logopédica absorbe toda mi atención.	0	1	2	3	4