

Universidad de Valladolid

TRABAJO FIN DE GRADO

**ANÁLISIS CUALITATIVO DEL
PENSAMIENTO NEGATIVO
REPETITIVO (PNR) EN TERAPEUTAS
LOGOPEDAS NOVELES**

FACULTAD DE MEDICINA – GRADO EN LOGOPEDIA

CURSO 2019/2020

AUTORA: CARMEN PARRA PEDRAZA

TUTORA ACADÉMICA: PAULA ODRIÓZOLA GONZÁLEZ

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, porque ha sido quien ha vivido a fondo conmigo esta etapa, que tantos momentos positivos y negativos ha tenido. Por depositar toda su confianza en mí y permitirme haber llegado hasta aquí. Por tener palabras de apoyo siempre desde la distancia, por ser constantes en mi vida, por la educación y los valores transmitidos.

A mi tutora, Paula Odriozola, por tener siempre la puerta abierta ante mis dudas, por la orientación y supervisión durante este periodo, por la dedicación y confianza depositada en mí para que este trabajo saliera adelante de la mejor manera posible.

A mis amigos, en la cercanía o la lejanía, por estar siempre conmigo apoyándome, animándome en los malos momentos y celebrando junto a mí los logros, haciendo que este camino sea mucho más fácil.

Finalmente, a la Facultad de Medicina de Valladolid, por todos los conocimientos y habilidades que me ha aportado durante estos cuatro años de formación.

ÍNDICE

RESUMEN / ABSTRACT	7
1. JUSTIFICACIÓN	9
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1. HABILIDADES TERAPÉUTICAS DEL LOGOPEDA	12
2.1.1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES GENERALES PARA SER TERAPEUTA	13
2.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA QUE FAVORECEN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA	14
2.1.3. HABILIDADES COMUNICATIVAS VERBALES Y NO VERBALES	15
2.2. DIFICULTADES PRESENTES EN LA TERAPIA LOGOPÉDICA	16
2.2.1. LOS EVENTOS PRIVADOS DEL TERAPEUTA: IMPACTO DEL PNR EN LA PRÁCTICA LOGOPÉDICA	18
2.2.2. EL PNR COMO ESTRATEGIA DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL	19
2.2.3. MANEJO DEL PNR EN EL ÁMBITO TERAPÉUTICO	20
2.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL PNR	22
REPETITIVE NEGATIVE THINKING QUESTIONNAIRE (RNTQ)	22
PERSEVERATIVE THINKING QUESTIONNAIRE (PTQ) PERSEVERATIVE THINKING QUESTIONNAIRE FOR SPEECH THERAPY	23
TRAINES(PTQ-STT)	23
3. OBJETIVOS	24
4. MÉTODO: PROCESO DE INVESTIGACIÓN	25
4.1. METODOLOGÍA	25
4.1.1. TENSIÓN/ PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	25
4.1.2. CONTEXTO	26
4.2. PARTICIPANTES	26
4.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	27
4.4. ESTRUCTURA CONCEPTUAL DEL CASO DE ESTUDIO	27
4.4.1. DECLARACIONES TEMÁTICAS	27

4.5. TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS	28
4.5.1. LA ENTREVISTA	28
4.5.2. ¿CÓMO SE HA CONSTRUIDO DICHO INSTRUMENTO?	29
4.5.3. PROCEDIMIENTO SEGUIDO EN LA RECOGIDA DE DATOS	29
4.6. ANÁLISIS DE DATOS	30
5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	31
6. CONCLUSIONES	40
6.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	41
6.2. LÍNEAS DE TRABAJO FUTURO	42
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
8. ANEXOS	48
ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO	48
ANEXO II: ESQUEMA DE CATEGORÍAS	49
ANEXO III. ENTREVISTA REALIZADA	50
ANEXO IV. RELACIÓN DE CATEGORÍAS Y EJEMPLOS DE EXTRACTOS	52

RESUMEN / ABSTRACT

Resumen

Cuando un logopeda comienza su práctica profesional como terapeuta suele enfrentarse a sus primeros pacientes con escasa experiencia profesional. Esta circunstancia, vinculada a la forma en la que el logopeda se autogestiona, puede conllevar una serie de dificultades en el inicio del desempeño de sus funciones. Estas dificultades se pueden apreciar ante el manejo de Pensamientos Negativos Repetitivos (PNRs), los cuales se caracterizan por ser pensamientos incontrolados que surgen reiteradas veces en la mente del terapeuta.

El presente estudio trata de analizar precisamente el PNR presente en la práctica terapéutica de los logopedas noveles mediante un estudio interpretativo. Para ello, se ha recogido la experiencia de cinco logopedas noveles en su práctica logopédica mediante la entrevista como técnica de recogida de datos empleada. Se ha observado que este fenómeno está presente en la práctica de la mayoría de terapeutas noveles, influyendo en la misma y siendo necesario adoptar ante ellos mecanismos de afrontamiento adecuados que permitan el buen desempeño terapéutico.

Palabras Clave: logopedas noveles, PNR, terapia, entrevista, evitación experiencial, análisis cualitativo.

Abstract

When a speech therapist starts his practice as a therapist, he usually faces his first patients with little professional experience. This circumstance, linked to the way in which the speech therapist manages himself, may lead to a series of difficulties when starting to carry out his functions. These difficulties can be seen in the handling of Negative Repetitive Thoughts (NRPs), which are characterized by uncontrolled thoughts that arise repeatedly in the therapist's mind.

The present study tries to analyze precisely the NRP present in the therapeutic practice of novice speech therapists through an interpretative study. To this end, the experience of five novice speech therapists in their speech therapy practice has been collected through the interview as a data collection technique. It has been observed that this phenomenon is present in the practice of most new therapists, influencing it and being necessary to adopt adequate coping mechanisms that allow for good therapeutic performance.

Keywords: novice speech therapists, RNP, therapy, interview, experiential avoidance, qualitative analysis.

1. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN

Una vez finalizado el Grado de Logopedia solo nos queda mirar hacia atrás y observar todo el camino recorrido hasta ahora. Algo ocurre llegados a este punto. Una sensación contradictoria invade nuestro cuerpo. Por una parte, estamos alegres, satisfechos con nuestro trabajo porque, todo nuestro esfuerzo, tiempo y dedicación ha merecido la pena y nos ha permitido alcanzar la meta final: ser logopedas. Tenemos ilusión y ganas de dar un paso más, comenzar una nueva etapa de nuestra vida. Sin embargo, por otro lado, sentimos miedo, temor al fracaso, tenemos inseguridades y nos hacemos un millón de preguntas sin respuesta. ¿Seré un buen profesional?, ¿estoy preparado para afrontar cualquier tipo de situación?, ¿voy a ser capaz de mejorar la calidad de vida de mis pacientes y ofrecerles la ayuda que ellos necesitan?, ¿tengo la suficiente confianza en mí mismo? o ¿estoy lo suficientemente preparado y cualificado para desempeñar bien mi trabajo? Infinitas dudas recorren nuestra mente. Pensamientos que, en ocasiones, son negativos y se repiten una y otra vez entorpeciendo nuestras habilidades logopédicas y dificultando nuestro desempeño como buenos profesionales. Es primordial poder identificar estos pensamientos cuando nos vienen a la cabeza y una vez realizado actuar de la mejor manera para impedir que se conviertan en temores y barreras que supongan un obstáculo en nuestro camino.

Mediante la realización de este Trabajo de Fin de Grado se plantea analizar en profundidad y detalladamente la existencia de pensamientos negativos repetitivos presentes en terapeutas logopedas noveles, aunque sea un fenómeno transversal a múltiples disciplinas. Nos centramos en este fenómeno con el fin de dar mayor visibilidad a este tema, ya que constituye un aspecto relevante y, a la vez, poco estudiado en logopedas noveles.

Para ello, empleamos la Modalidad B: 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).

Las competencias generales y transversales que se engloban en este trabajo son las siguientes, entre otras:

- **CG3.** Usar las técnicas e instrumentos de exploración propios de la profesión y registrar, sintetizar e interpretar los datos aportados integrándolos en el conjunto de la información.
- **CG18.** Evaluar la propia intervención profesional para optimizar.
- **CT2.** Motivación por la calidad de actuación.
- **CT9.** Habilidad en las relaciones interpersonales.
- **CT11.** Adaptación a nuevas situaciones.
- **CT12.** Resolución de problemas.

2. MARCO TEÓRICO

Según el Consejo General de Colegios de Logopedas (CGCL, 2012) la comunicación constituye el verdadero pilar para llevar a cabo cualquier actividad del ser humano, siendo el medio que da lugar a la aparición de relaciones interpersonales y posibilitando el hecho de compartir y expresar ideas, opiniones, emociones y sentimientos, así como coexistir dentro de nuestro sistema. Se debe tener en cuenta, por tanto, que la comunicación es uno de los procesos mentales más complejos y elaborados de las funciones puestas en marcha por el ser humano. Las alteraciones producidas en uno o más de estos procesos comunicativos producen distintas disfunciones o trastornos de la comunicación.

Considerando la pluralidad de disciplinas interesadas en la comunicación humana, es la Logopedia la que lo hace adoptando un enfoque singular, teniendo en cuenta en todo momento el conjunto de conocimientos biológicos, metodológicos, científicos, neurológicos, pedagógicos, psicológicos, lingüísticos y humanísticos. La Logopedia se encarga de la prevención, evaluación y tratamiento de los procesos de la comunicación humana, así como de los trastornos relacionados con ella (CGCL, 2012).

Siguiendo las indicaciones del CGCL (2012), entre las principales competencias profesionales del logopeda destacamos:

- Evaluar, intervenir, diagnosticar, rehabilitar y prevenir los trastornos de la comunicación y lenguaje.
- Llevar a la práctica los conocimientos en los estudios de formación en Logopedia.
- Ejercer los servicios de Logopedia en los diferentes ámbitos de actuación.
- Trabajar formando parte de un equipo multidisciplinar.
- Realizar interconsultas y derivaciones a otros profesionales de la salud, si así lo requiere la situación.
- Asesorar a las familias en cuanto al procedimiento a realizar con el paciente sobre temas relacionados con la Logopedia.

Será el recorrido por el proceso formativo teórico-práctico del logopeda el que convierta a una persona en el profesional competente de la Logopedia que desarrolla adecuadamente sus funciones. En este proceso, se puede señalar la figura del “logopeda novel” como el profesional con su formación finalizada o prácticamente finalizada, pero con escasa experiencia profesional. Es decir, con poca o sin apenas experiencia en la práctica logopédica. Es, por tanto, poco experimentado en habilidades terapéuticas, aspecto realmente importante para el correcto desarrollo de su labor profesional.

2.1. HABILIDADES TERAPÉUTICAS DEL LOGOPEDA

Durante la formación como logopeda se adquieren conocimientos específicos sobre el desarrollo y las problemáticas del lenguaje y de la comunicación, así como sobre la forma de intervenirlas; sin embargo, se recibe menor preparación sobre el repertorio de habilidades necesarias para abordar situaciones conflictivas de/con los pacientes, gestionar a nivel personal las emociones derivadas de estas situaciones y proporcionar el apoyo y la orientación que necesitan. Aunque existen casos de logopedas que pueden haber desarrollado estas habilidades terapéuticas sin un entrenamiento específico, una formación centrada en estas destrezas es lo que más puede ayudar a la hora de comprender mejor las reacciones de los adultos, niños o familias hacia sus dificultades cuando se trabaja con estos en terapia (León, 2008).

Antes de profundizar en el tema de las habilidades terapéuticas, debemos tener presente el concepto de habilidad. Según Watson y Tharp (1985), es entendida como la destreza que conserva una persona para realizar algo de forma correcta y adecuada, desarrollándose mediante el conocimiento y la puesta en marcha.

Uno de los principales aspectos a tener en cuenta en el desarrollo de estas habilidades es el establecimiento de una relación empática que ayude al terapeuta a comprender mejor la experiencia subjetiva del paciente (León, 2008); entendiendo por empatía la capacidad de comprender y transmitir los sentimientos de la otra persona, es decir, adoptar su visión de ver el mundo.

Como mencionan Ruiz y Villalobos (1994), “un terapeuta empático ha de ser capaz de entender adecuadamente no sólo los pensamientos y sentimientos que el

paciente está expresando, reconociendo su significado, sino también las implicaciones emocionales, conductuales y cognitivas que tienen en su vida” (p. 6). La importancia de esta habilidad se refleja al contemplar cómo se favorecen los distintos momentos de la intervención, así como se entorpecen y dificultan en su ausencia.

Otro aspecto igualmente relevante, de acuerdo con Carrasco (2002), es la capacidad de comunicar y transmitir aceptación y respeto hacia la persona que está siendo tratada, trasladándole conveniencia y seguridad. Este aspecto de la relación terapéutica es fundamental en distintos ámbitos clínicos, especialmente con los niños que padecen dificultades de lenguaje y comunicación.

Capacidad empática y aceptación, por tanto, serían habilidades básicas que ha de tener cualquier terapeuta, aunque no serían las únicas.

2.1.1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES GENERALES PARA SER TERAPEUTA

Bados y García (2011) señalan las siguientes características personales como elementos necesarios para ser un buen terapeuta:

- Interés sincero por las personas, intentando mejorar su bienestar y calidad de vida; esto implica no tratar de conseguir metas o beneficios personales, así como tampoco anteponer las propias preferencias a las necesidades del paciente.
- Autoconocimiento. Un terapeuta debe conocer cuáles son sus propios recursos, así como las limitaciones tanto a nivel personal como a nivel técnico. Entre las limitaciones personales pueden encontrarse el miedo al fracaso, la necesidad obsesiva de control o aprobación, las creencias de superioridad, etc.
- Buen ajuste psicológico. Una buena salud mental por parte del profesional favorece la obtención de resultados óptimos en el proceso de tratamiento.
- Conocimiento de los diversos contextos socioculturales. Es conveniente que el terapeuta conozca las normas y valores de los contextos socioculturales de sus pacientes, ya que pueden condicionar los problemas de los mismos o influir en el establecimiento de los objetivos de la intervención.

- Una buena formación teórico-práctica que propicie la confianza en el terapeuta respecto a la utilidad y puesta en práctica de sus habilidades y técnicas terapéuticas.
- Flexibilidad. Es necesario saber adaptar la metodología y las técnicas a las necesidades y características de cada sujeto.

2.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA QUE FAVORECEN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

En general, las personas afectadas con problemas clínicos acuden al logopeda motivadas por las dificultades comunicativas que el trastorno 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 que la persona afectada reciba puede modificar la percepción que posea de su trastorno y la respuesta al mismo. Por este motivo, diversos autores subrayan que la relación terapeuta-cliente debe ser positiva. Goldstein y Myers (1986) definen la relación terapéutica o relación positiva como el conjunto de sentimientos de agrado, respeto y confianza por parte del paciente hacia el terapeuta, unido a sentimientos recíprocos por parte del terapeuta.

Existen estudios que muestran correlaciones positivas entre estas actitudes y los resultados del tratamiento logopédico; así, por ejemplo, siguiendo a Keijsers, Schaap y Hoogduin (2000), una relación positiva entre terapeuta y cliente es pronóstico de resultados terapéuticos favorables. Este tipo de relación se relaciona con las siguientes características pertinentes en toda relación terapéutica efectiva según Rogers (2000):

- Escucha activa. La cualidad de saber escuchar facilita que los pacientes hablen sobre sus problemas y comuniquen información relevante.
- Competencia. La competencia es la habilidad del terapeuta para ayudar a sus pacientes a solucionar sus problemas. Según Rogers (2002), no es suficiente con ser competente, sino que es necesario que el paciente lo perciba como tal.
- Aceptación incondicional. Es la cualidad por la que el terapeuta acepta al cliente tal como es, sin prejuicios, valorándolo como una persona plena y digna.

- Autenticidad. Se trata de una actitud sincera hacia la escucha y comprensión del paciente, sin fingir comportamientos o actitudes que no sean propias del terapeuta.

2.1.3. HABILIDADES COMUNICATIVAS VERBALES Y NO VERBALES DEL LOGOPEDA

Un aspecto crucial en la terapia es la comunicación verbal que existe entre el terapeuta y el paciente. Es conveniente propiciar tanto un adecuado patrón comunicativo por parte del paciente, como conservar y mantener una adecuada conducta comunicativa del terapeuta en el proceso de rehabilitación (Plana, 2018).

No obstante, la comunicación no verbal posee la misma relevancia que la verbal y debe tenerse en cuenta a la hora de desarrollar la intervención. Bados y García (2014) indican que son tanto los comportamientos verbales como los no verbales los que condicionan la impresión causada por una persona. Así, ambos deben ser considerados conjuntamente en función del contexto en el que se produce la comunicación.

A continuación, se presentan algunas de las competencias verbales y no verbales básicas de todo logopeda (Figura 1). Como se contempla en la figura, son importantes competencias verbales tales como la clarificación, preguntas, información, etc., así como competencias no verbales, entre las que destacan la mirada, gestos, contacto físico, etc.

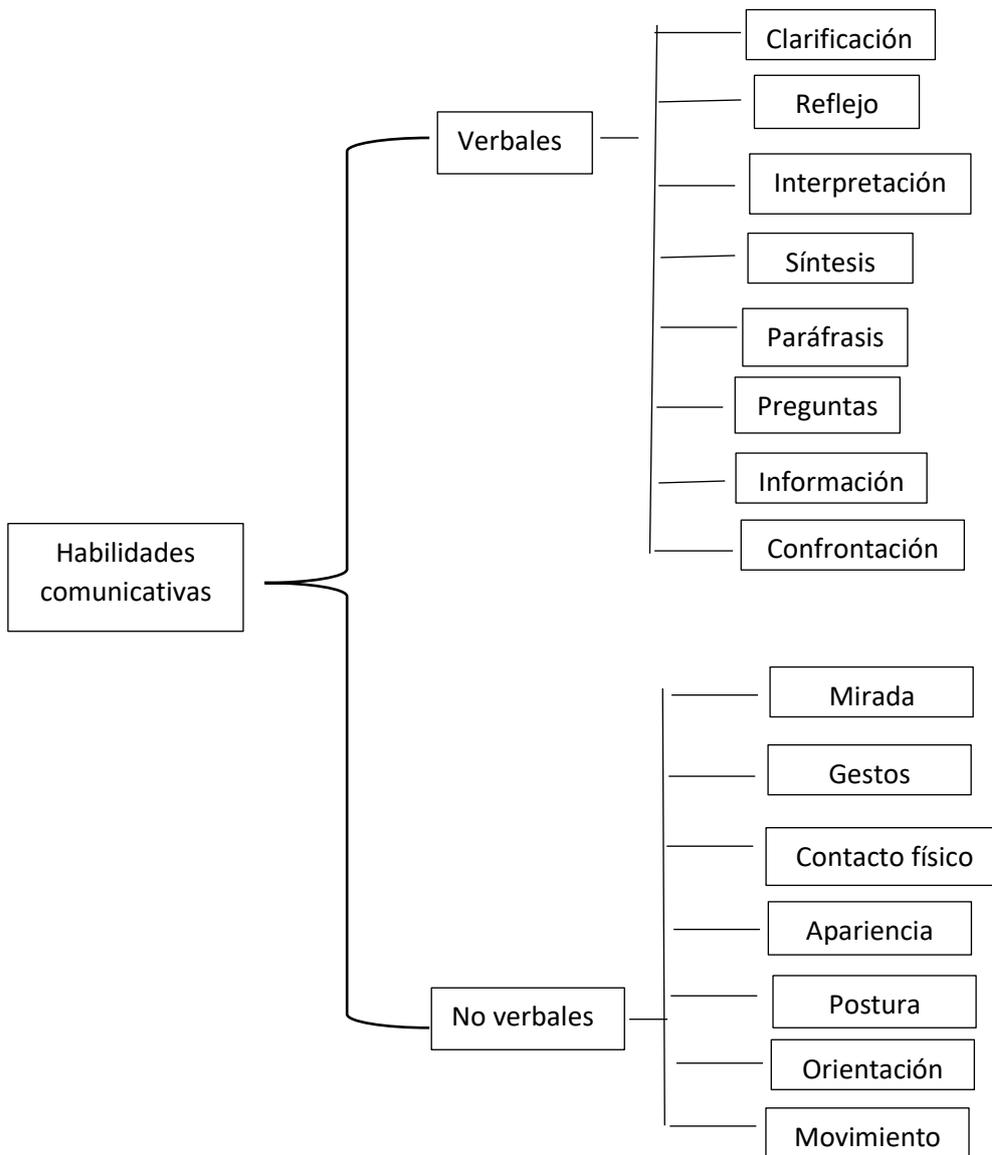


Figura 1: Habilidades comunicativas del logopeda

2.2. DIFICULTADES PRESENTES EN LA TERAPIA LOGOPÉDICA

Parece evidente que la labor esencial del terapeuta, en todo momento, es cuidar del paciente y ello se consigue mediante el establecimiento de una buena comunicación con él (Cardona y García, 2010). Es más, según Cibanal *et al.* (2010),

trabajar la comunicación es una forma de evitar muchas de las dificultades que surgen y aparecen en terapia.

No obstante, se ha de tener claro que para que una labor terapéutica sea efectiva no todo es cuestión de comunicación y buen desempeño técnico por parte del terapeuta. En general, existen muchas condiciones que impiden el buen trabajo del logopeda. A continuación, se realiza un barrido de ciertos pensamientos, conductas y emociones que pueden perjudicar el desarrollo de una adecuada práctica logopédica.

Siguiendo a Bados y García (2011), las dificultades que aparecen en la terapia se pueden clasificar según su origen: problemas por parte del terapeuta o por parte del paciente. Aunque existen múltiples factores relativos al paciente, como su personalidad, sus circunstancias sociales, económicas, etc. que condicionan el funcionamiento de la terapia, nos centraremos en aquellos relacionados con el terapeuta por ser el núcleo central de este trabajo.

Así, es probable que los terapeutas tengan que enfrentarse a una serie de problemas que perjudiquen su práctica terapéutica; a saber, un afán de superación con el propósito de entenderse mejor a sí mismos y superar los propios problemas; no tener en cuenta los intereses o preferencias del paciente; incumplir la independencia de los pacientes por un exceso de poder; no mantener una actitud de escucha activa ante las necesidades ni practicar una comprensión empática, etc. (Bados y García, 2011).

Por su parte, Froján (2006) señala otras dificultades en terapia que vienen propiciadas por los terapeutas, como son, por ejemplo: no plantear soluciones ante un problema a resolver, etiquetando a un paciente como difícil; sufrir emociones y actitudes muy extremas, sin disponer de la suficiente capacidad para manejarlas o controlarlas; identificarse con los problemas que presenta el paciente; mostrar inseguridad ante sus propios conocimientos y la práctica logopédica, etc.

Es decir, en resumen, se podría entender que en todas las circunstancias anteriores al logopeda le surgen experiencias o eventos personales que inhiben o condicionan su capacidad como terapeuta.

2.2.1. LOS EVENTOS PRIVADOS DEL TERAPEUTA: IMPACTO DEL PNR EN LA PRÁCTICA LOGOPÉDICA

Las emociones, así como los pensamientos y las conductas son componentes básicos del comportamiento humano, siendo esenciales tanto en el bienestar como en el inadecuado funcionamiento de la persona. En concreto, frente a las conductas, las cogniciones y sensaciones son eventos que normalmente solo pueden ser percibidos por la persona que los experimenta y, sin embargo, resultan fundamentales en cualquier tipo de interacción, pues permiten la comprensión y buen funcionamiento de las mismas.

Respecto a estos eventos privados, es muy común observar ciertas dudas e inseguridades en la interacción logopédica y, específicamente, en la práctica de los logopedas noveles respecto a su propia actuación. La falta de experiencia puede conllevar miedos, preocupación, sentimientos de ansiedad, indecisión, etc., lo cual puede repercutir de forma negativa en el tratamiento efectuado. En algunas ocasiones, estos eventos negativos no se presentan una sola vez, sino que se repiten reiteradamente en la mente del terapeuta, dificultando su labor y, por tanto, el alcance de las metas deseadas.

En este sentido, Ehrling y Watkins (2008) definen, por ejemplo, el Pensamiento Negativo Repetitivo (PNR) como “pensamientos incontrolados, excesivos y repetitivos acerca de preocupaciones actuales, problemas, experiencias pasadas o preocupaciones acerca del futuro” (p. 7). Y señalan dos factores como determinantes de que dichos pensamientos se transformen en disfuncionales: la persona los asocia a poca productividad, y además son nulos para centrar la mente en otra tarea. Este tipo de pensamientos parecen acompañar también a los problemas emocionales y, en concreto, son comunes en trastornos como la depresión o la ansiedad (Ehrling *et al.*, 2011).

Igualmente, Mahoney, McEvoy y Moulds (2012) señalan que el PNR influye, en gran medida, en la causa y persistencia de algunos trastornos emocionales, constituyendo un elemento transdiagnóstico de relevancia. Es decir, se entiende que

este PNR está en la base de múltiples problemas diagnósticos, así como de comportamientos que pueden dar lugar a un funcionamiento inadecuado.

En el campo de los terapeutas noveles, Dereix-Calonge, Ruiz, Cardona-Betancourt y Flórez (2020) han señalado la importante repercusión del PNR en el desempeño y ajuste psicológico de los practicantes de terapia psicológica. En esta misma línea, Horna-Martínez (2019) realizó un estudio cuyo objetivo fue la creación de un instrumento para evaluar la presencia de este tipo de pensamientos en logopedas noveles y de ahí poder comprobar su repercusión.

2.2.2. EL PNR COMO ESTRATEGIA DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL

El PNR, como se ha señalado previamente, conforma una de las estrategias más rígidas y presentes en las problemáticas psicológicas (Mahoney, McEvoy y Moluds, 2012). En concreto, la preocupación y la rumia son las formas más habituales de PNR, existiendo una diferencia clave entre ellas, es más factible encontrar la primera en los trastornos de ansiedad y la segunda en los trastornos de estado de ánimo, fundamentalmente en la depresión (Watkins, 2008).

Siguiendo a Martin y Tesser (1996), la rumia constituye un tipo de pensamiento reiterativo que tiene lugar cuando las metas o intereses propuestos por la persona no han sido alcanzados. Por su parte, la preocupación es un modo de pensamiento relacionado con aquellas metas o intereses que originan ciertas inseguridades en la persona, o bien parecen producir resultados desfavorables en el futuro (Berenbaum, 2010).

Estos procesos descritos constituyen, igualmente, las primeras reacciones de repercusión psicológica que normalmente aparecen en la mente del terapeuta, observándose también una diferencia entre ambas; la rumiación se orienta más hacia el pasado, y la preocupación hacia el futuro (Ehring y Watkins, 2008).

En relación con dichos procesos, una de las cuestiones estudiadas hasta el momento sobre estos PNRs ha sido la relación que existe entre los disparadores del PNR, es decir, qué origina los mismos, y cómo se organizan estas formas de pensamiento. Parece contemplarse que gran mayoría de personas organizan sus propios pensamientos disparadores de PNR de un modo jerárquico (Gil-Luciano,

Calderón, Tovar y Ruiz, 2019). De tal manera que, según estos autores, los disparadores de PNR configuran el lado opuesto a la configuración de los valores en nuestro pensamiento, es decir, las metas e intereses de la persona. Por ejemplo, el pensamiento “nada me sale bien” o “soy un incompetente” sería un disparador que proporciona cierto carácter negativo a otros pensamientos que pueden aparecer y que repercutirían en acciones opuestas a acciones valiosas de la persona.

Se ha estudiado también cómo este PNR está vinculado a la Evitación Experiencial (EA), proceso subyacente al comportamiento psicopatológico. Así, como mencionan Luciano y Hayes (2001), la EA se define como “una clase funcional de comportamientos dirigidos a evitar o escapar de las experiencias privadas incómodas, incluso a costa de comportarse en contra de los propios valores y objetivos” (p. 4). Estos comportamientos de EA aparecen bajo múltiples formas como la eliminación del pensamiento, la distracción, el consumo de sustancias, el aislamiento de las personas, o bien la preocupación y el rumor. Tras su aparición se entorpece el trayecto de la persona hacia las metas que desea, principalmente cuando esta EA es inflexible y se encuentra generalizada entre contextos (Wilson y Luciano, 2002).

Los tipos de PNR (rumia y preocupación), por tanto, constituyen una de las formas más estudiadas de EA. Ambos conforman estrategias de resolución de problemas relacionadas con el no cumplimiento de objetivos y valores de la persona, pero producidos con el objetivo de hallar soluciones para situaciones futuras, buscando explicaciones a lo que ocurre. Autores como Ruiz, Riaño-Hernández, Suárez-Falcón y Luciano (2016) han sugerido que:

El PNR es una estrategia de evitación experiencial especialmente contraproducente porque: a) suele ser la primera reacción a las experiencias privadas desagradables, b) tiende a prologar el afecto negativo y c) la repetición de este ciclo genera un repertorio inflexible que impide una vida valiosa, aumenta el sufrimiento y reduce la eficacia del comportamiento. (p.5)

2.2.3. MANEJO DEL PNR EN EL ÁMBITO TERAPÉUTICO

Comúnmente, los terapeutas encargados del cuidado y bienestar de aquellas personas que padecen cualquier tipo de dificultad suelen sufrir estados de estrés

antes, durante y/o después de realizar terapia. Fácilmente esto conlleva un incremento de PNRs, agotamiento emocional y ansiedad. Frente a esta situación, es primordial que el terapeuta detecte los pensamientos negativos, los asuma y finalmente los acepte, pues forman parte de la vida. Si, por el contrario, la persona se propone hacerlos desaparecer, posiblemente esto le ocasione más dificultades y, con ello, aumente su sufrimiento.

Hayes (2004) destaca, en esta línea, un conjunto de terapias denominadas “contextuales” agrupadas bajo el enfoque cognitivo-conductual, muy comúnmente empleado en la actualidad para tratar los trastornos psicológicos. Mantiene que todo ser humano experimenta en algún momento de su vida emociones o cogniciones que le pueden incomodar y resultar desagradables, y señala el papel de, las *terapias de tercera generación* o “terapias contextuales” como una de las posibles herramientas para mejorar la regulación que el ser humano posee de estos eventos. Desde este enfoque se entiende el comportamiento humano de una forma global, primando la comprensión del mismo por su función contextual y resaltando el papel de la respuesta de la persona a dichos eventos como esencial en su gestión (Luciano y Valdivia, 2006).

Este enfoque representa un salto significativo respecto a otros enfoques, dado que frente al resto de posturas se orienta no solo a la evitación o disminución de la sintomatología sino a que las personas aprendan a convivir y sean capaces de aceptar los eventos incómodos o molestos que experimentan. Algunas de las terapias que se incluyen en este grupo son, a saber, la Terapia Dialéctica de Linehan (1993), la Terapia Integral de Pareja de Jacobson, Christensen, Prince, Córdova y Eldridge (2000), la Terapia basada en la Toma de Conciencia de Segal, Williams y Teasdale (2002), y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) de Hayes, Strosahl y Wilson (1999), entre otras.

En este sentido, desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Luciano, Ruiz, Gil-Luciano y Ruiz-Sánchez (2016) señalan que el terapeuta no debe preocuparse de forma excesiva ni reaccionar exageradamente a sus emociones o cogniciones, porque de ser así puede perder el verdadero fin de la terapia y dejar en un segundo

plano sus logros terapéuticos, obviando las necesidades reales del paciente. De este modo, lo primero que debe realizar el terapeuta será identificar estos pensamientos que emergen durante la terapia y finalmente determinar si de alguna manera están influyendo en su práctica terapéutica. En base a ello, se promoverá que el terapeuta aprenda a aceptar estos pensamientos sin que se produzca una repercusión a nivel terapéutico.

Siguiendo otras terapias de esta tercera generación, Araya-Véliz y Porter (2017) o Germer, Siegel y Fulton (2005) destacan la práctica de mindfulness como una herramienta que proporciona cierta tolerancia y permite que el terapeuta se relacione con la experiencia presente, aun cuando esta sea desagradable o angustiada. Así, durante este proceso, el PNR pierde su capacidad para incomodar porque la persona aprende a identificarlo, considerarlo y aceptarlo, de modo que no se deja llevar deliberadamente por el impulso que pueda surgir de él.

En resumen, todo lo comentado hasta ahora nos hace reflexionar sobre lo útil que puede ser disponer de instrumentos que puedan detectar la presencia de estos PNRs y determinar el grado de interferencia en la actividad del terapeuta, así como conocer estrategias que impidan dicha interferencia. Por supuesto, sin prescindir de la riqueza que la propia experiencia de los profesionales implicados pueda aportar, principalmente, en cuanto a su capacidad de detección de PNR, la valoración de su interferencia y su capacidad de manejo de los mismos.

2.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL PNR

Previamente a realizar una buena intervención, debemos llevar a cabo una evaluación para valorar aquellos aspectos a tratar. De esta forma, resulta esencial aprender a identificar y evaluar los PNRs presentes en la práctica logopédica para comprobar su repercusión y las posibles estrategias a adoptar. Si el logopeda es capaz de reconocer estos pensamientos podrá percatarse de la influencia que tienen en su práctica y podrá buscar la mejor manera de responder a ellos para seguir adelante con su tarea, prestando toda la atención a su trabajo y a las necesidades particulares de sus pacientes.

➤ **REPETITIVE NEGATIVE THINKING QUESTIONNAIRE (RNTQ)**

Para evaluar las dos formas más habituales de PNR se ha diseñado el Cuestionario de Pensamientos Negativos Repetitivos por McEvoy, Mahoney y Moluds (2010). El objetivo del instrumento es medir el pensamiento en forma de rumia, preocupación, así como de procesamiento posterior a ciertos acontecimientos. Este instrumento consta de 31 ítems que evalúan este tipo de pensamientos y ha mostrado valores adecuados de fiabilidad y validez. Una versión abreviada de 10 ítems (McEvoy et al., 2010) ha mostrado propiedades psicométricas similares.

➤ **PERSEVERATIVE THINKING QUESTIONNAIRE (PTQ)**

El *Perseverative Thinking Questionnaire* (PTQ-15; Ehring et al., 2011) es una medida de autoinforme elaborada para medir el Pensamiento Negativo Repetitivo (PNR) de cualquier persona adulta al afrontar situaciones. Consta de 15 ítems con una escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta que van desde 0 (nunca) hasta 4 (casi siempre), pudiéndose explorar tres factores a través de este instrumento de evaluación: características principales del PNR, improductividad del mismo y capacidad mental captada por el PNR. A diferencia de otros cuestionarios, el PTQ es un instrumento de evaluación independiente del contenido del PNR que ha demostrado tener una excelente fiabilidad y validez. Existe una versión validada de este instrumento en castellano (Dereix-Calonge, Ruiz, Suárez-Falcón y Flórez, 2019).

Además, este cuestionario ha sido también adaptado para población infantil: *Perseverative Thinking Questionnaire Children* (PTQ-C; Bijttebier, Raes, Vasey, Bastin y Ehring, 2015), ya que se considera que la preocupación y la rumiación son procesos muy frecuentes en niños y adolescentes.

También encontramos otra adaptación muy interesante para practicantes de psicología clínica, el *Perseverative Thinking Questionnaire for Clinical Psychology Trainees* (PTQ-CPT; Dereix-Calonge, Ruiz, Suárez-Falcón, et al., 2019), de manera que se evalúa el PNR de forma específica en aprendices de terapia psicológica a través de 9 ítems, con el fin de contemplar cómo les afectan las preocupaciones relacionadas concretamente con su práctica profesional.

➤ **PERSEVERATIVE THINKING QUESTIONNAIRE FOR SPEECH THERAPY TRAINESSES (PTQ-STT)**

Especial mención merece el PTQ-STT, adaptación realizada por Horna-Martínez (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. Este cuestionario posee igualmente 9 ítems y ha mostrado buenas propiedades psicométricas.

3. OBJETIVOS

El objetivo general de este Trabajo Fin de Grado es analizar el Pensamiento Negativo Repetitivo (PNR) presente en la práctica terapéutica de los logopedas noveles.

En concreto, específicamente, los objetivos que se pretenden alcanzar con la realización de este trabajo son:

1. Mostrar la relevancia de este fenómeno dentro del campo de la práctica logopédica.
2. Detectar la presencia de diferentes manifestaciones de PNR en la práctica logopédica de los terapeutas noveles.
3. Analizar las repercusiones que conllevan las respuestas a estos PNRs en la práctica logopédica.
4. Contemplar posibles mecanismos de afrontamiento que poseen los logopedas noveles ante la presencia de PNR.
5. Observar posibles relaciones entre la presencia de PNR en el ámbito terapéutico y el contexto extra-terapéutico.

4. MÉTODO: PROCESO DE INVESTIGACIÓN

4.1. METODOLOGÍA

Esta investigación se ha abordado desde una perspectiva **cualitativa** con la finalidad de profundizar en la comprensión del tema central de estudio, los PNRs y su presencia en la práctica logopédica de terapeutas noveles. En concreto, se ha utilizado la metodología del Estudio de Caso (Stake, 2005; Stake, 2010). Mediante esta metodología, según Latorre, del Rincón y Arnal (2003), se trata fundamentalmente de dar importancia a la experiencia vivida de los participantes como base principal de conocimiento, estudiando los fenómenos desde la perspectiva de los mismos y teniendo en cuenta su marco referencial. El tipo de Estudio de Caso empleado ha sido el dirigido por la teoría o generado por la teoría, según la clasificación de Simons (2009), procurando tener cierta guía en la recogida de información, siguiendo la literatura científica al respecto, pero contemplando al mismo tiempo la información que surge de los propios datos.

Las principales razones que empujaron a utilizar esta metodología fueron las siguientes: por una parte, este método cualitativo conforma un instrumento eficaz para describir de forma pormenorizada un acontecimiento (Denzin y Lincoln, 2005) y, por otra parte, el verdadero objetivo de un caso es presentar la realidad concreta del mismo, y no el de representar al mundo (Stake, 2005). En suma, podemos contemplar mediante este Estudio de Caso cómo es esa realidad en ese contexto específico, sin generalizar al resto de situaciones, pero permitiéndonos saber más acerca del acontecimiento de nuestro interés.

4.1.1. TENSIÓN/PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo pretende indagar acerca de los siguientes aspectos relativos a la práctica terapéutica del logopeda novel:

- ¿Cómo repercute la presencia de PNRs en la práctica logopédica de los terapeutas logopedas noveles?
- ¿Existen conexiones entre los PNRs que posee el terapeuta novel en el contexto terapéutico y extra-terapéutico?

Teniendo en cuenta los issues* descritos, explicitamos el aserto de investigación que deberá ser contrastado en base a los resultados que obtengamos en el proceso. De esta manera se define el siguiente aserto:

Aserto: consideramos que los PNRs influyen en la práctica logopédica, dificultando el buen desarrollo de la misma. Las estrategias adoptadas por los logopedas noveles determinan el grado de repercusión. Las respuestas a los PNRs se relacionan con las respuestas en el ámbito extra-terapéutico. La toma de conciencia de la posible repercusión conlleva la adopción de mejores estrategias ante PNRs.

4.1.2. CONTEXTO

Este estudio se llevó a cabo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid. Los participantes del mismo son logopedas noveles, es decir, profesionales con su formación finalizada o prácticamente finalizada, pero con escasa experiencia profesional. Es decir, todos ellos poseen experiencia, o han realizado prácticas curriculares, en diversas clínicas, gabinetes y/o asociaciones que requerían su labor como logopedas. Concretamente, en el estudio han participado 5 profesionales con el Grado de Logopedia finalizado recientemente o que se encontraban en ese momento realizando las prácticas curriculares del último año de carrera.

4.2. PARTICIPANTES

La muestra de participantes para realizar el estudio estuvo constituida por cinco logopedas noveles. Tres de ellas pertenecientes al último curso del Grado de Logopedia de la Universidad de Valladolid y otras dos recientemente graduadas en la misma Universidad.

Las participantes fueron contactadas a través de correo electrónico para participar voluntariamente en el estudio, indicándose además que su participación sería totalmente anónima. Tras acceder a participar, todas ellas rellenaron el consentimiento informado (véase anexo I) y permitieron la grabación de las entrevistas realizadas.

ⁱ La palabra Issue traducida al español en el libro “the art of Case Study Research” aparece reflejada como tema. Entendemos que esta traducción quizás puede llevar a equivocación puesto que un Issue es más parecido a una situación problemática. Los Issues, de esta manera, no son simples y claros, sino que tienen una intrincada relación con contextos sociales, históricos, políticos y sobre todo personales.

4.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Las principales preguntas de investigación a las que intentaremos dar respuesta con el presente estudio se indican a continuación:

- ¿Qué tipo de PNRs se experimentan cuando se realiza la labor terapéutica? ¿Alguno de ellos sucede con mayor frecuencia? ¿Cómo se suele responder ante ellos? ¿Qué repercusión se contempla en el desempeño terapéutico?
- ¿Existen PNRs en el día a día extra-terapéutico? ¿Cómo repercuten en su funcionamiento? ¿Se contempla alguna relación entre la presencia de PNRs en la práctica logopédica y aquellos presentes en el contexto extra-terapéutico?

4.4. ESTRUCTURA CONCEPTUAL DEL CASO DE ESTUDIO

A continuación, se definen las declaraciones temáticas que se han explorado en las manifestaciones de cinco logopedas noveles que participaron en nuestro Estudio de Caso. Estas declaraciones temáticas se han agrupado en tres apartados generales, los cuales a su vez engloban diversas subcategorías y posibles relaciones entre ellas (véase anexo II).

4.4.1. DECLARACIONES TEMÁTICAS

En concreto, se han propuesto las declaraciones temáticas que conceptualizan la estructura de nuestro caso con el fin de describir y analizar los resultados obtenidos. Estas declaraciones nos han permitido entender mejor el Estudio de Caso, así como los componentes que lo integran. Para llevar a cabo esta labor, se ha realizado un proceso consistente en la reducción anticipada de datos (Miles y Huberman, 1994).

A. PENSAMIENTOS O EMOCIONES INCÓMODAS EN EL CONTEXTO EXTRATERAPÉUTICO.

Con esta declaración temática se pretende analizar la existencia de pensamientos o emociones de tipo desagradable que surgen en los distintos ámbitos

de la vida de las participantes. Específicamente, en aquellos ámbitos ajenos al contexto terapéutico.

B. PENSAMIENTOS/EXPERIENCIAS QUE APARECEN EN EL ÁMBITO TERAPÉUTICO.

El principal objetivo que se pretende alcanzar al explorar esta categoría es analizar las experiencias incómodas de las entrevistadas cuando realizan su labor terapéutica, centrándonos especialmente en la existencia de PNRs y en las diferentes manifestaciones a las que da lugar en la práctica logopédica, así como su repercusión en el desempeño terapéutico.

C. RELACIONES CONTEMPLADAS POR LA TERAPEUTA ENTRE SUS EXPERIENCIAS INCÓMODAS EXTRA E INTRATERAPÉUTICAS.

Por último, mediante el análisis de esta declaración temática se intentan observar las posibles relaciones entre la presencia de experiencias incómodas, concretamente PNRs en el ámbito terapéutico y el contexto extra-terapéutico, analizando si se contempla alguna relación y cómo son las reacciones de las entrevistadas ante las mismas, dentro y fuera de terapia.

4.5. TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS

La técnica empleada para la recogida de datos ha sido la entrevista semiestructurada como herramienta de estudio.

4.5.1. LA ENTREVISTA

Como menciona Flick (2011), la entrevista constituye una de las principales técnicas de recogida de datos en investigación cualitativa, siendo especialmente relevante para estudiar la realidad social. Se trata de una herramienta de carácter intersubjetivo cuya labor es favorecer y garantizar un intercambio de ideas, puntos de

vista y opiniones en un encuentro interpersonal llevado a cabo entre dos o más personas acerca de un tema o tópico de interés mutuo (Johnson y Christensen, 2014).

4.5.2. ¿CÓMO SE HA CONSTRUIDO DICHO INSTRUMENTO?

Siguiendo a McMillan y Schumacher (2011), empleamos la entrevista guiada o semiestructurada donde las preguntas son elaboradas previamente pero no constan de una estructura rígida ni cerrada. Dentro de este tipo de entrevistas hemos utilizado una modalidad, la “entrevista fenomenológica”, cuyo objetivo es estudiar el significado y experiencia vivida por los participantes seleccionados.

Para la elaboración de la entrevista, nos hemos centrado en los conocimientos derivados de estudios previos en el campo de las Terapia Contextuales (Ehring y Watkins, 2008; Ruiz et al., 2016). Los problemas de investigación (tensión) han sido finalmente el núcleo de trabajo central en torno al que se han desarrollado las diferentes cuestiones que componen la entrevista final (véase anexo III).

4.5.3. PROCEDIMIENTO SEGUIDO EN LA RECOGIDA DE DATOS

Siguiendo a Kvale (2011), a la hora de desarrollar la entrevista hemos atendido a su dimensión temporal y a las siguientes fases:

Planificación: abarcando dos procesos:

- I. Selección de los informantes y la entrevistadora.
- II. Establecimiento del escenario de entrevista: la guía de entrevista

Es decir, se ha tratado de delimitar en esta primera fase la información que se quería recoger, cómo obtenerla y cómo registrarla.

Desarrollo: Se ha iniciado esta segunda fase mediante un primer contacto con las personas entrevistadas, una vez obtenido su consentimiento para participar, grabar sus respuestas y hacer uso del material con fines científicos. A fin de crear un clima cálido y apropiado se les ha facilitado toda la información sobre el objetivo de la investigación. Se les ha informado también sobre el anonimato de sus respuestas y la importancia de su colaboración en el proyecto. Las entrevistas se han realizado en una única sesión y de forma presencial.

Transcripción: Tras la realización de las entrevistas, se ha procedido a transcribir el contenido adquirido con el fin de lograr una vista generalizada y expresar cualquier información entre líneas de las respuestas proporcionadas por las entrevistadas.

El nivel de transcripción adoptado ha sido el “literal”, procurando que el material fuese una copia exacta de las palabras usadas por la entrevistadora y las entrevistadas (tercera fase).

4.6. ANÁLISIS DE DATOS

Desde una perspectiva cualitativa de la investigación, el análisis de los datos es un proceso de interpretación, asignación de significados y categorización de la información que hacemos cuando investigamos. De manera que este proceso de análisis se inicia a la vez que el proceso de recogida de información.

En este estudio se ha realizado concretamente un **análisis de contenido** que, siguiendo a Bardin (1986), consiste en una técnica extremadamente diversificada basada en la deducción o interpretación. Específicamente, se ha procedido con un análisis de contenido cualitativo, cuyo objetivo ha sido captar las categorías analíticas presentes en la información recogida.

El análisis de contenido temático interpretativo, ha sido realizado siguiendo el siguiente procedimiento: a) lectura atenta de todas las transcripciones, b) identificación de los temas relevantes, c) fragmentación del texto en unidades de significado, d) codificación de los textos con una estrategia mixta a través de categorías emergentes y predefinidas, e) análisis de los puntos de acuerdo y desacuerdo y f) triangulación de los resultados. El proceso de análisis se desarrolló por parte de tres investigadoras independientes. Posteriormente, se discutió y se consensuaron los resultados obtenidos.

Este proceso de *member check* ha sido llevado a cabo con el objetivo de asegurar la credibilidad de los hallazgos encontrados.

5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Aludimos a las declaraciones temáticas que describen la estructura conceptual del Estudio de caso definidas previamente con el fin de describir los resultados aquí presentes. Como se recordará, en concreto, se ha realizado un proceso consistente en la reducción anticipada de datos (Miles y Huberman, 1994). Una exposición más detallada de las categorías de análisis y extractos puede verse en los anexos (véase anexo IV).

Declaración temática A: PENSAMIENTOS O EMOCIONES INCÓMODAS EN EL CONTEXTO EXTRATERAPÉUTICO

Pensamientos negativos o sensaciones desagradables que aparecen en la vida en general del terapeuta: por lo general, todas las participantes manifiestan haber tenido pensamientos de este tipo en algún momento de su vida en diferentes ámbitos.

Participante 1. ¿Que están presentes? Pues sí, tanto las cosas buenas como malas están presentes. Pero... o sea, sí que alguna vez se me han cruzado por la cabeza pensamientos negativos y tal... O sea, no suelo tener pensamientos negativos en otros ámbitos que no sean terapia... Quizás de manera esporádica algún día que me ocurra algo. Pero eso, de manera esporádica, porque haya ocurrido algo y a lo mejor me venga un pensamiento negativo.

Participante 2. ¿En otras situaciones de mi vida? Sí, sí. O sea, yo creo que sí. Sí que se presentan, pero se presentan desde otro punto de vista.

Participante 3. En otras situaciones diferentes a la terapia también me aparecen.

Y, algunas de ellas, han sufrido sensaciones desagradables como consecuencia de la aparición de estas experiencias, algunas de ellas PNRs.

Participante 2. Eso me agobia bastante. El estrés de la carga trabajo me genera sensación de agobio.

Participante 3. Ansiedad.

Motivos/factores que condicionan esas experiencias y su repercusión fuera de terapia: de forma directa o indirecta, las experiencias de las participantes parecen estar condicionadas por diferentes factores que contribuyen, en cierta medida, a que dichas experiencias repercutan en su entorno.

Participante 1. Ya sea con mi pareja, o con mis padres, algún problema, no sé, todo el mundo tiene problemas con... A ver, problemas entre comillas... pero alguna discusión, alguna tontería... o incluso con mis amigas... o sea, al final con las personas con las que te mueves es con las que a lo mejor tienes...

Participante 4. Yo creo que está más relacionado con mi personalidad, "me puedo estresar y vivirlo estresada y ya está"

Participante 5. Siempre hay alguien que... como mi pareja, mi madre, pues que... te calma. De que tienes a alguien que te calma, como que no me llevo a desesperar y a estar en depresión o estar deprimida, no llevo a ese límite.

Reacción ante experiencias desagradables/incómodas: se observa que algunas de las participantes tienden a obviarlas, de manera que cuando aparecen en su cabeza no les dan mayor importancia y tienden a alcanzar sus metas finales.

Participante 1. Sentimientos que me incomoden... Bueno, pues por lo general la verdad es que intento evitarlos. No dejo que, por así decirlo, se apoderen de mí. O sea, no dejo tampoco que me impidan hacer otras cosas o que me impidan lograr hacia donde quiero llegar porque aparezcan en mi cabeza. Pues intento... Aparecen, los reflexiono, digo "bueno, pues ya está", tal y cual, y como que intento tenerlos un poco ahí... hacia a un lado.

Participante 4. No me afectan, no me rayo. Si yo me estreso pues me estreso, pero al final por estresarme no voy a dejar de hacer lo que quiero. Me puedo estresar y vivirlo estresada yo, y ya está.

Participante 5. A ver. Es que depende, porque... o sea, puedes estar muy mal, y decir "y encima es que no tengo sitio de prácticas", y estar peor. O puedes decir... "estoy muy mal", y que se te pase por la cabeza que no tienes sitio de prácticas, pero digas "ostras, no, no, no. Estoy mal, pero voy a dejar eso" ... eso ya lo solucionaré mañana. Hoy vamos a centrarnos en que no me sé esta hoja y me la voy a aprender". Depende también de cómo lo afrontes.

Sin embargo, en otros casos, se observa cómo la aparición de dichas experiencias, especialmente pensamientos, obstaculizan y limitan, ya sea parcial o totalmente, la trayectoria de los sujetos.

Participante 2. Cuando me relaciono socialmente, lo hago peor de lo que debería, y no salgo con... o no hablo con nadie. Pago cosas con personas que no tienen la culpa.

Participante 3. Dejo de hacer muchas cosas por miedo a... a no saber. Por ejemplo, buscar algún trabajo (que ya me da igual), pienso que no voy a saber. Pues que no lo intento, vamos. Bueno... pues que igual no hablo todo lo que tendría que hablar. O sea, que, siempre cuando explico, intento acabar cuanto antes. Digo "ojalá me entiendan para no tener que volver a hablar". Eso, por ejemplo.

Creencias acerca de las experiencias incómodas en general: parece ser que las participantes consideran el fenómeno del PNR algo “normal” que la gran mayoría de personas experimentan a lo largo de su vida.

Participante 1. Creo que... creo que son sentimientos que todo el mundo, en algún momento de su vida, experimenta con mayor o menos intensidad y no te llevan hacia ningún lado.

Repercusión de experiencias incómodas: casi todas las participantes manifiestan acuerdo respecto a que sí existe repercusión tras la aparición de experiencias incómodas, en mayor o menor grado, y en los distintos contextos de su entorno.

Participante 1. Sí. Lo paso mal, o sea, me agobio. Pues ellos también (familiares)... sufren a su manera.

Participante 2. Sin duda repercute, claro. Me repercute a nivel de relación social. Mi humor es diferente y suelo estar más irascible, con peor humor o... no me apetece relacionarme.

Participante 3. Hombre claro, cómo no van a repercutir. A la hora de confiar en mí misma, supongo. O a la hora de intentar hacer algo nuevo, o intentar conocer a alguien nuevo.

Participante 5. Me hacen estar de más mala leche.

No obstante, este fenómeno no repercute a todas por igual.

Participante 4. Pero no, al final no... no me afectan. O sea, a veces pienso “ojalá no me rayara” en esas situaciones específicas, ¿no?

Declaración temática B: PENSAMIENTOS/EXPERIENCIAS QUE APARECEN EN EL ÁMBITO TERAPÉUTICO

Experiencias incómodas que aparecen durante la práctica logopédica: en general, se percibe en todas las participantes la existencia de miedos o inseguridades durante la práctica logopédica. Estos se pueden manifestar de diversas formas, pero en todos los casos, originan dificultades en el desempeño de la labor terapéutica.

Participante 2. Me agobia el hecho de saber que puedo... dañarle entre comillas, es decir, que puedo hacerle daño con algo que yo haga. Hacerlo mal, inseguridad de lo que estás haciendo. Pues... el decir pues “¿estaré haciendo esto bien?” o... “¿lo lo estaré haciendo...?”, “¿estaré empleando lo que tengo que emplear?” y “¿lo estaré haciendo bien o lo estaré haciendo mal? No piensas sólo en la terapia que estás haciendo, o en la técnica que estás empleando, sino en la repercusión que tiene en esa persona.

Participante 3. No voy a saber llevar el control de todos, que igual uno me salta con una cosa, otro, y no sé... adónde ir. Pues igual que... no sé explicarme, que no... que me trabo, digo “ay que no me sale lo que quiero decir”.

Participante 5. De agobio, de decir “madre mía, ¿qué hago ahora cuando acabe yo la carrera?”. Me sentí como “madre mía, qué pinto yo aquí”. He pensado que no tengo ni idea de nada, en plan, de decir “no tengo...”, “tengo que estudiar como una loca porque no sé nada”. Eso sí que lo he pensado. Que digo: “madre mía, que me gradúo en menos de un año, y no tengo ni idea de nada”.

Otro de los aspectos que comparten todas las entrevistadas trata acerca del tipo de sensaciones y sentimientos que experimentan cuando se enfrentan a la práctica logopédica con pacientes de todas las edades.

Participante 1. Estás nerviosa al principio.

Participante 2. Miedo a hacer daño.

Participante 5. También los nervios, que te ciegan mucho, pero... Te sientes tonta.

Entre este tipo de experiencias incómodas o desagradables también se encuentran participantes que afirman haber experimentado sensaciones o pensamientos agradables en terapia.

Participante 1. Al punto en el que he llegado hoy, sé suficientemente y sé perfectamente que gustar, lo que es gustar, me gusta. O sea, me gusta lo que elegí, me gusta logopedia... y me encanta. Pues me doy cuenta de que... que eso, que hice bien en elegirlo, en plan, estoy satisfecha.

Participante 5. Ahí estoy tranquila, no es... O sea, eso de sentimiento de agobio me pasó más en clase, en las prácticas no.

Con respecto a la frecuencia de PNR, las participantes muestran signos de no ser muy frecuentes durante las prácticas logopédicas observándose pequeñas disimilitudes entre ellas.

Participante 1. ¿Y qué me venga en plan con más frecuencia? No, la verdad es que eso... lo único que se me ha pasado es eso, que alguna vez me quede como bloqueada y no sepa seguir con la consulta, pero bueno, tampoco es que se me venga de manera continua, en plan, no. Alguna vez puede que esto pase, pero ya veré cómo lo soluciono. Pero no es un... un pensamiento que esté ahí pum-pum-pum-pum, no. Al empezar, porque está claro que cuando empiezas es cuando más te pueden aparecer, luego ya creo que no, o te aparecerán con menos frecuencia.

Participante 3. No me pasa tanto individualmente [frente a sesiones grupales]

Participante 4. Pensamientos incómodos no.

Respuestas ante esas experiencias incómodas /en las que se prevén pensamientos o emociones incómodas en terapia: se aprecia una leve diferencia entre “respuestas generales ante experiencias incómodas” y “respuestas específicas ante PNR en terapia”. De este modo, las respuestas generales que suelen tener las participantes de este estudio ante experiencias incómodas ocasionadas en terapia pueden implicar, o no, la presencia de factores externos (terceras personas) que les ayuden a hacer frente esos pensamientos cuando surgen en terapia.

Participante 1. Cuando me llegue la situación pues... lo afrontaré de la mejor manera posible. Supongo que como todas las cosas que me han pasado hasta ahora, pues bueno, al final intentaría hablar con más logopedas, con más profesionales, buscaría información. Pedir ayuda para intentar solventar el problema. En el mismo momento en que me aparecía se lo comentaba a la logopeda, “oye, mira, tal, estoy pensando que, si ocurriese esto, ¿qué tendría que hacer? O, ¿a ti te ha ocurrido alguna vez?”. Entonces, pues ella me decía, bueno, pues me daba un poco su punto de vista y decía... “pues, es verdad”.

Participante 4. Pues pregunto y contrasto con otro profesional u otra persona “oye mira estoy haciendo esto, dame tu punto de vista”, pues ahí ya tengo el feedback, y... y ya está.

Mientras que las respuestas específicas que ofrecen las participantes cuando aparecen PNRs en terapia dependen únicamente de ellas, es decir, son los tipos de mecanismos de afrontamiento que adoptan cada una de ellas para combatir esos pensamientos en el momento en el que aparecen.

Participante 1. Cuando aparecen pues... yo intento continuar. O sea, siempre intento continuar porque, al fin y al cabo, estás delante de una persona. En ese momento pues lo interiorizo y digo “bueno, pues en caso de que viniese, ya veré lo que hago, tal...”, “seguro que encuentre solución”.

Participante 2. Y tengo que parar, sentarme, pensar, organizar mi... pensamiento y después continuar.

Participante 4. En ese momento pues nada, o rechazo el pensamiento o lo dejo ahí apartado. O sí que digo “joe, algo tengo que cambiar”.

Participante 5. De decir “voy a llegar a casa y no me voy a echar a dormir esa siesta que quería, sino que me voy a poner a ver el temario de primero” porque... y poco a poco. Pero bueno. Que... luego se pasa. Una vez que ya sales de las prácticas, te vas a tomar un café o algo, ya como que se olvida. También hay una tabla que estudiamos en primero, muy básica, de los trastornos y... esa la empiezo a repasar de arriba abajo cuando me pasa eso. Luego te paras a pensarlo, y como que ya sí que lo entiendes, que no siempre es así. O si no, cojo el móvil, agarro por debajo de la mesa, y lo busco en Google, también, que es otra opción. Si no lo sé, lo tengo que mirar, no puedo dejarlo pasar.

Motivos/factores que condicionan esas experiencias: la mayoría de las participantes comentaron que, debido al mayor peso de labor observacional que desempeñaban durante la realización de las prácticas y, en definitiva, a su falta de experiencia, tenían dificultades en identificar qué harían o cómo actuarían realmente si tuviesen que enfrentarse a este tipo de pensamientos estando solas con el paciente.

Participante 1. Ahora estoy de prácticas, pero si llega el momento en el que tengo que ser yo la logopeda, y tengo que ser yo la que interviene...

Participante 2. Por falta de experiencia. Yo puedo estar insegura en otro aspecto de mi vida, pero no tengo tanto miedo a hacer las cosas mal [como en terapia]. En otro ámbito de mi vida se me puede presentar inseguridad. Mis actos o lo que yo haga, al final van a tener una repercusión directa sobre mí, pero no sobre otra persona... depende de la situación.

Participante 5. ¿A la hora de estar allí? Porque... sí que es verdad que todavía no he... lo que es tener un paciente yo sola y haber trabajado con él. He estado más, pues echando una mano, pero... no... O sea, viendo. Con la logopeda, que es la que se encarga de intervenir. Entonces, a la hora de hacer eso, pues no sé.

No obstante, una de ellas matiza una situación particular y con ello señala que existen diversos factores extrínsecos que pueden condicionar cómo ella actúa de una u otra forma en terapia.

Participante 3. Porque no me impone... No me imponen todos lo mismo. En sesiones individuales no pienso "es porque soy yo". No me lo tomo como algo personal, digo "pues está cansado" [frente a grupales].

Repercusión de estos pensamientos a la hora de desempeñar y afrontar la labor en terapia: tres de las participantes están de acuerdo en que este tipo de PNR influye negativamente, en mayor o menor grado, en el desempeño de la labor terapéutica, observándose un cambio en la actitud que manifiestan en terapia. Aun así, indican que estos pensamientos no llegan a afectar ni repercutir de manera significativa a la labor que realizan con el paciente, intentando que no interfieran en los resultados finales.

Participante 1. Al principio pues creo que me influirían. Entonces creo que sí que influye, porque... que tengas ese tipo de pensamientos influye negativamente en la terapia. Y diría "madre mía, tal". Pero bueno, me influirían hasta el punto de agobiarme. No hasta el punto de renunciar al trabajo que tengo, o decir "mira, no sigo aquí porque he visto que esto es imposible". No sé cómo me repercutiría... quizás a lo mejor ese día estaría más nerviosa, más inquieta, no sabría lo que hacer. Pero en cuanto lo soluciono, yo... vamos, el pensamiento negativo se olvida y ya está.

Participante 2. Puf... Repercute negativamente. Yo creo que influye negativamente. Depende. Si tengo unas nociones básicas para poder seguir, sigo. Y... a medida que voy desarrollando la técnica, puedo variar o modificar lo que voy haciendo. Como esté muy insegura, y no sepa realmente por dónde coger el caso, me cuesta seguir.

Participante 3. Negativamente... ¡cómo va a ser positivo! O sea, me influye más en mi estado de salud, no sé...

Dos de las cinco entrevistadas aseguran que la aparición de este tipo de pensamientos en terapia puede tener un efecto positivo en la realización y/o los resultados de la misma, considerándolos un fenómeno útil desde sus respectivos puntos de vista.

Participante 4. Me sirven para... o sea, si yo estoy insegura por algo que no sé, pues consulto. Entonces sí que son útiles para mí. Al final para mí es más importante desempeñar bien mi tarea, entonces no tiene repercusión ese pensamiento en... en mi desempeño, quiero decir, que no va a afectar al rendimiento ni a la... ni al tratamiento que yo esté haciendo.

Participante 5. Me influye a... Yo creo que, a mejor, porque al final no te da esa confianza que no... Yo creo que no hay que tener esa confianza de “yo sé todo”, “yo sé tratar”, ¿no? Como que siempre tener la cosa de que lo puedes hacer mejor o... También, tampoco hay que ir desconfiado, porque eso el paciente lo va a ver, pero... pero el no tener la certeza de que lo sabes todo, también está muy bien, yo creo.

Las participantes concluyeron que el motivo de la repercusión de estos pensamientos y sensaciones desagradables es la inseguridad y falta de confianza que muestran, en ocasiones, en terapia con el paciente. Manifiestan necesitar un nivel de control sobre su práctica y sus pensamientos para desempeñar correctamente su labor terapéutica y trabajar cómodamente.

Participante 2. Porque yo necesito tener una seguridad sobre lo que estoy haciendo, saber que estoy trabajando bien para que... yo confíe en mi trabajo y vea los efectos. Si yo... realizo una técnica, pero no estoy segura de si la estoy haciendo bien, de si es la técnica que tengo que emplear, de si es lo que ese paciente necesita... pues, lógicamente no la voy a hacer bien y no va a tener el efecto que busco. Yo creo que principalmente es la inseguridad.

Participante 3. Porque me pongo nerviosa, o sea, porque yo a mí misma no me digo “venga, va a ir bien”, no me sale. A mí me lo tiene que decir otra persona. Es que depende mucho de cómo reaccionen los grupos de sujetos. Si veo que me están entendiendo, que están haciendo la actividad, yo ya me... me calmo. Pero como vea que “oye, y esto, tal”, porque había veces que te empiezan a preguntar... Puf, y es un... claro, que a veces tenía que intervenir el otro logopeda. O sea, porque veían que no... pero no porque la habría enfocado yo mal, sino... igual, por... a la hora de explicarme.

Una participante también comentó que las emociones incómodas que ella experimenta en diversos ámbitos de la vida también aparecen en este contexto. Por

consiguiente, esas sensaciones no se relacionan específicamente con la experiencia vivida durante las prácticas logopédicas.

Participante 4. A no ser que... sí, lo que pasa es que los casos que yo he tenido tampoco considero que han sido excesivamente difíciles, para mí. Quiero decir que... igual si me topo con un caso que a mí me preocupa muchísimo pues... esos pensamientos se convertirían en algo que me entorpeciera, no lo sé. Sí, pero no relacionado con la terapia, es relacionada conmigo misma. O sea, yo pienso... A ver, es que esto es como muy personal, no sé si tiene que ver, pero yo pienso como que no tengo las habilidades sociales necesarias a veces, o, no sé, no me considero una persona socialmente habilidosa, y a veces sí que me gustaría, pues yo qué sé, ser más extrovertida o tener más facilidad para relacionarme, pero claro esto... no tiene que... o sea, no es con la terapia, es conmigo misma

Creencias acerca de los pensamientos experimentados y de las reacciones ante ellos: las participantes consideran que, ante la presencia de tales pensamientos, deben profundizar en ellos y reflexionarlos con el propósito de lograr los resultados propuestos. Siendo la prioridad de todas ellas continuar con la terapia y hacerlo de la mejor forma posible.

Participante 1. Pues bueno, yo creo que estos pensamientos a todo el mundo les vienen. Como conclusión, creo que a todo el mundo le aparecen en algún momento de su vida, tanto al que estudia logopedia, como al que estudia cualquier otra profesión. Todo el mundo cuando va a empezar a hacer algo y no tiene a lo mejor la suficiente práctica, pues le pueden aparecer, pero el caso es que... sepas un poco sobrellevarlos y afrontarlos y no te repercutan. Pero bueno, intentaría que me ocurriese en la primera o segunda consulta con ese paciente, a la cuarta o quinta pues intentaría que todo fluyese de otra manera.

Participante 2. No puedes decirla... no sé. Siempre es mejor, antes de equivocarte, parar. Pero en la medida de lo posible, intentas continuar. Porque, al fin y al cabo, estás haciendo una terapia.

Participante 4. Es que... yo... en ese momento creo que... o sea, mi prioridad es que la terapia salga adelante. Yo quiero hacer bien lo que tengo que hacer. Eso diría yo, que igual estoy equivocada y sí que afecta.

Declaración temática C: RELACIONES CONTEMPLADAS POR LA TERAPEUTA ENTRE SUS EXPERIENCIAS EXTRA E INTRATERAPÉUTICAS

Relación de experiencias incómodas (ej. PNR) de fuera de terapia con experiencias de ansiedad/estrés y PNRs que surgen en terapia: la mayoría de participantes señalaron que esas experiencias desagradables originadas en distintos ámbitos, pero fuera de terapia, no parecían tener relación con los PNRs que surgían

durante las prácticas logopédicas. Por ello, señalaron que la labor que ellas realizaban en terapia no parecía estar condicionada por los sentimientos o las sensaciones incómodas que sufrían en su día a día, pudiendo estar más afectados otros contextos de su vida que el terapéutico.

Participante 2. Yo creo que no. O sea... No tienen relación porque... es que para mí está separado. Entonces, yo puedo tener y puedo generar ansiedad en ese momento, pero no... Es que no creo que esté relacionada con la de mi vida, en general. Yo creo que los pensamientos que... puedo tener, de inseguridad, tanto en terapia, como académico, como en la vida general, al final, creo que tienen una solución.

Participante 4. No, no. O sea, yo no veo relación. Los pensamientos sobre la práctica logopédica... son útiles para mí, y estos pensamientos de los que he estado hablando de la ansiedad o de mí misma son más personales, entonces no, yo los veo como cosas separadas. O sea, yo no vivo con ansiedad... cuando tengo que desempeñar la tarea logopédica no lo vivo con ansiedad, ni esos pensamientos luego me hacen estar ansiosa... no, eso va separado. En otros contextos esos mismos pensamientos sobre mis habilidades sociales igual sí me dan ansiedad, pero justo en la práctica logopédica no.

En cambio, dos de las participantes comentaron que veían un vínculo de conexión entre ambos acontecimientos. Es decir, señalaron que sus estados de ánimo o bien, sus emociones, podían estar relacionados con la labor que desempeñaban durante las prácticas logopédicas.

Participante 1. Tienen relación. Esos pensamientos que te pueden venir... yo creo que sí que tienen. Cada paciente al final yo creo que te transmite algo, hay unos que te transmiten ternura, otros que... a lo mejor te transmiten... yo qué sé, como más incomodidad por su manera de ser y tal. Y yo creo que esos pensamientos de "madre mía, es que ya no sé qué hacer", que a lo mejor se pueden reiterar cuando lo estás tratando, pues sí que pueden conllevar a... a sentir, a eso, a que aparezca ansiedad o decir "madre mía, no sé qué hacer". Por ejemplo, con respecto a la sensación de tristeza, mi logopeda muchas veces me decía "estamos tratando, bueno, estamos rehabilitando o tratando de que mejore una persona que quizás tiene Parkinson o tiene Alzheimer, que son patologías que son crónicas, que sabes que, tarde o temprano, el deterioro es crónico y sabes que al final va a ser el final". O sentimientos de ansiedad, por ejemplo, también había un niño autista que... porque por más que trataban de... es que no hablaba nada.

Participante 5. Puf. A ver, en parte pueden tener relación. Yo creo que sí que tienen relación. Es algo que no tengo controlado, entonces es lo que a mí me hace estar así el no tenerlo controlado, que es lo que me pasa en las prácticas también cuando pienso "jolín, no sé esto" o "no lo tengo controlado".

6. CONCLUSIONES

El presente estudio es un análisis cualitativo de las experiencias incómodas y, específicamente, del Pensamiento Negativo Repetitivo (PNR), presente en la práctica terapéutica de logopedas noveles.

Esta investigación se centra en analizar posibles dificultades que aparecen en terapia, no solo en el campo de la Logopedia sino en múltiples disciplinas. De forma que, en general, los terapeutas noveles deben aprender a hacer frente a un conjunto de experiencias que pueden repercutir negativamente en su actuación terapéutica.

En concreto, en nuestro estudio nos hemos centrado en logopedas noveles, contemplando que es común que al logopeda le surjan experiencias o eventos incómodos que dificultan, en mayor o menor grado, la capacidad para desempeñar correctamente su labor como terapeutas.

En lo que respecta a estas experiencias incómodas, la mayoría de las participantes parecen haber experimentado alguna vez PNRs durante su práctica logopédica, aunque no resultan ser excesivamente frecuentes. Esto está en la línea de estudios como el de Dereix-Calonge, Ruiz, Cardona-Betancourt y Flórez (2020), donde también se contempla cómo practicantes de psicología clínica manifiestan la presencia de dichos pensamientos en su práctica terapéutica. Por tanto, parece que dichas experiencias no son exclusivamente propias del ámbito logopédico sino más bien del carácter novel de los terapeutas.

Además, el estudio actual ha mostrado que el PNR centrado en la práctica logopédica muestra una mayor repercusión al inicio de la realización de prácticas, siendo evidente la presencia también de otros síntomas, por ejemplo, nerviosismo. Esto es debido, según las participantes, a la falta de experiencia o inseguridad que señalan haber sentido respecto a su práctica logopédica.

También se observa que varias participantes poseen similares mecanismos de afrontamiento ante estas situaciones, que les permite continuar de forma exitosa con la terapia, siendo su principal objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En relación con la conexión de experiencias incómodas y PNRs fuera y dentro de sesión, varias participantes indicaron que las emociones y experiencias de ansiedad o estrés experimentadas en determinados momentos de su vida no parecen guardar relación alguna con las dificultades surgidas en terapia. No obstante, dos de las cinco participantes sí parecen contemplar cierta relación entre dichas experiencias, por ejemplo, manifestando experimentar una necesidad de “tener control” sobre lo que está sucediendo como elemento constante en ambos ámbitos.

En general, las conclusiones de este estudio no parecen diferir de la hipótesis de que el PNR centrado en la práctica logopédica pueda interferir en la práctica terapéutica. Algunas de las participantes manifiestan que el PNR puede dificultar una mejor labor por su parte y, por ello, disponen de estrategias, como dejar el pensamiento a un lado y centrarse en el desarrollo de la práctica logopédica, que limitan su repercusión. Otras participantes señalan también un efecto positivo de estos PNRs, llevándolas a tratar de resolver sus dudas y, por tanto, redundando en una mejor práctica futura.

6.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Merece la pena destacar algunas limitaciones del estudio actual. En primer lugar, la muestra de participantes se obtuvo de una sola Universidad y contexto específico, lo que por supuesto limita la posibilidad de generalizar los resultados aquí obtenidos. En segundo lugar, todos los datos se obtuvieron mediante un Estudio de Caso realizado con la entrevista como herramienta de recogida de información y, como se ha señalado, este tipo de estudio nos permite obtener una comprensión mayor del fenómeno, pero no generalizar acerca de los hallazgos de este Estudio de Caso. En este sentido, serían necesarios otros estudios empíricos mediante análisis mixtos o cuantitativos, con el fin de llegar a conclusiones más extrapolables. En tercer lugar, en el presente estudio no se evalúa la presencia de otros factores externos estresantes, por ejemplo, enfermedad, problemas familiares, carga de trabajo, etc., que también puedan estar condicionando la práctica clínica. En cuarto lugar, en esta investigación no se indaga en profundidad sobre los disparadores del PNR en la historia del

aprendizaje de los participantes, ya que se trata de un estudio de tipo descriptivo, siendo esto importante para limitar su repercusión.

No obstante, esta investigación sí ha permitido mostrar la relevancia de este fenómeno dentro del campo de la práctica logopédica, así como detectar la presencia de diferentes manifestaciones de PNR en terapeutas noveles y analizar las repercusiones que conllevan las respuestas a los mismos.

6.2. LÍNEAS DE TRABAJO FUTURO

Como ya hemos dicho con anterioridad, esta investigación va dirigida a analizar en profundidad la existencia de PNRs presentes en terapeutas logopedas noveles, aunque parece ser un fenómeno presente en múltiples disciplinas. En este sentido, podría ser igualmente relevante llevar a cabo estudios en esta línea con otras disciplinas en las que también pueda reflejarse el impacto sobre sus prácticas profesionales.

Igualmente, podrían ser realizados estudios que indaguen sobre formas de respuesta ante los PNRs surgidos en nuestro contexto terapéutico. Es decir, posibilitar la comprensión y conocimiento de las mejores herramientas ante estos eventos, facilitando con ello el mejor desempeño terapéutico por parte del profesional.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araya-Véliz, C., y Jalife, B. P. (2017). Habilidades del terapeuta y mindfulness. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(2), 232-240.
- Bados, A., y García Grau, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Barcelona.
- Bados, A., y García, E. (2014). *Resolución de problemas*. Universitat de Barcelona.
- Bardin, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid, Akal Universitaria.
- Berenbaum, H. (2010). An initiation–termination two-phase model of worrying. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 962-975.
- Bijttebier, P., Raes, F., Vasey, M. W., Bastin, M., y Ehring, T. W. (2015). Assessment of repetitive negative thinking in children: the perseverative thinking questionnaire–child version (PTQ-C). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(1), 164-170.
- Cardona, T.L., y García, C.M. (2010). La empatía, un sentimiento necesario en la relación enfermera paciente. *Desarrollo científico enfermero*, 18(3), 120-124
- Carrasco, M. (2002). La empatía en la terapia cognitivo-conductual. *Miscelánea Comillas: Revista De Ciencias Humanas Y Sociales*, 60(117), 435-4445.
- Cibanal, L., y Arce, M.C., y Carballal, B.M. (2010). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. España: Elsevier.
- Denzin, N. K. (2005). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. En INK Denzin y YS Lincoln. (Eds), *Handbook of qualitative research*. Sage Publications, Thousand Oaks.
- 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.

- Ehring, T., y Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192-205.
- 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.
- El Consejo General de Colegios de Logopedas. (2012). *Documento del Perfil Profesional del logopeda*. Recuperado el 15 de marzo de 2020, En website: https://www.coloan.org/downloads/perfil_profesional_logopeda.pdf
- Flick, U. (2011). *El diseño de la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Froján, M.J. (2006). *Tratando... depresión. Guía de actuación para el tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., y Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological assessment*, 23(3), 692-713.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., y Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford press.
- Gil-Luciano, B., Calderón, T., Tovar, D., Sebastián, B., y Ruiz, F. (2019). El impacto de la organización jerárquica de los disparadores de la rumia en la flexibilidad psicológica. *Agresión y conducta prosocial*, 83.
- 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*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., y Linehan, M. (Eds). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.

- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: Understanding and treating human suffering*. New York: Guilford.
- Horna-Martínez, M. (2019). *Estudio piloto sobre habilidades terapéuticas del logopeda novel mediante la adaptación de un cuestionario de pensamiento negativo repetitivo* [Documento no publicado]. Trabajo Fin de Grado. Universidad de Valladolid.
- Huberman, M., y Miles, M. B. (1994). *Qualitative data analysis*. Newbury Park. (CA): Sage Publications.
- Johnson, R.B. y Christensen, L. (2014). *Educational research: quantitative, qualitative and mixed approaches*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R. y Hoogduin, C.A.L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. A review of empirical studies. *Behavior Modification*, 24(2), 264-297.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Latorre, A., del Rincón, D. y Arnal, J. (2003). *Bases metodológicas e la investigación educativa*. Barcelona: Experiencia.
- León, A. F. Z. M. (2008). Habilidades terapéuticas en terapia de lenguaje. Relación terapeuta-paciente. *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, 28(1), 34-45.
- Luciano, C., y Hayes, S. C. (2001). Experiential avoidance disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(1), 109-157.
- Mahoney, A. E. J., McEvoy, P. M. y Moulds, M. L. (2012). Psychometric properties of the Repetitive Thinking Questionnaire in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(2), 359-367.
- Martín, L. L., y Tesser, A. (1996). *Some ruminative thoughts*. *Advances in Social Cognition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- McEvoy, P. M., Mahoney, A. E., y Moulds, M. L. (2010). Are worry, rumination, and post-event processing one and the same?: Development of the Repetitive Thinking Questionnaire. *Journal of anxiety disorders*, 24(5), 509-519.
- McMillan, J.H. y Schumacher, S. (2011). *Investigación Educativa. Una introducción conceptual*. Madrid: Pearson Educación.
- Plana, A. (2018). *Habilidades terapéuticas y comunicativas en la intervención logopédica: diseño de un programa de entrenamiento sobre comunicación no verbal* (tesis de pregrado). Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid.
- Rogers, B. (2002). *Teacher leadership and behaviour management*. Sage.
- Ruiz, F. J., Luciano, C., Flórez, C. L., Suárez-Falcón, J. C., y Cardona-Betancourt, V. (2020). A Multiple-Baseline Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy Focused on Repetitive Negative Thinking for Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Depression. *Frontiers in psychology*, 11, 356.
- Ruiz, F. J., Riaño-Hernández, D., Suárez-Falcón, J. C., y Luciano, C. (2016). Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: A randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 213-233.
- Ruiz, M. A., y Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Simons, H. (2009). *El estudio de caso: Teoría y práctica*. Madrid: Morata.
- Sobrino, S. V. (2012). *Desarrollo profesional del profesorado centrado en el uso de rutinas de diseño y puesta en marcha de actividades colaborativas con TIC en educación primaria* (Doctoral dissertation, Universidad de Valladolid).
- Soriano, M. C. L., y Salas, M. S. V. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Stake, R. E. (2005). *Qualitative case studies*. New York: Guilford Press.

Stake, R. E. (2010). *Qualitative research: Studying how things work*. New York: Guilford Press.

Watson, D. L., y Tharp, R. G. (1985). *Self-Directed Behaviour, Self-Modification for Personal Adjustment*. Wadsworth. Inc. California.

Wilson, K. G., y Luciano, C. (2002). *Acceptance and Commitment Therapy. A values-oriented behavioral treatment*. Madrid: Pirámide.

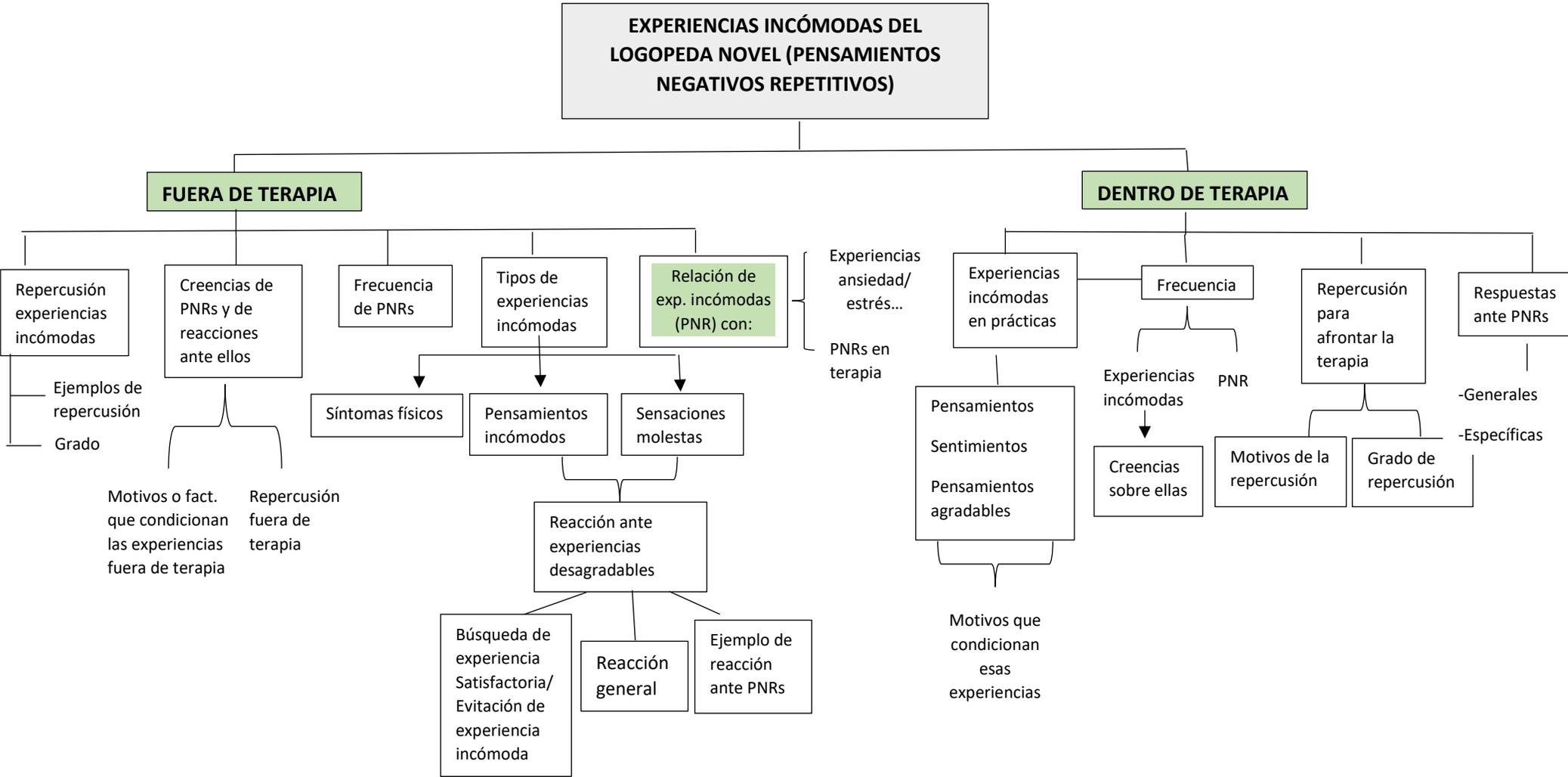
8. ANEXOS

ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, como participante del estudio llevado a cabo con logopedas noveles por la profesora Paula Odriozola González de la Universidad de Valladolid doy mi consentimiento para que sea grabada la entrevista realizada a continuación. Soy consciente de que mi participación en este estudio es totalmente voluntaria y que los datos obtenidos mediante ella serán utilizados con fines científicos, salvaguardándose siempre mi anonimato. Igualmente, aunque he sido informado de los objetivos del estudio, tengo el derecho de obtener más información acerca del mismo o los resultados obtenidos y podre dirigirme a la siguiente dirección de correo para ello: paula.odriozola.gonzalez@uva.es

Fdo.

ANEXO II. ESQUEMA DE CATEGORÍAS



ANEXO III. ENTREVISTA REALIZADA

GUIÓN DE ENTREVISTA PARA LAS PARTICIPANTES

1. PRESENTACIÓN

Lo primero, agradecemos tu colaboración al ofrecerte de manera voluntaria a participar en esta entrevista. Antes de comenzar, nos gustaría explicarte brevemente la finalidad de la misma. Esta entrevista será utilizada para realizar un estudio detallado sobre cómo afectan ciertas experiencias incómodas y, en concreto, los Pensamientos Negativos Repetitivos (PNRs) a terapeutas logopedas noveles.

El objetivo es recoger vuestra experiencia sobre la aparición de este tipo de pensamientos, sentimientos y/o emociones, tanto en vuestra vida en general como durante las prácticas logopédicas o experiencia profesional como terapeutas.

Estoy segura de que vuestras opiniones nos van a aportar una información muy valiosa. Se estima que la entrevista dure, aproximadamente, unos 30 minutos y lo más importante es que describas con total sinceridad cada una de las cuestiones que te van a ser formuladas.

Como en cualquier estudio que se realice, todas tus respuestas serán totalmente confidenciales y únicamente se emplearán con fines de investigación, preservando tu anonimato. A ser posible, nos gustaría grabar la entrevista para facilitar el posterior trabajo de analizar minuciosamente la información proporcionada y poder extraer el mayor número posible de detalles. ¿Estás de acuerdo? ¿Deseas hacer alguna pregunta o aclarar algo antes de comenzar?

2. CONTENIDO DE LA ENTREVISTA

- En general, en tu vida, ¿existen momentos en los que tienes pensamientos o sentimientos que te incomodan un poco, de tipo negativo, o que no te gustaría tener? ¿Tú crees que estos pensamientos o esas emociones tienen algún tipo de repercusión en tu vida?

- Centrándonos en tu actividad como terapeuta, en la práctica logopédica si es tu caso, agradeceríamos que nos indicases si consideras que estos pensamientos o experiencias incómodas que hemos comentado pueden verte en algún momento vital, ¿te ayudan a realizar mejor tu terapia o te influyen de alguna manera cuando se dan durante tu labor?
- Cuando han aparecido en terapia, en general, ¿qué sucede? ¿Qué es lo que tú haces en ese momento o qué es lo que tú te dices en ese instante?
- ¿Qué tipo de conclusiones puedes tú sacar respecto a la posible aparición, específicamente, de estos pensamientos (PNR) y la práctica logopédica? ¿Crees que estas experiencias podrían estar presentes en otras situaciones distintas a la terapia?
- ¿Tú crees que situaciones de ansiedad, tristeza o situaciones de estrés que aparecen algunas veces en tu vida, pueden, en general, tener algún tipo de relación con estos pensamientos o emociones incómodas de las que hemos estado hablando antes en la práctica logopédica?

ANEXO IV. RELACIÓN DE CATEGORÍAS Y EJEMPLOS DE EXTRACTOS

CATEGORÍAS	EXTRACTO
<p>PENSAMIENTOS O EMOCIONES INCÓMODAS EN EL CONTEXTO EXTRATERAPÉUTICO</p> <p>A) Tipos:</p> <p>a. 1. Síntomas físicos</p> <p>a. 2. Pensamientos</p> <p>a. 3. Sensaciones</p> <p>B) Frecuencia de PNR:</p>	<p>(P3) Sudor, el corazón así...</p> <hr/> <p>(P2) Respecto a mi trabajo, el no saber si voy a saber afrontarme, o sea, si voy a saber afrontarlo, lo que me pueda venir. A nivel académico también.</p> <p>(P3) No tener confianza, igual... Que pienso que no voy a saber hacer algo. Pienso que no voy a saber, aunque me enseñen.</p> <p>(P3) Lo identifico un poco con las exposiciones en clase, que pienso que lo he hecho mal, y luego ellas me dicen “no, si en realidad has hablado bien” y yo tengo la sensación de que lo he hecho fatal.</p> <hr/> <p>(P2) Eso me agobia bastante. El estrés de la carga de trabajo o así.</p> <p>(P2) Estrés. La sensación de agobio.</p> <p>(P3) Ansiedad.</p> <hr/> <p>(P1) ¿Que están presentes? Pues sí, tanto las cosas buenas como malas están presentes. Pero... o sea, si que alguna vez se me han cruzado por la cabeza pensamientos negativos y tal...No. La verdad es que no. O sea, no suelo tener pensamientos negativos en otros ámbitos que no sean terapia... Quizás de manera esporádica algún día que me ocurra algo. Pero eso, de manera esporádica, porque haya ocurrido algo y a lo mejor me venga un pensamiento negativo. Y ya te digo que no con manera frecuente.</p> <p>(P2) ¿En otras situaciones de mi vida? Sí, sí. O sea, yo creo que sí. Sí que se presentan, pero se presentan desde otro punto de vista.</p>

	<p>(P3) En otras situaciones diferentes a la terapia también me aparecen.</p> <p>(P4) Pues... en general no. O sea, hay épocas en las que sí que a lo mejor estoy más rayada o si me planteo la vida de otra forma... pero, de manera general, no. O sea, tengo pensamientos, a veces positivos, a veces negativos.</p> <p>(P4) ¿En otras situaciones? Pues... Lo de las habilidades sociales sí. Eso en casi todos los contextos. O sea, cuando estoy en clase con mi grupo... en general, los ambientes sociales, en todos me planteo que podría mejorar o cambiar y ser más habilidosa.</p> <p>(P5) Ese sentimiento me aparece ahí (ámbito laboral), o sea, muchas veces. [¿Por qué tengo yo que saber esto?]</p>
<p>MOTIVOS/FACTORES QUE CONDICIONAN ESAS EXPERIENCIAS Y SU REPERCUSIÓN FUERA DE TERAPIA</p>	<p>(P1) Ya sea con mi pareja, o con mis padres, algún problema, no sé, todo el mundo tiene problemas con... A ver, problemas entre comillas... pero alguna discusión, alguna tontería... o incluso con mis amigas... o sea, al final con las personas con las que te mueves es con las que a lo mejor tienes...</p> <p>(P4) Yo creo que está más relacionado con mi personalidad, "me puedo estresar y vivirlo estresada y ya está"</p> <p>(P5) Siempre hay alguien que... como mi pareja, mi madre, pues que... te calma. De que tienes a alguien que te calma, como que no me llevo a desesperar y a estar en depresión o estar deprimida, no llevo a ese límite.</p> <p>(P5) Pero en otras cosas no. Luego si me dedicara a ello, sí [Ámbito de experiencia profesional].</p>
<p>REACCIÓN ANTE EXPERIENCIAS DESAGRADABLES/INCÓMODAS</p> <p>A) Reacción general.</p> <p>B) Búsqueda de experiencia satisfactoria/evitación de experiencia incómoda.</p> <p>C) Ejemplos específicos de reacción ante emociones/pensamientos negativos.</p>	<p>(P1) Sentimientos que me incomoden... Bueno, pues por lo general la verdad es que intento evitarlos. No dejo que, por así decirlo, se apoderen de mí. O sea, no dejo tampoco que me impidan hacer otras cosas o que me impidan lograr hacia donde quiero llegar porque aparezcan en mi cabeza. Pues intento... Aparecen, los reflexiono, digo "bueno, pues ya está", tal y cual, y como que intento tenerlos un poco ahí... hacia a un lado.</p> <p>(P3) Dejo de hacer muchas cosas por miedo a... a no saber. Por ejemplo, buscar algún trabajo (que ya me da igual), pienso que no voy a saber.</p> <p>(P4) No me afectan, no me rayo.</p> <hr/> <p>(P5) O sea, a mí es que el orden, a mí me gusta que esté todo planificado, entonces, cuando no sé qué va a... Pero, en general, el tenerlo planificado todo es lo que más me gusta. Todo que esté ordenado.</p> <hr/> <p>(P2) Cuando me relaciono socialmente, lo hago peor de lo que debería, y no salgo con... o no hablo con nadie. Pago cosas con personas que no tienen la culpa.</p> <p>(P3) Pues que no lo intento, vamos. Bueno... pues que igual no hablo todo lo que tendría que hablar. O sea, que, siempre cuando explico, intento acabar cuanto antes. Digo "ojalá me entiendan para no tener que volver a hablar". Eso, por ejemplo.</p> <p>(P4) Si yo me estreso pues me estreso, pero al final por estresarme no voy a dejar de hacer lo que quiero. Me puedo estresar y vivirlo estresada yo, y ya está.</p>

	<p>(P5) Te viene gente preguntando cosas, que tú dices “es que no lo sé”, o sea, como diciendo... no sabes ni qué decirle. “Sí, espérate un segundo”, vas a preguntar. O... preguntas a alguien “pues no sé qué es eso” y... se lo dices al señor, “no sé a qué te refieres”. Y tú te quedas con cara de “pero madre mía, qué voy a...”. Ahí, como que me da un poco más igual, porque no considero que sea a lo que me voy a dedicar, pero... pero sí, o sea... de decir “jolín”. También me da como rabia, decir “¿por qué tengo yo que saber esto? Si tampoco me han pedido aquí un título de...”. Si me lo hubieran pedido, pues bueno, pero, que... Bueno, la gente. Es que hay muchos tipos de personas, y de verdad, esa gente... Al final lo que mejor te viene, para aprender y para no...</p> <p>(P5) A ver. Es que depende, porque... o sea, puedes estar muy mal, y decir “y encima es que no tengo sitio de prácticas”, y estar peor. O puedes decir... “estoy muy mal”, y que se te pase por la cabeza que no tienes sitio de prácticas, pero digas “ostras, no, no, no. Estoy mal, pero voy a dejar eso”.... eso ya lo solucionaré mañana. Hoy vamos a centrarnos en que no me sé esta hoja y me la voy a aprender”. Depende también de cómo lo afrontes.</p>
<p>CREENCIAS ACERCA DE LAS EXPERIENCIAS INCÓMODAS EN GENERAL</p>	<p>(P1) Porque... bueno, creo que pensar cosas negativas no te lleva hacia ningún lado.</p> <p>(P1) Creo que... creo que son sentimientos que todo el mundo, en algún momento de su vida, experimenta con mayor o menos intensidad.</p>
<p>REPERCUSIÓN DE EXPERIENCIAS INCÓMODAS</p> <p>A) Grado de repercusión de pensamientos o emociones</p> <p>B) Ejemplos de repercusión</p>	<p>(P1) Sí.</p> <p>(P2) Sin duda repercute, claro.</p> <p>(P3) Hombre claro, cómo no van a repercutir.</p> <p>(P4) Pero no, al final no... no me afectan.</p> <hr/> <p>(P1) Lo paso mal, o sea, me agobio. Pues ellos también (familiares)... sufren a su manera.</p> <p>(P2) Me repercute a nivel de relación social. Mi humor es diferente y suelo estar más irascible, con peor humor o... no me apetece relacionarme.</p> <p>(P2) A peor.</p> <p>(P3) A la hora de confiar en mí misma, supongo. O a la hora de intentar hacer algo nuevo, o intentar conocer a alguien nuevo.</p> <p>(P4) O sea, a veces pienso “ojalá no me rayara” en esas situaciones específicas, ¿no?</p> <p>(P5) Me hacen estar de más mala leche.</p>
<p>PENSAMIENTOS/EXPERIENCIAS QUE APARECEN EN EL ÁMBITO TERAPÉUTICO</p>	<p>(P1) No sabes si lo vas a hacer bien, si lo vas a hacer mal. Porque gustar.... hay cosas que me gustan más, y menos, pero bueno, supongo que como a todos.</p> <p>(P1) Si llega un caso que no sé afrontarlo o que no... bueno, pues pensamientos de “madre mía”, si alguna vez me bloqueo en el sentido de que no sé qué hacer, o me llega un caso que no he visto...</p>

<p>A) Tipos:</p> <p>a.1. Pensamientos.</p> <p>a.2.Sentimientos.</p> <p>a.3.Pensamientos/sensaciones agradables.</p> <p>B) Frecuencia de PNR:</p>	<p>(P2) Me agobia el hecho de saber que puedo... dañarle entre comillas, es decir, que puedo hacerle daño con algo que yo haga. Hacerlo mal, inseguridad de lo que estás haciendo. Pues... el decir pues “¿estaré haciendo esto bien?” o... “¿o lo estaré haciendo...?”, “¿estaré empleando lo que tengo que emplear?” y “¿lo estaré haciendo bien o lo estaré haciendo mal?”</p> <p>(P2) No piensas sólo en la terapia que estás haciendo, o en la técnica que estás empleando, sino en la repercusión que tiene en esa persona.</p> <p>(P3) No voy a saber llevar el control de todos, que igual uno me salta con una cosa, otro, y no sé... adónde ir. Pues igual que... no sé explicarme, que no... que me trabo, digo “ay que no me sale lo que quiero decir”.</p> <p>(P4) Negativos, pues hombre, si yo creo que he hecho algo y en mi cabeza está que no lo he hecho bien...</p> <p>(P4) Sí, si lo estoy haciendo bien, si me he planteado los objetivos adecuados... cosas así.</p> <p>(P5) De agobio, de decir “madre mía, ¿qué hago ahora cuando acabe yo la carrera?”. Me sentí como “madre mía, qué pinto yo aquí”. He pensado que no tengo ni idea de nada, en plan, de decir “no tengo...”, “tengo que estudiar como una loca porque no sé nada”. Eso sí que lo he pensado. Que digo: “madre mía, que me gradúo en menos de un año, y no tengo ni idea de nada”.</p> <hr/> <p>(P1) Estás nerviosa al principio.</p> <p>(P2) Miedo a hacer daño.</p> <p>(P3) Me ponía muy nerviosa, de los nervios. Puf, noto como que me estoy tirando por una montaña rusa. Pues eso, la sensación de... como que me caigo al vacío. Pues... son síntomas de ansiedad, si yo ya lo sé.</p> <p>(P5) También los nervios, que te ciegan mucho, pero... Te sientes tonta.</p> <hr/> <p>(P1) Al punto en el que he llegado hoy, sé suficientemente y sé perfectamente que gustar, lo que es gustar, me gusta. O sea, me gusta lo que elegí, me gusta logopedia... y me encanta. Pues me doy cuenta de que... que eso, que hice bien en elegirlo, está... en plan, estoy satisfecha. Y... eso, realmente creo que es lo que me gusta, entonces pues estoy contenta</p> <p>(P5) Ahí estoy tranquila, no es... O sea, eso de sentimiento de agobio me pasó más en clase, en las prácticas no.</p> <p>(P1) ¿Y qué me venga en plan con más frecuencia? No, la verdad es que eso... lo único que se me ha pasado es eso, que alguna vez me quede como bloqueada y no sepa seguir con la consulta, pero bueno, tampoco es que se me venga de manera continua, en plan, no. Alguna vez puede que esto pase, pero ya veré cómo lo soluciono. Pero no es un... un pensamiento que esté ahí pum-pum-pum-pum, no.</p> <p>(P1) Al empezar, porque está claro que cuando empiezas es cuando más te pueden aparecer, luego ya creo que no, o te aparecerán con menos frecuencia.</p> <p>(P3) No me pasa tanto individualmente [frente a sesiones grupales]</p> <p>(P4) Pensamientos incómodos no.</p>
<p>RESPUESTAS ANTE ESAS EXPERIENCIAS INCÓMODAS /EN LAS QUE SE PREVIÉN</p>	<p>(P1) Cuando me llegue la situación pues... lo afrontaré de la mejor manera posible. Supongo que como todas las cosas que me han pasado hasta ahora, pues bueno, al final intentaría hablar con más logopedas, con más profesionales, buscaría información. Pedir ayuda para intentar solventar el problema.</p>

<p>PENSAMIENTOS O EMOCIONES INCÓMODAS EN TERAPIA</p> <p>A) Respuestas generales ante experiencias incómodas.</p> <p>B) Respuestas específicas ante PNR en terapia.</p>	<p>(P1) En el mismo momento en que me aparecía se lo comentaba a ella, “oye, mira, tal, estoy pensando que, si ocurriese esto, ¿qué tendría que hacer? O, ¿a ti te ha ocurrido alguna vez?”. Entonces, pues ella me decía, bueno, pues me daba un poco su punto de vista y decía... “pues, es verdad”.</p> <p>(P4) Pues pregunto y contraste con otro profesional u otra persona “oye mira estoy haciendo esto, dame tu punto de vista”, pues ahí ya tengo el feedback, y... y ya está.</p> <p>(P5) A lo mejor, si me pasa con un paciente, intentaré cambiar de tema o intentaré darme un tiempo para poder resolver esa duda que tengo.</p> <hr/> <p>(P1) Cuando aparecen pues... yo intento continuar. O sea, siempre intento continuar porque, al fin y al cabo, estás delante de una persona. En ese momento pues lo interiorizo y digo “bueno, pues en caso de que viniese, ya veré lo que hago, tal...”, “seguro que encuentro solución”.</p> <p>(P2) Y tengo que parar, sentarme, pensar, organizar mi... pensamiento y después continuar.</p> <p>(P3) Igual no lo transmito.</p> <p>(P4) En ese momento pues nada, o rechazo el pensamiento o lo dejo ahí apartado. O sí que digo “joe, algo tengo que cambiar”.</p> <p>(P5) De decir “voy a llegar a casa y no me voy a echar a dormir esa siesta que quería, sino que me voy a poner a ver el temario de primero” porque... y poco a poco. Pero bueno. Que... luego se pasa. Una vez que ya sales de las prácticas, te vas a tomar un café o algo, ya como que se olvida. También hay una tabla que estudiamos en primero, muy básica, de los trastornos y... esa la empiezo a repasar de arriba abajo cuando me pasa eso. Luego te paras a pensarlo, y como que ya sí que lo entiendes, que no siempre es así. O si no, cojo el móvil, agarro por debajo de la mesa, y lo busco en Google, también, que es otra opción. Si no lo sé, lo tengo que mirar, no puedo dejarlo pasar.</p>
<p>MOTIVOS/FACTORES QUE CONDICIONAN ESAS EXPERIENCIAS</p>	<p>(P1) Ahora estoy de prácticas, pero si llega el momento en el que tengo que ser yo la logopeda, y tengo que ser yo la que interviene...</p> <p>(P2) Por falta de experiencia.</p> <p>(P2) Yo puedo estar insegura en otro aspecto de mi vida, pero no tengo tanto miedo a hacer las cosas mal [como en terapia]. En otro ámbito de mi vida se me puede presentar inseguridad. Mis actos o lo que yo haga, al final van a tener una repercusión directa sobre mí, pero no sobre otra persona... depende de la situación.</p> <p>(P3) Porque no me impone... No me imponen todos lo mismo. En sesiones individuales no pienso “es porque soy yo”. No me lo tomo como algo personal, digo “pues está cansado” [frente a grupales]</p> <p>(P5) ¿A la hora de estar allí? Porque... sí que es verdad que todavía no he... lo que es tener un paciente yo sola y haber trabajado con él. He estado más, pues echando una mano, pero... no... O sea, viendo. Con la logopeda, que es la que se encarga de intervenir. Entonces, a la hora de hacer eso, pues no sé.</p>
<p>REPERCUSIÓN DE ESTOS PENSAMIENTOS</p>	<p>(P1) Al principio pues creo que me influirían. Y bueno, pues... lo vería todo muy negro y tal.</p> <p>(P1) Yo creo que sí que influye, porque... que tengas ese tipo de pensamientos influye negativamente en la terapia.</p>

**A LA HORA DE DESEMPEÑAR Y
AFRONTAR LA LABOR EN TERAPIA**

A) Grado de repercusión.

B) Motivo de repercusión.

(P1) Y diría “madre mía, tal”. Pero bueno, me influirían hasta el punto de agobiarme. No hasta el punto de renunciar al trabajo que tengo, o decir “mira, no sigo aquí porque he visto que esto es imposible”

(P1) Me repercutiría... no lo sé, cómo me repercutiría... Quizás a lo mejor ese día estaría más nerviosa, más inquieta, no sabría lo que hacer.

(P1) En cuanto lo soluciono, yo... vamos, el pensamiento negativo se olvida y ya está.

(P2) Puf... Repercuta negativamente. Yo creo que influye negativamente.

(P2) Depende. Si tengo unas nociones básicas para poder seguir, sigo. Y... a medida que voy desarrollando la técnica, puedo variar o modificar lo que voy haciendo. Como esté muy insegura, y no sepa realmente por dónde coger el caso, me cuesta seguir.

(P3) Negativamente... ¡cómo va a ser positivo!

(P3) O sea, me influye más en mi estado de salud, no sé...

(P4) Me sirven para... o sea, si yo estoy insegura por algo que no sé, pues consulto. Entonces, sí que serían útiles.

(P4) Pues que al final para mí es más importante desempeñar bien mi tarea, entonces no tiene repercusión ese pensamiento en... en mi desempeño, quiero decir, que no va a afectar al rendimiento ni a la... ni al tratamiento que yo esté haciendo.

(P5) Me influye a... Yo creo que, a mejor, porque al final no te da esa confianza que no... Yo creo que no hay que tener esa confianza de “yo sé todo”, “yo sé tratar”, ¿no? Como que siempre tener la cosa de que lo puedes hacer mejor o... También, tampoco hay que ir desconfiado, porque eso el paciente lo va a ver, pero... pero el no tener la certeza de que lo sabes todo, también está muy bien, yo creo. Porque al final... No tan exagerado como me apareció a mí en ese momento, pero jolín, poco a poco, yo creo.

(P1) Depende de la manera que cada uno tenga de exteriorizar esos pensamientos. Habrá gente que le vengán, y los exteriorice de una manera, estando más seria o más lo que sea; y gente que no. En mi caso, por ejemplo, si me viniesen esos pensamientos, a la hora de... en la práctica, no sé cómo me... yo qué sé.

(P2) Porque yo necesito tener una seguridad sobre lo que estoy haciendo, saber que estoy trabajando bien para que... yo confíe en mi trabajo y vea los efectos. Si yo... realizo una técnica, pero no estoy segura de si la estoy haciendo bien, de si es la técnica que tengo que emplear, de si es lo que ese paciente necesita... pues, lógicamente no la voy a hacer bien y no va a tener el efecto que busco.

(P2) Yo creo...Es que, creo que principalmente es la inseguridad. Vamos... yo, cuando tengo que enfrentarme a un paciente, si estoy sola, es decir, si no tengo otra compañera o algo con la que poder comentar el tratamiento que yo estoy haciendo, sí. El saber si estoy haciendo lo que debo hacer para buscar el efecto que quiero, y si lo estoy haciendo bien.

(P2) Yo creo que cuando a mí se me presentan estos sentimientos o estas sensaciones, no trabajo bien. O sea, yo necesitaría tener un nivel de control sobre mi práctica y sobre mi... mi pensamiento para poder trabajar a gusto.

(P3) Porque me pongo nerviosa, o sea, porque yo a mí misma no me digo “venga, va a ir bien”, no me sale. A mí, a mí me lo tiene que decir otra persona.

(P3) Es que depende mucho de cómo reaccionen los grupos de sujetos. Si veo que me están entendiendo, que están haciendo la actividad, yo ya me... me calmo. Pero como vea que “oye, y esto, tal”, porque había veces, que claro, te empiezan a preguntar... Puf, y es un... claro, que a veces tenía que intervenir el otro logopeda, a ver, para decir, “esto se hace así, tal, tal, tal” ... O sea, porque veían que no... pero no porque la habría enfocado yo mal, sino... igual, por... a la hora de explicarme.

	<p>(P4) A no ser que... sí, lo que pasa es que los casos que yo he tenido tampoco considero que han sido excesivamente difíciles, para mí. Quiero decir que... igual si me topo con un caso que a mí me preocupa muchísimo pues... esos pensamientos se convertirían en algo que me entorpeciera, no lo sé. O sea, yo no lo descarto, igual sí, pero de momento no ha pasado.</p> <p>(P4) Sí, pero no relacionado con la terapia, es relacionada conmigo misma. O sea, yo pienso... A ver, es que esto es como muy personal, no sé si tiene que ver, pero yo pienso como que no tengo las habilidades sociales necesarias a veces, o, no sé, no me considero una persona_socialmente habilidosa, y a veces sí que me gustaría, pues yo qué sé, ser más extrovertida o tener más facilidad para relacionarme, pero claro esto... no tiene que... o sea, no es con la terapia, es conmigo misma. Bueno, al final siempre llego a la misma conclusión. Yo soy así, y ya está, quiero decir... Tampoco sabría cómo cambiar. Sí que sé que se pueden mejorar las habilidades sociales, pero... no sé, supongo que tampoco es tan importante para mí o tan... porque si no haría algo más.</p> <p>(P5) Estar ahí en la sesión escuchando, y tú en tu cabeza pensando “madre mía, tal” o de que la logopeda te ha dicho algo como... te está comentando algo y tú no la has entendido.</p>
<p>CREENCIAS ACERCA DE LOS PENSAMIENTOS EXPERIMENTADOS Y DE LAS REACCIONES ANTE ELLOS</p>	<p>(P1) Pues bueno, yo creo que estos pensamientos a todo el mundo les vienen, como conclusión, creo que a todo el mundo le aparecen en algún momento de su vida, tanto al que estudia logopedia, como al que estudia cualquier otra profesión. Todo el mundo cuando va a empezar a hacer algo y no tiene a lo mejor la suficiente práctica, pues le pueden aparecer, pero el caso es que... sepas un poco sobrellevarlos y afrontarlos y no te repercutan.</p> <p>(P1) Pero bueno, intentaría que me ocurriese en la primera o segunda consulta con ese paciente, a la cuarta o quinta pues intentaría que todo fluyese de otra manera.</p> <p>(P2) No puedes decirla... no sé. Siempre es mejor, antes de equivocarte, parar. Pero en la medida de lo posible, intentas continuar. Porque, al fin y al cabo, estás haciendo una terapia.</p> <p>(P4) Entonces como eso es menos importante, porque lo considero como algo personal, que tengo que vivir yo con ello o solucionarlo yo conmigo misma.</p> <p>(P4) Es que... yo... en ese momento creo que... o sea, mi prioridad es que la terapia salga adelante. Yo quiero hacer bien lo que tengo que hacer</p> <p>(P4) Eso diría yo, que igual estoy equivocada [no repercute en el tratamiento], ¿Sabes? Porque... No, bueno, que esa es mi impresión, pero que igual no me doy cuenta y sí que afecta.</p> <p>(P5) A ver, yo creo que tienen relación porque al final... como que no tienes que dar las cosas por hecho. No puedes decir “este niño tiene estos síntomas, tiene esto”, sino que a lo mejor hay algo más. No voy a dejar las cosas como están, sino que siempre voy a mirar a algo más.</p>

<p>RELACIONES CONTEMPLADAS POR LA TERAPEUTA ENTRE SUS EXPERIENCIAS EXTRA E INTRATERAPÉUTICAS</p> <p>A) Experiencias de ansiedad/estrés.</p> <p>B) Los PNRs que surgen en terapia.</p>	<p>(P1) Yo creo que sí que tienen... o sea, sí que tienen relación. Esos pensamientos que te pueden venir... yo creo que sí que tienen.</p> <p>(P1) Cada paciente al final yo creo que te transmite algo, hay unos que te transmiten ternura, otros que... a lo mejor te transmiten... yo qué sé, como más incomodidad por su manera de ser y tal. Y yo creo que esos pensamientos de “madre mía, es que ya no sé qué hacer”, que a lo mejor se pueden reiterar cuando lo estás tratando, pues sí que pueden conllevar a... a sentir, a eso, a que aparezca ansiedad o decir “madre mía, no sé qué hacer”, entonces yo creo que sí que tiene relación.</p> <p>(P1) Porque si tú por ejemplo estás tratando a un paciente, yo por ejemplo en las prácticas, estábamos tratando a pacientes que cuando se iban de consulta mi logopeda misma me decía “es que este paciente...”. Por ejemplo, con respecto a la sensación de tristeza, mi logopeda muchas veces me decía “estamos tratando, bueno, estamos rehabilitando o tratando de que mejore una persona que quizás tiene Parkinson o tiene Alzheimer, que son patologías que son crónicas, que sabes que, tarde o temprano, el deterioro es crónico y sabes que al final va a ser el final”. Entonces, a lo mejor las estás tratando y muchas veces mi logopeda me contaba como que le venían pensamientos de ese tipo y le hacían pues a lo mejor estar un poco más triste... o sea, por ejemplo, en este caso te digo tristeza. O por ejemplo veo a un niño, en caso de pacientes con estas patologías. O sentimientos de ansiedad, por ejemplo, también había un niño autista que... porque por más que trataban de... pues, es que no hablaba nada este niño... y bueno, tenía un grado de autismo la verdad es que bastante severo.</p> <p>(P2) Yo creo que no. O sea... No, porque... es que para mí está separado. Entonces, yo puedo tener y puedo generar ansiedad en ese momento, pero no... Es que no creo que esté relacionada con la de mi vida, en general.</p> <p>(P2) Yo creo que los pensamientos que... puedo tener, de inseguridad, tanto en terapia, como académico, como en la vida general, al final, creo que tienen una solución.</p> <p>(P3) Esos concretos no, no guardan relación.</p> <p>(P3) A mí ahora... no es que se me haya olvidado ya lo que he hecho en prácticas, pero... ahora no me afecta eso, me afecta el día a día o... lo que pase ahora últimamente, no lo que me ha pasado el año, el anterior curso.</p> <p>(P4) No. No, no. No. O sea, yo no veo relación.</p> <p>(P4) Los pensamientos sobre la práctica logopédica... son útiles para mí, y estos pensamientos de los que he estado hablando de la ansiedad o de mí misma son más personales, entonces no, yo los veo como cosas separadas. O sea, yo no vivo con ansiedad... cuando tengo que desempeñar la tarea logopédica no lo vivo con ansiedad, ni esos pensamientos luego me hacen estar ansiosa... no, eso va separado. En otros contextos esos mismos pensamientos sobre mis habilidades sociales igual sí me dan ansiedad, pero justo en la práctica logopédica no.</p> <p>(P5) Puf. A ver, en parte pueden tener relación. Yo creo que sí que tienen relación. Es algo que no tengo controlado, entonces es lo que a mí me hace estar así el no tenerlo controlado, que es lo que me pasa en las prácticas también cuando pienso “jolín, no sé esto” o “no lo tengo controlado”.</p>
--	--