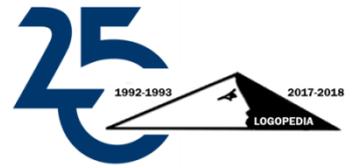




Universidad de Valladolid



HABILIDADES TERAPÉUTICAS Y COMUNICATIVAS EN LA INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA: DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO SOBRE COMUNICACIÓN NO VERBAL.

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE MEDICINA

GRADO EN LOGOPEDIA

2018

Alumna: Andrea Plana González

Tutora: Sonia Olivares Moral

ÍNDICE

1. Agradecimientos.....	3
2. Resumen y palabras clave.....	4
3. Introducción.....	5
4. Justificación teórica.....	6
5. Objetivos.....	16
6. Metodología.....	16
7. Talleres prácticos.....	19
8. Resultados y discusión.....	35
9. Limitaciones.....	37
10. Conclusiones.....	38
11. Futuras líneas de investigación.....	39
12. Bibliografía.....	40
13. Anexos.....	42
• Anexo 1. Actividades prácticas de los talleres.....	42
• Anexo 2. Consentimiento informado.....	51
• Anexo 3. Evaluación inicial.....	53
• Anexo 4. Rúbrica de evaluación específica para talleres.....	56
• Anexo 5. Evaluación final.....	58
• Anexo 6. Hoja de registro role-playing del taller 10.....	63

1. AGRADECIMIENTOS

Después de estos intensos meses de trabajo llegó el día. Ha sido un período de aprendizaje muy importante no solo a nivel profesional sino a nivel personal. Escribir este trabajo ha sido una experiencia que no se me olvidará nunca, y hay personas que han formado parte de ella, ayudándome y dándome apoyo, por eso quiero agradecer:

Primero de todo, me gustaría agradecer a mi tutora por su infinita paciencia y por haberse volcado tanto en la tutorización de mi trabajo.

Al tribunal presente que hoy me escuchará y evaluará mi trabajo.

A mi antigua profesora de inglés, Mercedes, por su ayuda con la traducción.

A mis padres por ser siempre mi apoyo incondicional y sin los que hoy no estaría donde estoy.

A mi pareja y mi hermana, por estar acompañándome en un día tan especial para mí.

2. RESUMEN

Para ser un buen logopeda no basta con tener conocimientos sobre el desarrollo y las patologías del lenguaje y la comunicación. También es necesario conocer y, sobre todo adquirir y poner en práctica, una serie de habilidades terapéuticas. Estas que nos ayudarán a ser mejores profesionales, así como otras habilidades comunicativas de las que disponer de cara a la relación terapéutica con nuestros pacientes.

En el siguiente trabajo se recogen las habilidades fundamentales que un logopeda ha de tener así como una propuesta de un programa de entrenamiento en habilidades comunicativas no verbales para estos profesionales, con el fin de mejorar la calidad de las intervenciones gracias a la formación en estas habilidades

Palabras clave: alianza terapéutica, habilidades terapéuticas, habilidades comunicativas, comunicación no verbal, logopeda, lenguaje y comunicación.

ABSTRACT

To be a good speech therapist, having knowledge about language and communication problems is not enough, we must also know and, especially, acquire and put into practice some therapeutical abilities that will help us be better professionals, as well as the communicative skills that we will use in the therapeutical relationship with our patients.

In the following essay the fundamental abilities that a speech therapist must have are shown, as well as a proposal of a training programme about body language speech for these professionals. All of this is done with the aim of improving the quality of the interventions thanks to the training on these skills.

Key words: therapeutic alliance, therapeutic skills, communicativeabilities, body language, speech therapist, language and communication.

3. INTRODUCCIÓN

Numerosas investigaciones (Bados y García, 2014; Fernández y de León, 2008; Rojí y Cabestrero, 2004) afirman que los trastornos de la comunicación y el lenguaje no solo afectan a este, sino que tienen muchas repercusiones en la vida de los pacientes a nivel social, personal, emocional, laboral y familiar. Pese a que el logopeda recibe una formación muy extensa sobre los diferentes trastornos que tratará en su futuro profesional de la comunicación, el lenguaje, el habla y otras funciones orales no verbales, se ha manifestado que, sin embargo, es notoria la escasez de conocimientos sobre las habilidades terapéuticas y comunicativas para intervenir adecuadamente sobre sus pacientes. Cada vez es más importante y urgente proporcionar a los diferentes profesionales, conocimientos y habilidades para establecer relaciones de ayuda eficaces a las personas con las que trabajan y con las que se relacionan habitualmente y, el logopeda, entra dentro de este tipo de profesionales (Goldstein, 2001; Okun, 2001; Rojí y Cabestrero, 2004).

Las habilidades terapéuticas permiten que el profesional adquiera todas las destrezas necesarias para establecer la relación interpersonal con el paciente en la cual busque la comprensión sobre el problema que este padece y la forma de manejarlo, adaptarse a la situación y saber cómo hacer frente a ello (Costa y López, 2003). Además, según Keijsers, Schaap y Hoogduin (2000) una relación positiva entre terapeuta y paciente es un predictor positivo de buenos resultados terapéuticos.

De esta manera, como profesionales de la comunicación que somos, la primera cuestión principal que nos atañe es dotarnos de unas buenas habilidades comunicativas para el desempeño de nuestra labor con los pacientes. Sobra decir que el aprendizaje de las habilidades terapéuticas en la intervención logopédica ayuda no solo al paciente sino también al propio profesional en toda su labor, ayudándole a manejar de forma eficiente y resolutiva todas las situaciones dadas en la intervención (Fernández y de León, 2008). Sin embargo, a pesar de que algunos ya dispongan de estas habilidades de una manera más innata, será necesaria una formación específica sobre estas que ayudarán entre otras cosas, a comprender mejor las reacciones de los pacientes, a disminuir el impacto del trastorno en cuestión, a dar consejo u orientarles de la mejor manera posible según el caso además de saber cómo mostrarnos y actuar ante ellos. Así, el terapeuta debe interesarse por ayudar a la persona y, por ende, a su familia, en cómo afrontar o adaptarse a esa dificultad de comunicación si el trastorno se va a prolongar y su alteración puede afectar a la comunicación de la vida diaria. En definitiva, tener orientación y apoyo de cómo hacer frente a la experiencia adversa

(Feltham y Dreyden, 2002). Sin embargo, los logopedas que no han recibido formación específica sobre estas habilidades, las irán desarrollando con su experiencia, aunque es obvio que siempre será más oportuna una formación explícita por parte de profesionales que conozcan el tema. También es importante tener en cuenta nuestras características personales como terapeutas, pues nos ayudarán a desarrollarlas en nuestro desempeño como logopedas, incluyendo técnicas de apoyo psicológico utilizadas de cara a nosotros mismos y más aún a nuestros pacientes (Rojí y Cabestrero, 2004).

Es pertinente aclarar en este punto del discurso que no se pretende favorecer el intrusismo, pues nunca intervendremos como psicólogos. Sin embargo, sí consideramos que es preciso saber cómo manejarnos en este tipo de situaciones que, en un gran porcentaje de casos, acompañan a estos trastornos. Evidentemente nuestra función no es tratar los problemas psicológicos pero, como buenos profesionales, sí deberíamos de disponer de conocimientos para saber cómo maniobrar y facilitar la intervención. De esta manera, el logopeda no solo será más efectivo sino que tendrá un mayor control sobre el tratamiento. El profesional debe conocer y trabajar aspectos esenciales sobre la práctica y el consejo terapéutico tal y como ocurre en otras profesiones que ejercen su función con personas que se encuentran en situación de conflicto. Y, en caso de no conseguirlo o de que claramente se precise de un apoyo psicológico, se aconsejará siempre al paciente que acuda a un psicólogo (Fernández y de León, 2008).

4. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Se expone a continuación la justificación teórica que sentará las bases para la posterior propuesta de talleres prácticos. Para ello, primero mostraremos lo que se entiende por habilidad terapéutica y sus tipos y, posteriormente, hablaremos sobre las habilidades comunicativas, incluidas en las anteriores.

1. Habilidades terapéuticas.

De forma introductoria, se entiende por habilidades terapéuticas el conjunto de destrezas que el profesional de la logopedia ha de adquirir para conseguir la mejor alianza terapéutica con los pacientes y, por consiguiente, un tratamiento exitoso de las patologías. A continuación, se exponen de manera breve las habilidades terapéuticas recogidas principalmente según los autores Bados y García (2014) y Fernández y de León (2008).

a. Empatía

Empatía significa ponerse en el lugar del otro, ser capaz de ver desde su punto de vista o entender por qué se comporta de tal manera. Implica no solo comprender los pensamientos y sentimientos expresados por el paciente, sino también captar las implicaciones emocionales, cognitivas y conductuales que aquellos tienen en su vida. Es lo que se ha definido como comprender el significado más allá de lo que el paciente expresa (Ruiz y Villalobos, 1994). J. Norcroos (2002) la incluye como uno de los elementos importantes en la relación terapéutica efectiva. La comunicación de la actitud empática al paciente se hace a través de diversos medios (Bados y García, 2011), además de tener en cuenta algunas pautas propuestas por Carkhuff (1969, citado en Goldstein y Myers, 1986) de cara al trabajo eficiente en la comunicación de la comprensión empática.

b. Autoconocimiento

Habilidad que nos permitirá mantener distancia con el paciente para no identificarnos en exceso con él, con el fin de que esto no interfiera en la intervención. El logopeda ha de tener cierto grado de autoconocimiento sobre sus sentimientos, emociones y sobre el grado de información que tiene, tanto en calidad como en cantidad, del trastorno que va a tratar para lograr una práctica profesional objetiva.

Weisinger (2002) defiende que la clave para gestionar a otros de manera efectiva es manejarse a uno mismo primero. Cuanto más conoces de ti mismo, más puedes relacionarte con los demás desde una posición de confianza, seguridad en uno mismo y fortaleza. Diferentes investigaciones han comprobado que el nivel de experiencia y entrenamiento en múltiples programas específicos se asocian a mejores resultados; no obstante, siempre prevalece sobre ello el nivel de habilidad terapéutica adquirido (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994).

c. Aceptación incondicional

El paciente ha de percibir siempre por parte del logopeda que se le acepta incondicionalmente sin juzgar sobre sus pensamientos y comportamientos. El terapeuta puede aceptar algunas conductas o sentimientos del paciente aunque no los apruebe, manteniéndose en una posición crítica pero evitando juicios. Autores como Cormier y Cormier, (1994) o Goldstein y Myers (1986) han identificado varios componentes en la aceptación incondicional: compromiso hacia el paciente, esfuerzo por comprender y actitud no valorativa. O más allá, Truax y Carkhuff (1967, citados en Goldstein y Myers, 1986) por ejemplo distinguen niveles de aceptación incondicional,

donde el más alto correspondería con una situación donde el terapeuta acepta al paciente tal y como es, sin imponer condiciones, mientras que en el nivel más bajo, evalúa las conductas del paciente, expresando disgusto, desaprobación o aprobación de un modo selectivo.

d. Asertividad

Para Alberti y Emmons (1978) la asertividad o conducta asertiva es “la conducta que permite a una persona actuar en base a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos a otros”. Desde el punto de vista de la asertividad como terapeutas tendremos que defender nuestros derechos como profesionales pero siempre respetando los derechos de nuestros pacientes.

e. Autenticidad y congruencia

Entendemos por autenticidad el hecho de que en la intervención siempre se ha de priorizar el respeto hacia el paciente, no falsear o forzar nuestra actitud pues que esto le transmitirá desconfianza. La situación terapéutica requiere saber qué decir o expresar, cómo y en qué momento.

Por congruencia, afirmamos que es esa capacidad de expresar al paciente aquellas ideas y opiniones de una forma clara y objetiva. Es mostrarse sincero, expresando lo mismo de manera verbal y no verbal, sin transmitir mensajes contrarios entre estas dos modalidades.

Las autorrevelaciones constituyen un concepto transcendental dentro de este aspecto, son según Bados y García (2014) el ofrecimiento controlado por parte del logopeda de la información sobre sí mismo así como las reacciones ante la situación terapéutica y que estas a su vez, producen autorrevelaciones del paciente aumentado su confianza. El logopeda debe llevarlas a cabo cuando considere que sean oportunas y beneficiosas, ofreciéndose más en intervención que evaluación. Como señala Beck et al. (1983), un buen terapeuta ha de conjugar la sinceridad con el tacto, la diplomacia y la oportunidad para no perjudicar al paciente o a la relación terapéutica.

f. Competencia y confianza

La competencia recoge todas las habilidades anteriores que un logopeda ha de tener para ayudar al paciente a resolver los problemas de manera eficiente. Se relaciona directamente con su personalidad pero sobre todo, con su experiencia profesional. Se puede valorar desde dos puntos de vista: uno, del logopeda hacia sí

mismo (cuán competente soy), y desde el paciente, acerca de la percepción de competencia apreciada del terapeuta. Estudios demuestran que las características y competencias personales del propio terapeuta tienen un efecto ocho veces mayor en el resultado de la terapia que la propia orientación teórica o técnica del tratamiento (Lambert, 1992).

La confianza según Bados y García (2014) es esa cualidad que el paciente tiene que ver desde el primer momento en el logopeda para poder confiar en él, sabiendo que le ayudará a superar su problema. Así es necesario que el logopeda haga un esfuerzo y deposite en sus pacientes la máxima confianza, pues como bien afirmamos, esta es la base para el éxito del tratamiento. Belloch y Fernández-Álvarez (2002) señalan que todos los obstáculos que se plantean en la relación terapéutica representan una alteración en la atribución recíproca de confianza entre los protagonistas del tratamiento.

2. Habilidades comunicativas

No podemos olvidar la importancia de las habilidades comunicativas, pues nos permiten demostrar y comunicar, nunca mejor dicho, las habilidades terapéuticas. Como ya dijimos, uno de los recursos imprescindibles en la relación de ayuda es la confianza mutua, que engloba a todas las demás habilidades terapéuticas y que se consigue por medio de las habilidades de comunicación que se describen (Costa y López, 2003; Goldstein, 2001; Rojí y Cabestrero, 2004).

Para ayudar a comprender su definición mostramos la siguiente clasificación:

a. Habilidades comunicativas verbales: la comunicación verbal existente entre logopeda y paciente es un aspecto clave en la terapia. Con relación al paciente, conviene estar atento a su patrón comunicativo. Por otra parte, es muy importante que el logopeda cuide su conducta comunicativa. De esta manera, algunas de las competencias verbales básicas del terapeuta se enumeran en la consiguiente tabla.

COMPETENCIAS VERBALES BÁSICAS DEL TERAPEUTA		
Clarificación	Síntesis	Interpretación
Paráfrasis	Preguntas	Información
Reflejo	Confrontación	

Tabla 1. Competencias verbales básicas del terapeuta. Elaboración propia.

b. Habilidades comunicativas no verbales: aunque a veces no se le dé la relevancia que merece, la comunicación no verbal tiene tanta importancia como la verbal. Desde

el cuidado de la expresión no verbal por parte del logopeda hasta el hecho de observar aspectos sobre la comunicación no verbal del paciente, es crucial para la intervención. Para la explicación de este tipo de habilidades seguiremos principalmente las aportaciones realizadas por Bados y García (2014). Estos autores defienden que la impresión causada por una persona, depende de sus comportamientos verbales y no verbales. Todos ellos considerados en conjunto y del contexto en que tiene lugar la comunicación y que se muestran en la siguiente tabla:

COMPORTAMIENTOS NO VERBALES		COMPORTAMIENTOS PARALINGÜÍSTICOS	
- Apariencia	- Postura	- Volumen	- Silencios
- Mirada	- Orientación	- Tono	- Velocidad
- Expresión facial	- Proximidad	- Entonación	- Pronunciación
- Gestos	- Contacto físico	- Fluidez	- Tiempo de habla
- Movimiento			

Tabla 2. Habilidades comunicativas no verbales. Elaboración propia.

A continuación, veremos de una manera más explícita los aspectos que recogen cada una de las habilidades comunicativas vistas anteriormente.

1. Comunicación verbal: se clasifican a su vez en habilidades de escucha y competencias de acción.

HABILIDADES DE ESCUCHA:

a. Escucha Activa: saber escuchar es parte fundamental en nuestra terapia por:

- Que el paciente se sienta respetado y confíe en nosotros y en la intervención.
- Que podamos recoger la máxima información sobre sus necesidades.
- Que se le anime a ser más responsable dentro del proceso de cambio.

La escucha activa implica tres actividades, que serán nombradas a continuación: recibir el mensaje, procesar los datos obtenidos y emitir respuestas de escucha. Por ello el logopeda tendrá que intentar percibir la mayor información por parte del paciente para así adecuar el tratamiento al máximo, en función de sus necesidades específicas.

Según Cormier y Cormier (1994) y Marinho, Caballo y Silveira (2003) es importante resaltar que algunos de los obstáculos para la escucha eficaz son entre otros: no tener interés por el paciente, juzgarle, no respetar los temas que son importantes para él, interrumpirle cuando habla o experimentar emociones ante sus comportamientos.

b. Clarificación:

Consiste en pedir al paciente que nos explique el significado de un mensaje que no hemos entendido por su ambigüedad. Se puede llevar a cabo de diferentes modos: haciéndole preguntas o pidiéndole que nos lo explique de nuevo.

Según Bados y García (2014) conviene tener en cuenta que cuando un paciente está exponiendo un problema por primera vez, tenemos que dejarle hablar y no interrumpirle solicitando clarificaciones frecuentes; estas pueden hacerse más adelante una vez que ha tenido la oportunidad de expresarse y ser escuchado.

c. Paráfrasis:

Recapitulamos o repetimos con otras palabras y de forma sintetizada lo que el paciente nos ha dicho. Puede tener diferentes objetivos (Bados y García, 2014):

1. Hacer saber al paciente que no hemos entendido lo que nos dice.
2. Reforzar sus ideas.
3. Animarle a ver nuevas ideas.
4. Clarificar el origen del problema y tomar una decisión respecto a este.
5. Enfatizar el contenido cuando se considera contraproducente centrarse en los sentimientos.

d. Reflejo:

El reflejo implica, según Bados y García (2014), la expresión de los sentimientos del paciente, tanto de los directamente expresados como de los que permanecen a nivel preconscious con el fin de reforzar la parte afectiva del mensaje. Primero ha de aceptar los sentimientos explícitos y después los implícitos ya que, de ser al contrario, nos podemos encontrar con una respuesta negativa. Sus objetivos son: mostrar comprensión, animarle a centrarse en sus sentimientos y mostrar más sentimientos sobre personas o situaciones que le rodean diferenciando unos de otros.

e. Síntesis:

Es una mezcla de los dos anteriores. El logopeda utiliza paráfrasis y reflejos para resumir lo que el paciente le ha comunicado en una o más sesiones. De esta forma, se unen y resumen todos los elementos de varios momentos en uno solo, lo que facilita identificar aspectos importantes y/o resumir el progreso que ha tenido o identificar temas comunes. Es importante afirmar que la síntesis -como los anteriores-, dan la oportunidad al paciente de corregir la percepción del terapeuta (ibidem).

COMPETENCIAS DE ACCIÓN:

a. Preguntas:

No solo tienen el objetivo de ayudarnos en la clarificación de la información sino también obtener más datos en una evaluación, pedir nueva información a lo largo del proceso de tratamiento o hacer reflexionar al paciente. Pueden ser abiertas o cerradas, aunque por lo general primero son abiertas y luego cerradas para delimitar la información dada previamente. Si nuestra finalidad es el cambio, haremos preguntas al paciente que le hagan reflexionar sobre algún aspecto concreto.

b. Confrontación:

El logopeda muestra al paciente la diferencia sobre la información que nos ha dado desde dos puntos de vista (el verbal y el no verbal) para así aclarar las discrepancias que nos encontramos ante las dos modalidades, ayudándonos a nosotros mismos pero también al paciente para que este pueda conocerlas y así resolverlas. Es un aspecto delicado, porque el paciente puede verse criticado, por ello la utilizaremos cuando exista una relación positiva y siempre espaciadas en el tiempo.

c. Interpretación:

Comunicamos al paciente las relaciones funcionales entre sus conductas, emociones, pensamientos y acontecimientos para dar una explicación a los problemas que tiene y así ayudarle en el proceso de cambio. De esta manera, podrá tener una nueva expectativa sobre sus problemas y afrontarlos desde otra perspectiva. En función del resultado obtenido de las interpretaciones se generará mayor o menor resistencia. Las interpretaciones con connotación positiva funcionan mejor que aquellas con connotación negativa (Bados y García, 2011).

d. Información:

Le aportamos información que el paciente desconoce para facilitar la corrección de errores y hacerle consciente de las consecuencias que pueden tener sus actos o decisiones. Informamos desde un punto de vista objetivo, presentando datos sobre la cuestión a tratar pero sin guiar o recomendar al paciente. Danish y D'Augelli (1980, citado en Cormier y Cormier, 1994) dicen que la información eficaz se presenta como algo que el paciente podría hacer, pero no lo que debería hacer, como lo que el paciente podría considerar, pero no lo que debe tomar en cuenta.

2. Comunicación no verbal (corporal).

Dentro de la comunicación no verbal se distingue entre comportamientos no verbales y paralingüísticos, como comentamos anteriormente. Conviene prestar especial atención al grado de congruencia entre la comunicación verbal y no verbal, para que en caso de incongruencia, tengan más valor los comportamientos no verbales, ya que se considera que son más difíciles de controlar. Estos comportamientos están recogidos en la tabla 2 anteriormente presentada.

A. COMPORTAMIENTOS NO VERBALES

a. **Apariencia:** influirá en la credibilidad que el paciente tenga sobre nosotros, sobretodo en el primer contacto con este. Se incluye aquí la vestimenta, el peinado, los complementos... Debe estar acorde con las circunstancias y con el contexto en el que nos encontramos, así variará en función de la edad de las personas con las que trabaje, de su nivel sociocultural... Es conveniente que el logopeda lleve algún atuendo que le caracterice como lo que es, por ejemplo, una bata que marque la distinción entre experto-paciente. Por otra parte, hablando también de apariencia, pero en este caso del paciente, nos puede facilitar información valiosa para el tratamiento, sobretodo en casos de problemas psicológicos (depresión) o psiquiátricos (esquizofrenia).

b. **Mirada:** tenemos que establecer un contacto ocular que no sea artificial para mostrar cordialidad al paciente y transmitirle confianza. El logopeda mirará más cuando escucha que cuando él mismo habla ya que en este caso necesita pensar qué dirá. Tenemos que evitar miradas fijas que pueden hacer al paciente sentirse incómodo o atacado.

c. **Expresión facial:** la cara es un medio esencial de transmisión de información. En la interacción se suele mirar la mayoría del tiempo a la cara, por eso que sea algo fundamental para percibir como está el otro. Algunos estudios han puesto en evidencia que el conocimiento adicional concerniente al contexto en que tiene lugar una expresión facial afectará la corrección de juicio acerca de la emoción expresada. Se puede identificar correctamente expresiones faciales de emoción sin consentimiento alguno del contexto en que se producen pero seguramente las percepciones simultáneas del contexto social, el ambiente y de otras personas afectarán a nuestros juicios (Knapp, 1982).

d. **Gestos y movimientos:** los gestos ayudan a que la comunicación sea más dinámica, ilustrando visualmente lo que se está diciendo con las palabras. El logopeda debe apoyar siempre su comunicación con gestos manuales, que no sean exagerados

y repetidos, sino naturales. Además, es importante que se fije en los gestos que el paciente efectúa y que nos indicarán significados e informaciones claves en la intervención. Algunos de estos pueden ser: mover la cabeza de arriba abajo para expresar acuerdo; mover la cabeza de izquierda a derecha, incluso levemente para mostrar desacuerdo; encogerse de hombros como signo de desconcierto, sorpresa, indiferencia, ambivalencia, etc.

e. Postura: es el elemento más fácil de observar y de interpretar de todo el comportamiento no verbal. Es importante tener presente que todo nuestro cuerpo responde continuamente al desenvolvimiento de cualquier encuentro humano (Davis, 1998). En este caso, tanto la postura del logopeda como la del paciente desprende mucha información por lo que será un aspecto a tener muy en cuenta.

f. Orientación: es el ángulo (formado por los hombros) que una persona mantiene respecto a su interlocutor. Será importante como logopedas proyectar una orientación positiva que permita y facilite el curso de la intervención, y de la misma forma, la orientación de nuestros pacientes puede aportarnos información sobre su actitud más o menos receptiva.

g. Proximidad: la distancia entre dos personas determinará el tipo de relación que hay entre ellas, a menor distancia mayor es el interés, agrado o nivel de implicación, siendo adecuada normalmente entre 90-120cm. Una distancia mayor dificultaría notoriamente la comunicación, al igual que una distancia demasiado pequeña, podría dar lugar a malas interpretaciones.

h. Contacto físico: no es algo propio y común en la terapia logopédica, por eso solo se acepta bajo ciertas condiciones que a continuación se citan: apretón de manos en los saludos, felicitaciones y despedidas; cuando la enseñanza de alguna técnica, como el entrenamiento en relajación o la tensión aplicada, pueda hacerlo necesario. Es muy importante que antes de llevarlo a cabo veamos si va a ser beneficiario o no, y si el paciente lo va a percibir como muestra de apoyo o algo aversivo.

B. COMPORTAMIENTOS PARALINGÜÍSTICOS:

a. Volumen: el logopeda ha de utilizar un volumen medio que permita que el paciente le oiga bien y a la vez le transmita seguridad y confianza, facilitando que este se interese y ponga más atención. Respecto al paciente, el volumen de su voz nos indicará su estado de ánimo y sus cualidades, aspectos importantes de cara al ajuste de la intervención.

b. Tono y entonación: es uno de los más importantes pues tiene el poder de expresar, tanto por parte del logopeda como del paciente, una amplia variedad de emociones. El logopeda debe conocer las actitudes y emociones que generan determinados tonos y controlar la tendencia a realizar valoraciones sesgadas.

c. Fluidez: habilidad para encadenar palabras o ideas con agilidad y sin interrupciones innecesarias. El logopeda como profesional de la comunicación demostrará fluidez, evitando silencios sin sentido, frases incompletas y otros que veremos con mayor detenimiento en los talleres prácticos. Por su parte, también ha de fijarse en la fluidez del paciente que determinará en un grado importante el nivel de ansiedad, seguridad/inseguridad o interés/desinterés que este tiene ante la intervención.

d. Silencios: el terapeuta puede utilizarlos con diferentes objetivos: observar las reacciones que su pregunta provoca al paciente, enfatizar ideas que acaba de expresar o tomar una decisión. En función del objetivo que tenga, la pausa durará más o menos. Por otra parte, los silencios que el paciente ejecuta también nos ayudan a saber cómo se siente en ese momento, si quiere evitar el tema, si está incómodo o si no le gusta...

e. Velocidad al hablar: durante la terapia el logopeda tendrá que disminuir su velocidad de habla un poco respecto a la que utiliza en una conversación normal (una media de 125-190 palabras/minuto) para que la información que quiere transmitir llegue de forma adecuada a nuestro paciente. También es importante fijarnos en la velocidad de habla de nuestro paciente, en todas las etapas de la intervención pero sobretudo en la entrevista, puesto que hable más lento o más rápido podrá determinarnos su estado de ánimo o su actitud, como hemos comentado con los demás aspectos paralingüísticos.

f. Pronunciación: como logopedas tenemos que hablar claro y pronunciando correctamente todas las palabras que utilizamos en nuestro discurso. La pronunciación junto con la velocidad o los silencios son claves para la comunicación terapeuta-paciente.

g. Tiempo de habla: lo normal es que el paciente hable más que el logopeda, para que conozcamos la máxima información sobre él y sus problemas y así le podamos ayudar cuanto sea posible. Esta variable también nos ofrece información sobre cómo se siente: si habla poco estará decaído y sin motivación y si habla demasiado mostrará un exceso de ansiedad.

5. OBJETIVOS

Objetivos generales

1. Destacar y justificar la importancia de las habilidades terapéuticas y comunicativas en la práctica profesional del logopeda.
2. Diseñar un programa de entrenamiento específico en habilidades comunicativas para logopedas en su intervención.

Objetivos específicos

- 1.1 Determinar las habilidades terapéuticas de un logopeda.
- 1.2 Determinar las habilidades comunicativas del logopeda con el paciente.
- 2.1. Elaborar un conjunto de talleres sobre comportamientos no verbales o comunicación no verbal.
- 2.2. Elaborar un conjunto de talleres sobre aspectos o comportamientos paralingüísticos.

6. METODOLOGÍA

• Organización de los talleres

Se llevaran a cabo un conjunto de diez talleres con los que consigamos trabajar de forma general los aspectos de la comunicación no verbal que tenemos que tener en cuenta en nuestra práctica profesional. La metodología de estos talleres será eminentemente teórico-práctica, pues incluirá *píldoras de conocimiento* (contenidos) pero también una parte de actividades en las que aplicar todo lo visto en la teoría.

Se formarán grupos de unas 20 personas para llevar a cabo la formación y, dentro del aula, se establecerán pequeños grupos de trabajo de cinco personas, para tener un total de cuatro grupos.

En cuanto a la estructuración, todos ellos seguirán este protocolo de actuación, aunque el orden variará en función del diseño de la sesión, dándose en algunas en primer lugar la teoría y posteriormente la práctica o viceversa:



- Inicio de sesión / sondeo: aunque se efectuará una evaluación inicial para valorar los conocimientos que los participantes tienen de forma general, en cada taller se realizará un sondeo mediante preguntas directas, dinámicas o debates, para conocer el grado específico sobre el tema de esa sesión.
- Exposición teórica: dar una píldora de conocimiento con la ayuda de unas diapositivas claras y concisas. Además se les entregará en papel a todos los integrantes.
- Aplicación práctica: mediante actividades, análisis de casos, role-playing...
- Evaluación de la sesión de forma oral entre todos los integrantes y con el relleno de una rúbrica específica (Anexo 4) para cada taller por parte del mediador.

Aparte de las píldoras de conocimiento, y durante la práctica, se presentarán las aclaraciones o exposiciones teóricas pertinentes, dando la oportunidad de cierta flexibilidad de actuación dentro del cronograma de cada taller. Todo ello, en función de las necesidades planteadas por los participantes.

- **Duración de los talleres:**

El tiempo que dedicaremos a cada taller vendrá definido en función de las necesidades de cada uno de ellos. En general, todos los talleres tendrán una duración aproximada de 90 minutos, excepto el primero y el último que se alargarán aproximadamente hasta las 2 horas.

- **Pautas generales de trabajo:**

- Comenzaremos con sesiones sencillas, generales y, poco a poco, se irán convirtiendo en más complejas y más especializadas en el ámbito de la logopedia. Así, partiendo de lo más general a lo más específico facilitamos, en la medida de lo posible, una mayor transferencia.
- Reflexión personal de cada sesión que incluirán en la evaluación final.
- Utilización de diferentes técnicas: modelado, moldeamiento, aprendizaje basado en problemas (ABP), role-playing, visualización de material audiovisual (experimentos sociales, vídeos o imágenes), apoyos (visuales, sonoros y físicos) y retroalimentación, entre otras.
- Todos los talleres planteados se adaptarán en función de la participación, actuación y retroalimentación de los integrantes del grupo.
- Las características más definitorias de los talleres son la creatividad y el dinamismo. Aunque se ofrece una parte teórica, la mayor importancia recae

sobre los talleres prácticos que pretenden realizar actividades que rompan con la rutina y hagan a los participantes salir de su zona de confort.

- Grabación de las sesiones con fines de aprendizaje: consentimiento informado (Anexo 2).

A continuación, exponemos la secuenciación de los talleres. Esta comenzará con un taller inicial para el sondeo de conocimientos previos, seguido de ocho talleres específicos acumulativos donde se trabajan los comportamientos no verbales y paralingüísticos, es decir, se empezará trabajando aspectos de forma independiente en la medida posible pero a medida que se vayan sucediendo las sesiones, se irán reagrupando e incorporando a los posteriores talleres. Y, por último, un taller final o de cierre en el que se recapitulará todo lo visto a lo largo del proceso:



- **Secuenciación de los talleres específicos:**

Comportamientos no verbales	Comportamientos paralingüísticos
1. Postura, orientación y proximidad	1. Volumen, tono y entonación
2. Expresión facial	2. Fluidez, silencios y tiempo de habla
3. Gestos y movimiento	3. Velocidad y pronunciación
4. Apariencia y mirada	
5. Contacto físico	
TOTAL TALLERES: 5	TOTAL TALLERES: 3

Tabla 3. Secuenciación de talleres específicos. Elaboración propia.

- **Materiales**

En cuanto a los materiales, también tenemos que remitirnos a cada taller para conocer el material que se ha utilizado en cada uno de ellos. No obstante, de forma general podemos afirmar que se han utilizado materiales como los apoyos visuales en el taller de contacto físico. También material de creación propia como la evaluación inicial (anexo 3), las rúbricas de evaluación de los propios talleres (anexo 4) o las hojas de registro del role-playing (Anexo 6). Y herramientas audiovisuales, ya que contamos con el análisis de vídeos, situaciones rutinarias o experimentos sociales extraídos de la web, además de nuestros propios vídeos, grabados durante las sesiones bajo el consentimiento informado de todos los participantes.

7. TALLERES PRÁCTICOS

Para la realización del programa de talleres, nos hemos basado en algunas nociones prácticas presentadas por Bados y García (2014).

TALLER 1: Taller de Bienvenida.

1. Objetivo del taller

Introducir la temática o hilo conductor de todos los demás talleres de un modo general, así como saber el conocimiento que tienen los participantes sobre ello, para trabajarlos e intentar mejorarlos. Por lo tanto, nos servirá para establecer el punto de partida.

2. Cronograma



- a) *Sondeo*: se realizará mediante debates abiertos, preguntas directas, actividades dinámicas iniciales, etc. para conocer no solo el grado de conocimiento sobre el contenido del taller sino también cuales son las expectativas sobre este.
- b) *Evaluación inicial* (Anexo 3): nos servirá para conocer de un modo más teórico que es lo que ya saben y en qué medida, lo que no, lo que más les gustaría aprender, dudas específicas sobre el tema en cuestión, curiosidades al respecto o expectativas sobre el programa.
- c) *Planteamiento de un caso por ABP*: actividad grupal (5 personas por grupo) en el que se les presentará un caso o situación real o ficticia (Anexo 1) por escrito (el mismo para todos los grupos) y tendrán que resolverlo. Posteriormente se llevará a cabo una puesta en común del caso para enriquecernos de las ideas de los demás.
- d) *Evaluación de la sesión*: se lleva a cabo una evaluación oral entre todos los integrantes para poner ideas en común, resolver dudas y valorar el taller. Después el mediador tendrá que rellenar una rúbrica de evaluación con los datos extraídos y recogidos por él manualmente en la puesta en común con el grupo (Anexo 4).

TALLER 2: Expresión Facial.

1. Objetivo del taller

Conocer aspectos claves sobre la expresión facial del logopeda durante su intervención y ponerlos en práctica.

2. Cronograma



a) *Sondeo*: se realizará mediante debates abiertos, preguntas directas, actividades dinámicas iniciales, etc. para conocer no solo el grado de conocimiento sobre el contenido del taller sino también cuales son las expectativas sobre este.

b) *Píldora de conocimiento*:

- El conjunto de nuestro rostro constituye el principal medio de expresión de emociones y actitudes.
- En las interacciones durante la intervención se suele mirar a la cara la mayor parte del tiempo, de ahí la importancia que se sucede para expresar los estados de ánimo y actitudes que debemos como terapeutas y captar las de nuestros pacientes.
- El terapeuta ha de mostrar a través de su expresión facial cordialidad, interés, compromiso y confianza, así como emociones específicas acordes a los momentos que se den en la IL (alegría ante un esfuerzo o un logro o tristeza cuando nos cuentan algo negativo).
- Un recurso emocional imprescindible es la sonrisa, porque facilita la comunicación, mostrando agrado, cooperación y suavizando las situaciones más tensas
- Debemos evitar indicar nerviosismo a través de sonrisas nerviosas, muecas, chuparse los labios o parpadear excesivamente.
- Como todas las demás habilidades que el logopeda muestra como terapeuta en su intervención, ha de usarse en su justa medida, siendo congruente con lo que se está diciendo y el momento de la terapia en el que nos encontramos.

c) *Visualización de vídeos:*

Visionado de vídeos, situaciones cotidianas o experimentos sociales (anexo 1), en los que se deberá hacer una crítica sobre la expresión facial. Los participantes deberán explicar qué expresiones faciales son más o menos correctas y por qué, comentando cómo creen haber actuado ellos en ese momento.

d) *Evaluación de la sesión:* se lleva a cabo una evaluación oral entre todos los integrantes para poner ideas en común, resolver dudas y valorar el taller. Después el mediador tendrá que rellenar una rúbrica de evaluación con los datos extraídos y recogidos por él manualmente en la puesta en común con el grupo (Anexo 4).

TALLER 3: Gestos y Movimientos.

1. Objetivo del taller

Conocer las ideas principales de cómo se ha de desenvolver el logopeda a través de gestos y movimientos corporales durante la intervención logopédica, determinando cuales son favorecedores, y cuales por el contrario deberá evitar.

2. Cronograma



a) *Sondeo:* se realizará mediante debates abiertos, preguntas directas, actividades dinámicas iniciales, etc. para conocer no solo el grado de conocimiento sobre el contenido del taller sino también cuales son las expectativas sobre este.

b) *Role-playing:* se entrega a cada grupo una ficha con una situación (Anexo 1) que se puede dar en una sesión de logopedia, en la que surge una dificultad relacionada con los gestos y movimientos. Los alumnos tendrán que representar la situación mediante la técnica de role-playing (haciendo un reparto de los papeles de pacientes y logopeda). Tras acabar la situación se comentará la representación de todos los grupos.

c) Píldora de conocimiento:

- Los gestos y movimientos corporales nos permiten dar mucha información sobre lo que sentimos o pensamos en este momento. Además tienen objetivos muy variados dentro de la comunicación, pues dan dinamismo e ilustran visualmente lo que estamos diciendo, enfatizándolo. Además sirven para regular los turnos.
- Es muy importante que los movimientos y gestos del logopeda se ajusten adecuadamente al momento de la intervención en el que se encuentra así como que sigan una coherencia con el lenguaje verbal.
- Uno de los gestos más importante a tener en cuenta son los conocidos como “automanipulativos” y se definen como cualquier movimiento que la persona lleve a cabo con una persona del cuerpo sobre otra parte del cuerpo o complemento.
- El logopeda ha de controlar y evitar este tipo de gestos como acariciarse, rascarse, morderse las uñas, tocarse el pelo o la indumentaria que lleve (adornos, gafas, bolígrafo...), a pesar de que pueden ser hábitos propios de la persona pueden indicar nerviosismo, ansiedad, vergüenza, culpabilidad o mentira, algo que no nos conviene expresar como terapeutas. Así, el logopeda tendrá que tener las manos visibles y hacer gestos de agrado y comprensión evitando gestos exagerados, repetitivos y de impaciencia.
- Otros gestos a evitar son: pintar sin prestar atención al paciente (desinterés), cruzar los brazos (desagrado o evitación de la comunicación), taparse la boca mientras hablamos (ocultación), apretar los puños (ira o enfado), cambio de la posición de las piernas o balanceo (tensión o impaciencia).

d) Evaluación de la sesión: se lleva a cabo una evaluación oral entre todos los integrantes para poner ideas en común, resolver dudas y valorar el taller. Después el mediador tendrá que rellenar una rúbrica de evaluación con los datos extraídos y recogidos por él manualmente en la puesta en común con el grupo (Anexo 4).

TALLER 4: Apariencia y Mirada.

1. Objetivo del taller

Conocer y poner en práctica el lenguaje no verbal que ha de llevar a cabo un logopeda a través de su apariencia física y su mirada durante la intervención logopédica.

2. Cronograma



- a) *Sondeo*: se realizará mediante debates abiertos, preguntas directas, actividades dinámicas iniciales, etc. para conocer no solo el grado de conocimiento sobre el contenido del taller sino también cuales son las expectativas sobre este.
- b) *Práctica infiltrado*: un integrante del grupo (previamente avisado) actuará de infiltrado con una apariencia muy peculiar, toda la sesión será grabada para que la mirada de sus compañeros hacia este queden reflejadas en un vídeo.
- c) *Análisis de conductas no verbales*: una vez avisados de que todo era una práctica ficticia, se hará un visionado de los vídeos grabados durante la sesión para que los participantes puedan analizar su mirada desde el punto de la comunicación no verbal ante la apariencia de su compañero (Anexo 1).
- d) *Píldora de conocimiento*

APARIENCIA

- Incluye lo que se observa a primera vista de una persona: vestimenta, complementos, peinado y aseo.
- La apariencia que un logopeda tenga, va a influir directamente en la imagen y credibilidad que dé al paciente que tiene delante.
- Siempre debe estar acorde con el contexto de las personas con las que trabaja, desde el punto de vista social, cultural y económico.
- También es muy importante ir correctamente aseado, evitando excesivos complementos y si se cree conveniente llevar bata, para diferenciarse del paciente.

MIRADA

- La mirada es otro aspecto crucial dentro de la intervención.
- El logopeda ha de mostrar interés y cordialidad mirando a los ojos y a la cara del paciente de forma natural. Transmitir a través de esta confianza y credibilidad sin un contacto ocular continuo que hará al paciente sentirse incómodo.

- Miraremos más mientras escuchamos que mientras hablamos, pues en el segundo caso se estará pensando lo que va a decir.
- Evitar miradas fijas que dan sensación de hostilidad y dominancia, reducir el tiempo de mirada cuando el paciente se sienta incómodo y mostrarnos seguros sin nervios aún en la situación más excéntrica.

e) *Evaluación de la sesión*: se lleva a cabo una evaluación oral entre todos los integrantes para poner ideas en común, resolver dudas y valorar el taller. Después el mediador tendrá que rellenar una rúbrica de evaluación con los datos extraídos y recogidos por él manualmente en la puesta en común con el grupo (Anexo 4).

TALLER 5: Postura, Orientación y Proximidad.

1. Objetivo del taller

Practicar y conseguir interiorizar cuál es la actitud correcta del logopeda respecto a su postura y orientación corporal así como la proximidad con el paciente.

2. Cronograma



- a) *Sondeo*: se realizará mediante debates abiertos, preguntas directas, actividades dinámicas iniciales, etc. para conocer no solo el grado de conocimiento sobre el contenido del taller sino también cuales son las expectativas sobre este.
- b) *Práctica infiltrado*: en esta práctica contamos con tres tipos de apoyos: físico, visual y sonoro que se explicarán más detenidamente en las actividades anexas de este taller (Anexo 1). Se seguirá la misma técnica que en el anterior, con una persona “infiltrada” que en este caso será el propio mediador. Este presentará un comportamiento anormal en lo que se refiere a la postura, la orientación y proximidad respecto de los alumnos.
- c) *Análisis de conductas no verbales*: cada integrante del grupo deberá escribir en una hoja todos los comportamientos que ha analizado y que cree que han sido inoportunos por parte del mediador. Tras esto, el mediador recogerá todas las hojas para registrarlas y leerá en voz alta algunas de las anotaciones de forma anónima.

POSTURA

- El logopeda ha de tener una postura cómoda, pero que indique tranquilidad, seguridad y acercamiento.
- El cuerpo ligeramente hacia delante sin llegar a invadir el espacio del paciente, sin cambios muy seguidos de posición y los brazos sin cruzar, como ya expusimos líneas más arriba.

ORIENTACIÓN

- El logopeda ha de tener una orientación frontal modificada, con un ángulo de entre diez y treinta grados respecto al paciente, indicando así un alto grado de implicación y permitiendo al paciente no establecer un contacto ocular continuo.
- En caso de ser una intervención grupal y no individual, el grado a mantener debe permitir mantener contacto visual con todas las personas que lo compongan, evitando dar la espalda a los participantes.

PROXIMIDAD

- La distancia entre dos personas depende del tipo de relación que tienen y de la clase de información que se transmiten.
- En una situación de terapia una distancia de 90 a 120 cm entre logopeda y paciente (medida entre cabezas y estando ambos sentados) suele ser adecuada.
 - Los niños y adolescentes, las personas mayores y las de sexo femenino suelen preferir distancias más cortas, mientras que los pacientes con ciertos problemas (esquizofrenia, fobia social, p.ej.,) suelen necesitar distancias más largas.
 - Una distancia muy pequeña puede dar lugar a malas interpretaciones por parte del paciente y una distancia larga dificulta una buena comunicación. Además, si se quiere facilitar esta, es mejor no situarse detrás de una mesa, sino al lado o delante de ella. No obstante, la disposición con una mesa en medio puede ser útil con pacientes que persiguen relaciones de amistad o de mayor intimidad o que se sienten incómodos con las otras disposiciones.
- Finalmente, en terapia familiar, la observación de quién se sienta al lado de quién, a qué distancia se sientan unos de otros y quién se coloca al lado del terapeuta proporciona una valiosa información sobre las relaciones, preferencias, alianzas y roles familiares.

- e) *Evaluación de la sesión*: se lleva a cabo una evaluación oral entre todos los integrantes para poner ideas en común, resolver dudas y valorar el taller. Después el mediador tendrá que rellenar una rúbrica de evaluación con los datos extraídos y recogidos por él manualmente en la puesta en común con el grupo (Anexo 4).

TALLER 6: Contacto Físico.

1. Objetivo del taller

Medir el contacto físico que podemos tener con nuestros pacientes durante la terapia, que sea justo en su medida, acorde con la sesión.

2. Cronograma



- a) *Sondeo*: se realizará mediante debates abiertos, preguntas directas, actividades dinámicas iniciales, etc. para conocer no solo el grado de conocimiento sobre el contenido del taller sino también cuales son las expectativas sobre este.

- b) *Píldora de conocimiento*:

El contacto físico es un tema delicado dentro de la intervención, principalmente porque la gran variedad de cosas que puede significar para nuestro paciente en función de su persona. Es por ello que el contacto físico entre logopeda y terapeuta solo tendrá cabida en situaciones contadas:

- Apretón de manos en saludos, despedidas o felicitaciones por logros.
 - Durante la enseñanza de alguna técnica de intervención como el entrenamiento de la relajación o la respiración.
 - En momentos de estrés emocional como dolor o trauma por parte del paciente.
- a) En el saludo deberemos evitar un contacto con demasiada confianza como dos besos, y si es el paciente el que va a hacerlo, extenderemos el brazo dándole la mano para que sepa guardar las distancias.

- b) En cuanto a las técnicas de intervención, algunas como la Terapia orofacial y miofuncional (TOM) pueden ser invasivas para el paciente, pues deberemos tocar la zona facial y oral (externa e interna).
- c) En el caso de los momentos de estrés emocional podemos tranquilizarles o consolarles poniendo suavemente la mano sobre su hombro, aunque siempre planteándose antes si va a ser beneficioso para el paciente, por eso no se dará al principio de la terapia sino cuando vayamos cogiendo confianza con él, en caso de un paciente desconfiado lo evitaremos, pues puede ser malinterpretado.
- Muchas veces, en la vida general y por tanto también en terapia, nosotros hacemos las cosas con un objetivo o un sentido pero para la otra persona pueden tener un significado totalmente distinto, nosotros como terapeutas podemos extender el brazo sobre su hombro como muestra de apoyo pero para el paciente puede significar apoyo, incomodidad, invasión del espacio o signo sexual.
 - En el caso del trabajo con niños puede ser más admisible un mayor contacto físico ocasional siempre que el objetivo final sea el beneficio máximo en la terapia.
 - Por último y aunque desde fuera se ve como algo muy coherente, no se considera ético que el terapeuta mantenga relaciones sexuales con el paciente, pues conllevaría efectos negativos para este (culpabilidad, aislamiento, inestabilidad emocional...). Normalmente estos casos se producen en caso contrario, cuando el paciente se siente atraído por su terapeuta, pues considera que le está ayudando mucho en su vida, en ese caso el terapeuta debe poner fin a estos, y si persisten analizar el tema con el paciente y decidir si conviene finalizar la terapia y derivarlo a otro profesional.

c) *Práctica "Partes de la Intervención Logopédica (IL)":* se comenzará la parte práctica de este taller con una relajación general. Se seguirá con un trabajo en parejas, en que los dos integrantes deberán hacer un role-playing logopeda-paciente en el que tratar el aspecto de contacto físico en cada parte de la sesión: inicio, desarrollo y final (Anexo 1). Se trabaja por moldeamiento. El mediador irá supervisando el trabajo de las parejas indicándoles algunas pautas.

d) *Evaluación de la sesión:* se lleva a cabo una evaluación oral entre todos los integrantes para poner ideas en común, resolver dudas y valorar el taller. Después el mediador tendrá que rellenar una rúbrica de evaluación con los datos extraídos y recogidos por él manualmente en la puesta en común con el grupo (Anexo 4).

TALLER 7: Volumen, Tono y Entonación.

1. Objetivo del taller

Trabajar los aspectos paralingüísticos básicos que se relacionan con la expresión: volumen, tono y entonación adecuados en la intervención logopédica.

2. Cronograma



- a) *Sondeo*: se realizará mediante debates abiertos, preguntas directas, actividades dinámicas iniciales, etc. para conocer no solo el grado de conocimiento sobre el contenido del taller sino también cuales son las expectativas sobre este.
- b) *Dinámica práctica*: seleccionamos a tres integrantes, que se saldrán fuera del aula. El mediador saldrá y les asignará un rol a cada uno (persona, paciente o logopeda con unas ciertas características personales o cualidades) indicados en el anexo 1. Cuando pasen, mantendrán una conversación espontánea representando el rol que se les ha asignado, mientras todos los demás compañeros analizarán su volumen, tono y entonación sin que estos lo sepan, de ahí que en este taller se dé antes la práctica que la teoría.
- c) *Píldora de conocimiento*:

VOLUMEN

- Debemos controlar constantemente el volumen de nuestra voz durante la terapia, somos profesionales del lenguaje oral, que engloba a la voz y por tanto deberemos dar ejemplo de ello.
- Si hablamos muy bajo daremos sensación de inseguridad o desinterés, además al paciente le será difícil percibir la información, y perderá la atención.
- Por el contrario, si hablamos demasiado alto sugeriremos agresividad y avasallamiento contra el paciente, por lo que daremos una imagen negativa.
- Se debe mantener un volumen estable, natural y correcto, utilizando cuando sea adecuado un aumento de volumen (conseguir la atención o enfatizar ideas y por tanto transmitir confianza), pero sin exceder demasiado porque el aumento de volumen refleja contrariedad o enfado y la disminución timidez e inseguridad.

TONO Y ENTONACIÓN

- Son dos aspectos íntimamente relacionados.
- El tono es uno de los componentes principales ya que a través de él podemos expresar muchas actitudes y emociones.
- El terapeuta deberá utilizar un tono suave agradable que transmita confianza y cordialidad.
- En su defecto, se podrán hacer variaciones de este para comunicar dinamismo, pues si siempre utilizamos el mismo pareceremos monótonos, cansados... una imagen negativa que no hay que dar a los pacientes, pues a ellos les llegará como que no “estamos luchando” por conseguir las metas conjuntas de la intervención.
- Por tanto, el terapeuta debe conocer las actitudes y emociones que generan determinados tonos y controlar la tendencia a realizar valoraciones sesgadas, atendiendo constantemente a los comportamientos paralingüísticos del paciente que serán una gran fuente de información sobre su estado emocional.

d) *Evaluación de la sesión:* se lleva a cabo una evaluación oral entre todos los integrantes para poner ideas en común, resolver dudas y valorar el taller. Después el mediador que rellenar una rúbrica de evaluación con los datos extraídos y recogidos por él manualmente en la puesta en común con el grupo (Anexo 4).

TALLER 8: fluidez, tiempos de habla y silencios.

1. Objetivo del taller

Controlar la fluidez y silencios en nuestro discurso y el tiempo de habla adecuado dentro de la terapia.

2. Cronograma



a) *Sondeo:* se realizará mediante debates abiertos, preguntas directas, actividades dinámicas iniciales, etc. para conocer no solo el grado de conocimiento sobre el contenido del taller sino también cuales son las expectativas sobre este.

b) *Píldora de conocimiento*: se aclaran una serie de conceptos básicos.

FLUIDEZ

Se define como la habilidad para encadenar ideas con agilidad sin interrupciones innecesarias.

- El logopeda es el profesional especializado en la comunicación y por ello será quién primero tenga que demostrar sus dotes comunicativas.
- Su discurso ha de ser dinámico y ágil sin repeticiones excesivas y con silencios puntuales, solo cuando sean necesarios y correctos.
- Evitará: silencios prolongados o sin sentidos, emisión de pausas oralizadas (ah, eh, um), pues pueden distraer o molestar al paciente, en este caso será mejor una pausa silenciosa no demasiado extensa y otras conductas como frases incompletas u omisiones de palabras.
- Un habla correctamente fluida le dotará de dinamismo aumentando el efecto persuasivo de lo que dice y siendo interpretado por el paciente como signo de competencia e interés.

TIEMPO DE HABLA

- Tiempo total del discurso que utiliza cada interlocutor para hablar.
- En cuanto al tiempo de habla del terapeuta respecto del paciente, es aconsejable que el logopeda hable menos, dejando al paciente expresarse sin interrumpirle exceptuando algunas situaciones como que el paciente se vaya del tema.
- En el momento de la evaluación, el tiempo de habla será parecido, pues el logopeda pregunta y el paciente responde.
- En el caso de la terapia, cuando se explica una nueva técnica o ejercicio a realizar, el terapeuta tendrá que hablar más.
- Si el terapeuta habla mucho normalmente, tendrá un estilo directivo y pasará a controlar la terapia lo que favorece la dependencia del paciente y dificulta que tome un papel activo, esto se ha de evitar.
- El otro extremo se da cuando el terapeuta se limita a escuchar puede limitar las expectativas que el paciente tiene, pues ellos buscan que se les ayude a solucionar problemas concretos.
- Esto no quiere decir que no hable nada pues en tal caso el paciente se sentiría escuchado pero no le daría confianza el hecho de que el logopeda sea el mejor profesional para ayudarle. Como en todo, hay que buscar el término medio.

SILENCIOS

- Se define como la ausencia de emisión vocal durante el discurso.
- Utilizados con diferentes discursos dentro de la IL:
 - Pensar y organizar ideas.
 - Observar las reacciones que sus intervenciones provocan en el paciente.
 - Enfatizar ideas.
 - Crear expectación.
 - Dejar al paciente tiempo de reflexión,
 - Transferirle la responsabilidad de participar en la terapia de un modo más activo.
- Así la duración de las pausas dependerá de la función que cumplan. Por ejemplo, un silencio que tiene la función de dejar un espacio al paciente para pensar generalmente será más largo que un silencio que se utilice para enfatizar una idea importante

PROBLEMAS DEL TERAPEUTA CON RELACIÓN A LOS SILENCIOS DEL PACIENTE

- Una primera posibilidad es que el terapeuta no sepa discriminar si el silencio es beneficioso o no y, por lo tanto, si debe ser roto por el paciente o por el terapeuta. Si este ha planteado correctamente una cuestión compleja que requiere pensar o una confrontación, deberá esperar en principio a que el paciente conteste; tampoco debe interrumpir prematuramente un silencio cuando el paciente está experimentando una emoción determinada. Por el contrario, si nota que le cuesta hablar o parece no poder responder o no quiere responder a ciertas preguntas o hablar de ciertos temas, convendrá que rompa el silencio y adopte algunas de las estrategias enumeradas más adelante al hablar de estos temas en el apartado de manejo de situaciones problemáticas por parte del paciente.
- Una segunda posibilidad es que el terapeuta no respete los silencios del paciente debido a su estilo comunicativo o a su malestar emocional ante los silencios. En primer lugar, el terapeuta debe ser capaz de discriminar el tipo de silencio tal como se ha dicho antes. Además, cuando detecte que debe respetar un silencio, puede utilizar autoinstrucciones específicas para recordárselo. Si esto no fuera suficiente, podría llevar a cabo ensayos con otras personas en los que aprendiera a tolerar silencios

c) *Resolución de casos clínicos:* la actividad práctica de este taller tiene un enfoque más relacionado con la teoría que el resto. Por grupos, los integrantes deberán resolver dos casos clínicos presentados (Anexo 1) de cuál debe ser el comportamiento del logopeda en cada uno de ellos atendiendo a su fluidez

verbal, silencios y tiempos de habla, en función del tipo de paciente con el que se encuentra. Después se resolverá comentando las posibles soluciones en grupo, siendo el mediador el que ofrece la respuesta más correcta, guiando a los grupos para que con sus intervenciones lleguen a la solución buscada.

d) *Evaluación de la sesión:* se lleva a cabo una evaluación oral entre todos los integrantes para poner ideas en común, resolver dudas y valorar el taller. Después el mediador tendrá que rellenar una rúbrica de evaluación con los datos extraídos y recogidos por él manualmente en la puesta en común con el grupo (Anexo 4).

TALLER 9: Velocidad y Pronunciación.

1. Objetivo del taller

Conocer ideas claves sobre la velocidad y pronunciación correctas a emplear como logopedas, trabajarlo y ponerlo en práctica.

2. Cronograma



a) *Sondeo:* se realizará mediante debates abiertos, preguntas directas, actividades dinámicas iniciales, etc. para conocer no solo el grado de conocimiento sobre el contenido del taller sino también cuales son las expectativas sobre este.

b) *Píldora de conocimiento:*

VELOCIDAD AL HABLAR

- El terapeuta deberá ajustar la velocidad de su discurso según a quién vaya dirigido teniendo en cuenta las características y habilidades de comprensión del paciente.
- Hablará algo más lento que en una conversación normal (en vez de 125-190 palabras por minuto, dirá 100-150 aproximadamente).
- Se establece una relación proporcional entre lentitud y dificultad o importancia del mensaje, es decir, se hablará más lento cuanto más difícil sea el mensaje de comprender, más importante sea o cuantas más dificultades tenga el paciente a nivel de audición, comprensión u otras problemas.
- Utilizar siempre la misma velocidad provocará monotonía, por lo que deberemos variarla para mantener la atención e interés del paciente cuando hablamos.

PRONUNCIACIÓN

- Tendremos que hacernos entender correctamente utilizando una articulación clara, evitando una velocidad excesiva del discurso, sonidos equívocos, acentuaciones incorrectas, no mover la boca adecuadamente o no terminar las oraciones.
- Una articulación o pronunciación vaga se traducirá en una disminución de energía al hablar interfiriendo en la atención del paciente. Podrá utilizar la sobrearticulación de manera puntual con el objetivo de enfatizar alguna idea pero no de forma continuada porque expresará poca naturalidad, excesivo control, prepotencia o imagen de competencia.

c) *Aplicación práctica mediante role-playing*: se reparte a cada grupo una ficha con una situación de intervención logopédica (Anexo 1) en la que se expone una dificultad respecto a la velocidad y pronunciación del discurso. Se les dejará un tiempo para prepararlo y después lo representarán frente a sus compañeros.

d) *Evaluación de la sesión*: se lleva a cabo una evaluación oral entre todos los integrantes para poner ideas en común, resolver dudas y valorar el taller. Después el mediador tendrá que rellenar una rúbrica de evaluación con los datos extraídos y recogidos por él manualmente en la puesta en común con el grupo (Anexo 4).

TALLER 10: taller final-de cierre.

1. Objetivo del taller

Recopilar toda la información teórico-práctica dada a lo largo de todos los talleres.

2. Cronograma



- a) *Conclusiones importantes:* este apartado es el que sustituye al primer escalón de cada taller: sondeo. En este taller no se necesita hacer un sondeo de los conocimientos previos porque es un taller de cierre o final en el que se hará un barrido general por todos los conocimientos adquiridos.
- En él se expondrán algunas nociones y conclusiones generales sobre la importancia que tiene para un logopeda haber tenido una formación específica sobre las habilidades de comunicación no verbal y paralingüísticas con sus pacientes.
- b) *Role – playing:* cada grupo formado por cinco integrantes deberá idear la situación de intervención logopédica que quiera, cuidando los comportamientos no verbales y paralingüísticos, la preparará durante un breve periodo de tiempo y después llevará a cabo la representación de esta (Anexo 1).
- c) *Valoración de grupos:* los compañeros que la visualizan rellenarán a su vez una hoja de registro sobre qué comportamientos han sido adecuados y cuáles no.
- d) *Evaluación final:* al igual que el primer pasó cambiaba pasando de ser un sondeo a unas conclusiones finales, esta evaluación también cambiará pues no será una evaluación sobre la sesión impartida ese día sino una evaluación final (Anexo 5) sobre todo el programa llevado a cabo. Es por eso que en este caso se entregará una rúbrica a cada integrante, que tendrá que rellenar personalmente, sin que intervenga en completarla el mediador, como fue el caso del resto.

8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El programa de talleres presentado en este trabajo no ha sido todavía aplicado por lo que los resultados no pueden ser reales ni extensos. Se trata de un primer intento, que a medida que se ponga en práctica se irá modificando y mejorando. En este caso, podemos establecer algunos resultados hipotéticos y comentar cómo trabajarlos.

Nuestra hipótesis inicial planteaba que ofreciendo a los logopedas una formación específica en habilidades comunicativas y terapéuticas para aplicar en su práctica profesional, mejoraría la calidad de esta y se facilitaría el éxito en la intervención.

Partiendo de los objetivos hipotéticos de que el programa tenga el fin esperado y haciendo mejoras en cada uno de los talleres específicos, conseguiremos mejorar las habilidades superiores sobre las que están planteados y con ellas la calidad y éxito de la intervención logopédica.

Podemos encontrarnos dificultades al tener que organizar, dividir y nombrar los talleres de las distintas habilidades, porque están íntimamente relacionadas, y aunque lo pretendamos no podremos trabajar de forma independiente en ellas. Este hecho nos posibilita la fusión de algunos talleres que están interrelacionados consiguiendo así que sean más operativos y efectivos. En este caso, tendrían una duración mayor, pues se trabajarían más aspectos concentrados en una sola sesión.

En los talleres sobre mirada y apariencia, sobretodo la primera puede facilitar la expresión facial, pues es una de las partes más importantes de nuestro rostro por la gran cantidad de actitudes y sentimientos que expresa, de ahí que se pudieran trabajar de forma conjunta, pues la relación que tienen es muy estrecha.

Lo mismo ocurre con el taller de gestos y movimientos y el de contacto físico, pues el hecho de realizar movimientos corporales, nos hace en ocasiones establecer un contacto físico con el interlocutor, que en este caso el logopeda tendrá que valorar muy bien, en cantidad y calidad durante la intervención, pues cada paciente puede percibirlo de una manera distinta, unos de forma negativa y otros de forma positiva.

En cuanto a los talleres de comportamientos paralingüísticos, podemos afirmar que comenzaremos trabajando por el volumen, tono y entonación, que son

los más básicos. Después iremos añadiendo otros de orden superior como son la velocidad y pronunciación y, una vez adquiridos se trabajarán la fluidez, el tiempo de habla y los silencios.

Por una parte, el volumen, tono y entonación tienen la implicación de hacer al paciente recibir la información de manera clara y precisa. Por otra, la velocidad y pronunciación le ayudan a tener una mejor comprensión de lo que se dice. Y por último la fluidez, el tiempo de habla y los silencios, ayudarán a que el paciente mantenga la atención durante la comunicación, escuche y se exprese correctamente.

Todos, son aspectos muy importantes en la expresión del logopeda, pues ayudan al paciente a tener mayor credibilidad y confianza en él. En definitiva, todos ellos tienen implicaciones muy importantes en la alianza terapéutica, en la intervención y por tanto en el éxito del tratamiento.

Cuando se aplique y se observen unos resultados reales podremos hacer las mejoras oportunas en la estructura, teoría y práctica de este y modificarlo incluyendo alguna de las líneas de investigación propuestas en este trabajo.

9. LIMITACIONES

Entre las limitaciones que nos hemos encontrado a lo largo de la ejecución de este trabajo y, pensando en su futura aplicación, nos encontramos:

En primer lugar, la poca o casi inexistente bibliografía específica que profundice en la relación terapéutica desarrollada por los logopedas en su ámbito de intervención, ha hecho que la búsqueda de información se convierta en una labor francamente complicada y que no dispongamos de un marco teórico más rico. Para ello, hemos tenido que basarnos en documentos más generales sobre el terapeuta pero no a nivel del lenguaje en particular.

En segundo lugar, no se ha dispuesto del tiempo necesario para confeccionar una muestra suficiente formada por logopedas a quienes impartir esta formación, para corroborar y obtener unos resultados reales, con el objetivo de comprobar la hipótesis de trabajo planteada se había cumplido.

En tercer lugar, hemos tenido que acotar los talleres prácticos a la comunicación no verbal, ante la falta de espacio físico para su desarrollo y persiguiendo concretar la intervención. Siendo así, teníamos que elegir una habilidad específica, habiendo dejado de lado las habilidades terapéuticas o comunicativas verbales, aspecto que consideramos muy importante a trabajar y que se solucionará en líneas futuras de investigación.

En cuarto lugar, otra limitación que se presenta es que puede haber algún integrante que no acepte ser grabado y no firme el consentimiento informado de grabación de las sesiones. En tal caso las actividades de "infiltrado" no se podrían llevar a cabo, y se tendrían que desactivar todas las cámaras del aula además de buscar otras actividades para suplir las anteriores.

Por último, mencionamos la limitación que puede surgir respecto al diseño de los talleres, pues puede que al llevarlos a cabo no se ajusten a las expectativas de los participantes o las actividades no sean las más adecuadas y no funcionen como se espera en el grupo.

10. CONCLUSIONES

Por tanto, las conclusiones que podemos extraer una vez analizada esta propuesta de formación serían las siguientes:

Las habilidades terapéuticas y comunicativas en logopedia constituyen un tema relativamente novedoso y por el que todavía queda mucho por avanzar y trabajar, ya que hasta el día de hoy, existen muy pocos estudios científicos al respecto.

Se conforma como un área de interés creciente, pues la formación en este tipo de habilidades para una intervención logopédica eficiente, aporta grandes beneficios y ventajas como es: mejorar la calidad de dicha intervención y/o la relación entre logopeda y paciente.

Queda notablemente evidenciado que la alianza terapéutica que se establece entre logopeda y paciente no puede configurarse como una relación rígida ni estable, ya que es patente que ambos copartícipes han de ir modificando tanto sus actitudes como sus conductas y adaptándose a las mismas.

Se constata que el modo en que el logopeda presente y comunique la información desde el punto de vista terapéutico y comunicativo, influirá de manera decisiva en la respuesta que produzca el paciente y en su motivación y, por tanto, esto revertirá en el éxito del tratamiento.

11. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En este trabajo se han dado a conocer de forma general las habilidades terapéuticas y comunicativas que un logopeda ha de tener a la hora de intervenir. Bien es cierto que si los talleres propuestos se aplicasen, estarían dirigidos a logopedas en general, pero con prioridad para aquellos recién titulados, con escasa o ninguna experiencia, para ayudarles a enfocar su práctica profesional en un principio.

Los talleres están dirigidos únicamente hacia el trabajo de la comunicación no verbal y aspectos paralingüísticos ya que, por la reducida extensión del trabajo, no podemos abarcar todas las habilidades terapéuticas y comunicativas que nos gustaría. Es por eso, que quisiera citar algunas líneas de investigación para llevar a cabo próximamente. Son muchas las líneas a plantear ya que estas pueden depender de la persona (programa de entrenamiento para logopedas o programa de intervención para pacientes), o de otros factores como son la edad, la patología o el tipo de habilidad a entrenar o intervenir (habilidades terapéuticas, habilidades comunicativas verbales o habilidades comunicativas no verbales).

Mi idea es poder trabajar con esfuerzo y constancia en este ámbito para impartir formaciones a los profesionales de la logopedia sobre estas habilidades tan importantes a la hora de intervenir. Algunas de las líneas de investigación que más llaman mi atención son:

- Las habilidades terapéuticas del logopeda en la IL con niños.
- Las habilidades terapéuticas de logopeda en la IL con la 3^o edad.
- Las habilidades comunicativas verbales del logopeda en la IL de un paciente con tartamudez.
- Las habilidades comunicativas no verbales del logopeda en la IL de un paciente Trastorno del Espectro Autista (TEA).

12. BIBLIOGRAFÍA

- Alberti, R. E. & Emmons, M. L. (1978). *Your Perfect Right: a guide to assertive behavior*. San Luis Obispo, California: Impact.
- Bados, A. y García Grau, E. (2011). *Habilidades terapéuticas* [Monografía]. Barcelona: Universidad de Barcelona. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/18382>
- Bados, A. y García Grau, E. (2014). *La entrevista clínica*. Publicación electrónica. Colección Objetos y Materiales Docentes (OMADO). Extraído de: <http://hdl.handle.net/2445/54766>
- Beck, A.T., Rush, A.J. Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Belloch, A., y Fernández-Álvarez, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis
- Beutler, L.E., Machado, P.P.P. & Neufeldt, S.A. (1994). Therapist variables. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed., pp. 229-269). Nueva York: Wiley.
- Carkhuff, R.R. (1969). *Helping and Human Relations*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston
- Cormier, W. y Cormier, L. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas: Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Costa, M. y López, E. (2003). *Consejo psicológico*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Danish, S.J. & D'Augelli, A. R. (1980). Promoting competence and enhancing development through life development intervention. In L. A. Bond & J. C. Rosen (Eds.), *Primary prevention of psychopathology*, Vol. 4 (pp. 105-129). Hanover, NH: University Press of New England.
- Feltham, C.& Dreyden, W. (2002). *Dictionary of counseling*. London: Whurr Publishers Ltd.
- Fernández-Zúñiga, A. y de León, M. (2008). *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, 28 (1), 34-45.
- Goldstein, W. N. (2001). *Iniciación a la psicoterapia*. Barcelona: Alianza Editorial.
- Goldstein, A.P. & Myers, C.R. (1986). Relationship-enhancement methods. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (3ª ed., pp. 19-65). Elmsford, NY: Pergamon.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy Relationships That Work*. Oxford University Press.
- Keijsers, G., Schaap, C. & Hoodguin, C. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. *Behavior Modification*, 24, 264-297.
- Knapp, M. (1982). *La comunicación no verbal: el cuerpo y el entorno*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C.
- Marinho, M.L., Caballo, V. y Silveira, J.M. (2003). Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: Las habilidades del terapeuta. *Psicología Conductual*, 11, 135-161.

- Okun, B. F. (2001). *Ayudar de forma efectiva. Counseling Técnicas de terapia y entrevista*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Rojí, B. y Cabestrero, R. (2004). *Entrevista y sugerencias indirectas: entrenamiento comunicativo para jóvenes psicoterapeutas*. UNED. Madrid.
- Ruíz, M. A. y Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Truax C.B. & Carkhuff, R.R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- Weisinger, H. (2002). La inteligencia emocional en el trabajo. *Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión*, 10 (2),101-104.

13. ANEXOS

Anexo 1. Actividades prácticas de los talleres.

TALLER 1: Bienvenida y apertura de la formación (taller general).

La actividad principal y central del taller será la resolución utilizando metodología ABP. Se tratará de casos generales y muy exagerados para facilitar su resolución y que los participantes entren en contacto, ya que se trata de la primera sesión.

Algunos de los casos que se pueden presentar son:

- a. Madre hipocondriaca con un niño con un trastorno convulsivo.
- b. Padres profesores muy preocupados porque su hija no ha aprendido a leer con cinco años.
- c. Paciente que se pone agresivo cuando no logra comunicarse.
- d. Pareja, en la que solo habla la mujer del paciente que es tartamudo, diciendo que le pone muy nerviosa y acabando toda intervención comunicativa que este intenta llevar a cabo.

Tendremos varios casos y elegiremos uno de ellos, el mismo para todos los grupos. Se harán cuatro grupos de cinco personas, entre todos sus integrantes deberán resolverlo de la mejor manera posible. Una vez acabado, se llevará a cabo una puesta en común del caso para enriquecernos de las ideas de los demás y el mediador indicará cuales son más positivas y cuales más negativas.

TALLER 2: Expresión Facial

Visionado de vídeos, situaciones cotidianas o experimentos sociales, en los que se deberá hacer una crítica sobre la expresión facial. Los participantes deberán explicar qué expresiones faciales son más o menos correctas y por qué, comentando cómo creen haber actuado ellos en ese momento.

Algunos ejemplos de vídeos son:

- <https://www.youtube.com/watch?v=gmSGH2tHqJA>
- <https://www.youtube.com/watch?v=H6k3Yeeul6E>
- <https://www.youtube.com/watch?v=h16uih1k-bo>

TALLER 3: Gestos y Movimientos

En este taller utilizaremos la técnica del role playing con diferentes situaciones.

Se repartirá a cada grupo que hay en el aula una ficha que contendrá una situación diferente de casos que se pueden dar en una consulta de logopedia, en las que se expone una dificultad respecto a los gestos y los movimientos, de parte del logopeda o del paciente. Se pueden plantear infinidad de situaciones, aquí mostramos algunas de ellas:

Situaciones en las que el logopeda actúa mal:

- a. Un logopeda que se está continuamente cambiando de postura y rascando los brazos.
- b. Un logopeda que mastica chicle y realiza automanipulaciones con el pelo y los complementos que lleva.

Situaciones en las que el paciente actúa mal:

- a. Un paciente con diferentes tics en ojos y boca.
- b. Una paciente que te toca el brazo o las manos cada vez que te habla.

Son situaciones, que aunque dadas desde un punto de vista diferente, mal comportamiento del logopeda, por el que tiene que aprender a autogestionarse y mal comportamiento del paciente, por el que tienen que aprender a gestionar la situación según el paciente, implican directamente al logopeda, en cómo tiene que gestionar su propio comportamiento o cómo actuar ante una situación incómoda por el paciente.

TALLER 4: Apariencia y Mirada.

La actividad se llevará a cabo con una persona integrante en la formación, sin que los demás lo sepan y a la que llamaremos "infiltrado".

Para su elección en las sesiones anteriores es importante que visualicemos la conducta de todos los participantes, para tantear y conocer la personalidad de cada uno. De este modo seleccionaremos prioritariamente a una persona con una actitud abierta. Una vez que hayamos pensado quién es, contactaremos con él o ella mediante correo electrónico para explicarle cómo deberá actuar. Le pediremos que

acuda a la próxima sesión mal vestido, con la cara y las manos sucias y sin echarse colonia, pues será el infiltrado.

En el aula habrá instaladas dos cámaras que grabarán todo lo que ocurre en las sesiones, siempre con consentimiento informado por parte de los participantes).

La sesión comenzará con preguntas abiertas, como todas las demás para hacer un sondeo de los conocimientos sobre apariencia y mirada, tras esta se comenzará a exponer la teoría y una vez finalizada se dará paso a la reproducción de los vídeos grabados durante el saludo, inicio y transcurso de la sesión en el que se podrán visualizar las reacciones, gestos, miradas que los compañeros han tenido hacia la persona con una mala vestimenta y apariencia, para sacar en conclusión que son aspectos que tienen mucho que ver y que hay que cuidar en nuestra intervención. Se analizará detenidamente toda la comunicación no verbal sobre ellos.

Por ello, para esta actividad no es necesario ningún otro tipo de material, únicamente los vídeos grabados durante esa misma sesión.

TALLER 5: Postura, Orientación y Proximidad.

Para la realización de las actividades contaremos con apoyos de tres tipos:

-Apoyo físico: extender el brazo con la palma de la mano abierta y decir ¡ALTO! cuando nos sentimos invadidos por un compañero.

-Apoyo visual: acompañaremos la teoría de fotos e imágenes en las que se aprecie cual es la postura, orientación y proximidad adecuada. Otro recurso podría ser pegar tiras rojas en el suelo, separando entre una persona y otra para mantener la distancia correcta.

-Apoyo sonoro: todos los participantes llevan colgado un silbato, y lo tocan cuando se sienten intimidados o invadidos por el otro.

Para llevar a cabo la parte práctica de este taller utilizaremos la técnica que en el anterior, el mediador será la persona que en esta ocasión actúa de “infiltrado”. Llegará al taller, y comenzará realizando un saludo demasiado cercano a sus alumnos, seguirá la sesión haciendo un sondeo de los conocimientos sobre postura, orientación y proximidad manteniendo en todo momento un comportamiento intimidador. Tras

terminar, repartirá una hoja a todos los participantes explicando que la conducta que ha mantenido era prepara y pidiéndoles que apunten todos aquellos comportamientos que creen que han sido inoportunos por parte del mediador. Tras esto, se expondrá la píldora de conocimiento correspondiente analizando a su vez la conducta no verbal.

TALLER 6: Contacto Físico

En esta sesión se ha creído más conveniente dar primero la píldora de conocimiento sobre el contacto físico, pues es un tema delicado dentro de la intervención logopédica. Tras esta, se lleva a cabo una práctica de relajación siguiendo la técnica de Jacobson.

Una vez terminada la relajación los integrantes se colocarán en parejas y se tratarán de forma práctica todas las partes que pueden surgir en una intervención desde el punto de vista del contacto físico. Para que conozcan situaciones que poder practicar estas se facilitarán en la teoría.

PARTES DE LA SESIÓN A TRABAJAR

- a) Saludo: se practicarán las diferentes formas correctas de saludar al paciente, qué hacer si se acerca a darnos dos besos, cómo evitarlo, etc.
- b) Desarrollo de la terapia: cómo comentarle que en algunas técnicas como la relajación o la terapia orofacial y miofuncional tenemos que tener un contacto directo con él sin que este lo malinterprete.
- c) Despedida: al igual que en el saludo se practicarán las formas correctas de despedirse teniendo en cuenta el contacto físico.

TALLER 7: Volumen, Tono y Entonación

Se comenzará la sesión seleccionando a tres personas que tendrán que salir fuera del aula y a cada uno se le será asignado un rol por parte del mediador. Los compañeros restantes tendrán que analizar uno o varios aspectos sobre su discurso sin que estos sepan cuál se está analizando. Los tres compañeros que han salido entrarán y harán una representación de una intervención logopédica en la que habrá: un logopeda, un paciente y un acompañante de un paciente.

ROLES QUE SE REPARTIRÁN

- a) Integrante 1: paciente muy vergonzosa y reservada.
- b) Integrante 2: acompañante nervioso, inquieto e hipocondriaco.
- c) Integrante 3: logopeda muy exagerado y prepotente.

Los compañeros que están en clase tendrán que anotar los aspectos relativos al volumen, tono y entonación de cada uno de los participantes. Una vez terminada la puesta en práctica se comentarán los aspectos que cada uno tiene apuntados y se informará a las tres personas que han salido fuera que componente paralingüístico de su discurso ha sido analizado, en este caso: el volumen, el tono y la entonación.

En este taller se prefiere comenzar por la práctica ya que si exponemos antes la píldora de conocimiento las personas que llevan a cabo la puesta en práctica conocerían que aspectos se les va a valorar, y los controlarían quedando sesgada y no siendo tan real esta información paralingüística.

TALLER 8: Fluidez, Silencios y Tiempo de Habla

La actividad central de este taller tiene un enfoque más teórico que las demás, pero no se olvida de la práctica pues, tras explicar la píldora de conocimiento, los participantes deberán resolver dos casos clínicos planteados por escrito (Anexo 1) proponiendo cuál debe ser el comportamiento de un logopeda atendiendo a su fluidez verbal, silencios y tiempos de habla en función del tipo de paciente que se encuentra.

Resuelve los siguientes casos en grupo indicando cómo debería actuar el logopeda ante estas situaciones y explicando de forma justificada cómo debería ser su fluidez verbal, sus silencios y sus tiempos de habla según estos pacientes.

CASO 1: MUTISMO SELECTIVO

Datos del paciente

Niño de cinco años, escolarizado en educación infantil con una hermana de pocos meses.

Origen y evolución del problema

Niño con desarrollo motor y lingüístico normal que comienza a presentar mutismo selectivo con iguales, profesores y desconocidos desde el nacimiento de su hermana. No hay antecedentes personales ni modelos familiares característicos, destacando la gran timidez del padre y la madre muy extrovertida pero muy protectora. Los padres lo definen como un niño muy extrovertido hasta el momento.

Mantenimiento del problema y características

- Las personas de su entorno no le dejan terminar sus intervenciones cuando habla.
- Tendencia a adivinar lo que necesita.
- No habla ante personas que no pertenecen a su entorno familiar.
- La mamá siempre le repite “cuidado con desconocidos, son malos”

RESOLUCIÓN DEL CASO

- a. ¿Cómo debe actuar el logopeda?
- b. ¿Su fluidez verbal ha de ser baja/nula o parar al paciente para que no hable tanto?
- c. ¿Cómo debe gestionar los silencios en su comunicación?
- d. ¿Debe hablar más o menos que el paciente delante del que se encuentra?

CASO 2: VERBORREA O LOGORREA

Datos del paciente

Mujer de 42 años, recién separada y con dos hijos de 10 y 14 años. Acude al psicólogo por padecer un trastorno bipolar que alterna la psicosis maníaco-depresiva con transición de fases de depresión y fases maníacas. En las segundas, presenta un flujo de habla mucho mayor de lo habitual (logorrea), además de hiperactividad, nerviosismo, desinhibición o taquifemia.

Origen y evolución del problema

Comienza a presentar el trastorno psicológico algunos meses antes de separarse y tras la ruptura, empeora. Las fases de depresión son menores y se manifiestan más con las personas de su entorno. En cambio, cuando habla del problema a personas externas las fases son maníacas y, es aquí donde aparece el problema principal, su verborrea, que hace que en ocasiones su discurso sea ininteligible.

Mantenimiento del problema y características

- Monótona repetición de palabras y frases.
- Deseo de hablar de forma excesiva.
- Aceleración del pensamiento.
- Cambios bruscos de tema.
- Pérdidas puntuales de la coherencia de su discurso.

RESOLUCIÓN DEL CASO

- a. ¿Cómo debe actuar el logopeda?
- b. ¿Su fluidez verbal ha de ser baja/nula o parar al paciente para que no hable tanto?
- c. ¿Cómo debe gestionar los silencios en su comunicación?
- d. ¿Debe hablar más o menos que el paciente delante del que se encuentra?

TALLER 9: Velocidad y Pronunciación

En este taller utilizaremos la técnica del role-playing con diferentes situaciones. Se repartirá a cada grupo una ficha que contendrá una situación diferente de casos que se pueden dar en una consulta de logopedia, en las que se expone una dificultad respecto a la velocidad y pronunciación durante el discurso, bien por parte del logopeda o bien por parte del paciente. Se dejará un tiempo (10-15 minutos aproximadamente) para que cada grupo se prepare su caso y, posteriormente, serán expuestos. Se pueden plantear infinidad de situaciones, aquí mostramos algunas de ellas:

Situaciones en las que el logopeda actúa mal:

- a. Un logopeda que cuando habla presenta onicofagia, por tanto, no se le entiende.
- b. Un logopeda que explica las actividades a mucha velocidad.

Situaciones en las que el paciente actúa mal:

- a. Un paciente que habla muy lento por un trastorno depresivo.
- b. Un paciente que tiene disartria (trastorno de la articulación).

Siguiendo la metodología del taller 3 sobre gestos y movimientos, afirmamos que las expuestas anteriormente, son situaciones que aunque dadas desde un punto de vista diferente, mal comportamiento del logopeda, por el que tiene que aprender a autogestionarse y mal comportamiento del paciente, por el que tienen que aprender a gestionar la situación según el paciente, implican directamente al logopeda, en cómo tiene que gestionar su propio comportamiento o cómo actuar ante una situación incómoda por el paciente.

TALLER 10: Cierre de la Formación

La mejor manera de saber si conocemos la teoría es llevándola a la práctica. En el último taller se aunarán todos los conocimientos dados a lo largo de los nueve talleres anteriores, y para ello, cada grupo creará una situación de intervención logopédica (no dada sino la que ellos quieran) tratando de manera cuidadosa y adecuada cada uno de los comportamientos sobre comunicación no verbal trabajados a lo largo de esta formación. Dejaremos un tiempo para que se preparen las situaciones y después se llevará a cabo su representación. Mientras un grupo expone su práctica todos los demás deberán rellenar una hoja de registro (Anexo 6) en la que anoten como se ha llevado a cabo esa conducta no verbal y paralingüística.

Una vez terminada la actividad se les entregará una evaluación final en la que puedan anotar algunos datos de interés sobre los talleres a los que han asistido como facilidades, limitaciones o su opinión general al respecto.

Por ello, el único material necesario en esta sesión serán las hojas de registro para valorar a los demás grupos y la rúbrica de la evaluación final.

Anexo 2. Consentimiento informado para la grabación de sesiones. Elaboración propia.

Este documento intenta explicarte todas las cuestiones relativas a la utilización que se realizaría de tus datos de participación en la grabación de las sesiones prácticas de los talleres. Léelo atentamente y consulta con el mediador todas las dudas que se te planteen.

1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA GRABACIÓN DE LAS SESIONES

Desde el Centro en el que se impartirán los diferentes talleres se lleva a cabo la grabación de las sesiones con fines formativos y de desarrollo profesional para los/las logopedas que acuden a estos. Las grabaciones se utilizarán como apoyo y propio material de alguna de las prácticas.

2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los datos que se obtengan de tu participación serán utilizados únicamente con fines de formación y únicamente por parte del equipo formado por el mediador y todos los participantes, guardándose siempre tus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. En ningún caso se harán públicos, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos. Cuando finalicen, serán eliminados.

3. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Si, en el caso de decidir participar y consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la intervención deseas dejar de participar en la grabación de las

sesiones, logramos que nos lo comuniquen y a partir de ese momento se dejarán de utilizar las grabaciones con fines de formación y desarrollo profesional.

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña..... he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la grabación de las sesiones y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en la grabación de las sesiones y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

En....., a..... de..... de 20.....

Firmado:

- 8. ¿Qué volumen tono y entonación utilizaremos en nuestro discurso?**
- 9. ¿Cómo debe ser la fluidez del logopeda al hablar? ¿Cuánto crees que debe hablar, mucho o poco? ¿Deberá utilizar silencios?**
- 10. ¿Cómo crees que debe ser la pronunciación y velocidad de su discurso hablado durante las sesiones?**
- 11. Enumera los conocimientos, competencias y actitudes que te gustaría aprender en estos talleres.**
- 12. Otras observaciones.**

Rúbrica de evaluación específica para talleres

Nombre:

Fecha:

Las rúbricas de cada taller específico se llevarán a cabo en base al esquema de trabajo y no por el contenido. Al final de todas las sesiones se realizará una evaluación conjunta de forma oral, que permitirá a los participantes conocer la opinión de sus compañeros sobre el taller impartido ese día así como ayudar al mediador a rellenar esta rúbrica específica. Esta se conforma por preguntas abiertas y otras cerradas, siguiendo una escala tipo Likert en la que habrá que marcar con una X la respuesta elegida con la posibilidad de hacer observaciones sobre ella.

1. ¿Se han cumplido los objetivos establecidos?

Completamente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Completamente en desacuerdo

Observaciones

2. ¿El procedimiento ha sido el adecuado?

Completamente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Completamente en desacuerdo

Observaciones (sobre las facilidades o limitaciones dadas durante el procedimiento).

3. ¿Se ha trabajado de manera cooperativa sin dificultad?

Nada	Poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ¿Cómo eran, en cuanto al grado, los conocimientos previos de los participantes?

Nulos	Bajos	Medios	Altos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿Ha habido un buen resultado de la práctica?

Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones

6. Grado de satisfacción por parte de los integrantes:

Poco satisfactorio	Algo satisfactorio	Satisfactorio	Muy satisfactorio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones

7. Evaluación global del taller.

Evaluación final de los talleres por los participantes

Nombre:

Fecha:

Tu opinión es muy importante para nosotros. Nos es sumamente útil para seguir organizando y mejorando la impartición de nuestros talleres sobre comunicación no verbal. Por ello, te pedimos que dediques unos minutos a responder a las preguntas que figuran a continuación. Pon una X en la casilla que elijas como respuesta.

1. ¿Cómo de probable es que puedas poner en práctica los conocimientos aprendidos en estos talleres?

Muy probable

Probable

Algo probable

Improbable

2. Enumera los conocimientos/competencias/actitudes que crees que te será más fácil llevar a la práctica profesional.

Muy probable

Probable

Algo probable

Improbable

3. El material teórico-práctico del taller fue pertinente e informativo.

Completamente de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Completamente en desacuerdo

3. ¿Te fueron útiles las lecturas previas y los folletos?

Muy útiles

Útiles

Algo útiles

Nada útiles

5. ¿Te fueron útiles los estudios de caso?

Muy útiles

Útiles

Algo útiles

Nada útiles

6. ¿Qué opinión crees que merece la distribución entre presentaciones, discusiones y ejercicios?

Excelente Buena Regular Mala

7. ¿Cómo consideras el tiempo asignado a las píldoras de conocimiento?

Suficiente Relativamente suficiente Relativamente insuficiente Insuficiente

8. ¿Cómo consideras el tiempo asignado a las discusiones en grupo, las preguntas y las respuestas?

Suficiente Relativamente suficiente Relativamente insuficiente Insuficiente

9. ¿Cómo consideras el tiempo asignado al trabajo en grupo?

Suficiente Relativamente suficiente Relativamente insuficiente Insuficiente

10. Según tu opinión, ¿la organización general favoreció una buena experiencia de aprendizaje?

Completamente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Completamente en desacuerdo

11. Recomendarías esta formación sobre comunicación no verbal.

Completamente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Completamente en desacuerdo

12. Si consideras que se omitió algo que debería haberse tratado, sírvase indicarlo a continuación.

13. ¿Qué acortarías/eliminarías, si acaso, del programa actual?

14. Formula tus posibles observaciones y propuestas de mejora (continúa en la última hoja en blanco si fuera necesario).

15. Formula tus posibles observaciones sobre las distintas sesiones (puedes orientarte por los criterios siguientes: pertinencia, facilitación, discusiones, tratamiento de las preguntas, contenido de las sesiones, organización de las sesiones, presentaciones, ayudas visuales e instrumentos utilizados, entorno de aprendizaje, técnicas prácticas, trabajo cooperativo tiempo asignado y ritmo de la sesión).

- Sesión 1. Bienvenida, expectativas y panorama general del taller

- Sesión 2. Postura, orientación y proximidad.

- Sesión 7: Fluidez, silencios y tiempo de habla.

- Sesión 8: Velocidad y pronunciación.

17. Mis expectativas fueron satisfechas (marca y escribe las observaciones pertinentes).

Completamente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Completamente en desacuerdo

Observaciones

19. ¿Qué opinión crees que merece el taller de capacitación en general?

Excelente Bueno Regular Malo

¡Gracias por tu tiempo!

Anexo 6. Hoja de registro y evaluación del role-playing del taller 10.

Instrucciones: Indica con una X en una de las tres columnas y añade las observaciones oportunas.					
INDICADORES: El logopeda ...		SÍ	NO	A VECES	Observaciones
Expresión facial	Mantiene una expresión facial adecuada				
Gestos y movimientos	Realiza gestos que apoyan su comunicación verbal				
	Utiliza movimientos congruentes con lo que dice				
Apariencia y mirada	Guarda una apariencia correcta y acorde al contexto en el que se desenvuelve				
	Está aseado				
	Mantiene contacto ocular fijo con el paciente				
	Retira la mirada cuando es necesario				
	Utiliza algún elemento de diferenciación con el paciente (bata, casaca...)				
Postura, orientación y proximidad	Guarda una postura correcta				
	Mantiene una orientación oportuna cuando se dirige al paciente				
	Guarda una distancia adecuada con el paciente				
	Respeto la distancia interpersonal del paciente				
Contacto físico	Comenta al paciente el porqué del posible contacto físico durante la Intervención logopédica				
	Tiene demasiado contacto físico con el paciente				
	Tiene muestras de apoyo con el paciente (tocarle el hombro)				
Volumen, tono y entonación	Utiliza un volumen de intensidad media (ni fuerte ni flojo) en su discurso				
	Utiliza elementos prosódicos adecuados				
	Mantiene una entonación monótona				

Fluidez, silencios y tiempo de habla	Su fluidez es excesiva				
	Utiliza una fluidez adecuada a la intervención y necesidades del paciente				
	Hace silencios donde no corresponden				
	Utiliza el silencio adecuadamente como recurso durante la intervención				
	El tiempo de habla es mayor que el del paciente				
	El tiempo de habla es menor que el del paciente				
Velocidad y pronunciación	Utiliza una velocidad adecuada en su discurso				
	Pronuncia de forma clara y adecuada para que se le entienda				
Otros	Respeto el turno de palabra del paciente				
	Usa un vocabulario ajustado a los pacientes				
	Utiliza normas y formas de cortesía y saludos adecuadas				

Tabla 4. Hoja de registro y evaluación del role-playing. Elaboración propia.

