

## Habilidades terapéuticas en logopedia: punto de vista de profesionales y pacientes

**Beatriz Calabuig-Sanfeliu<sup>1</sup>**

Departamento de Logopedia . Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. ✉ 

**José Francisco Cervera-Mérida**

Departamento de Logopedia . Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. ✉ 

**Amparo Ygual-Fernández**

Departamento Psicología Evolutiva y de la Educación. Universitat de València. ✉ 

<https://dx.doi.org/10.5209/rlog.88034>

Recibido 12 de abril de 2023. Primera revisión 7 de junio de 2023. Aceptado 30 de enero de 2024

**Resumen:** Las profesiones sanitarias evolucionan hacia un Modelo Clínico Centrado en el Paciente, heredero del modelo biopsicosocial, caracterizado por su comprensión holística, la relación de ayuda y la toma de decisiones compartidas. Este modelo requiere que los profesionales dispongan de habilidades terapéuticas que favorezcan la relación y el bienestar subjetivo del paciente. Nuestro estudio investiga las opiniones de logopedas y pacientes sobre el papel de estas habilidades, cuál consideran la más importante y cómo influye la experiencia laboral en sus percepciones. En este estudio tomaron parte 558 personas divididas en dos grupos: Profesionales y Pacientes-Familiares. Los datos se recabaron con formularios separados para logopedas y pacientes. Se compararon las respuestas de los grupos y se correlacionó con la experiencia profesional. Los pacientes valoran las habilidades terapéuticas por encima de conocimientos y experiencia. Los profesionales otorgan más importancia a los conocimientos a medida que aumentan experiencia y toman sus decisiones en función de las pruebas o de su propio criterio, antes que en un intercambio de información con el paciente. La habilidad terapéutica más valorada por ambos grupos es la empatía y esta apreciación crece conforme aumenta la experiencia. Los pacientes vinculan la excelencia del profesional a sus habilidades terapéuticas. Los pacientes otorgan el máximo valor a las habilidades terapéuticas y los logopedas les confieren un papel muy importante, equiparándolas a los conocimientos. Estos resultados soportan la idea de que los logopedas han asumido el modelo biopsicosocial, pero no confirman que apliquen la Toma de Decisiones Compartidas, núcleo del Modelo Clínico Centrado en el Paciente.

**Palabras clave:** Empatía; Habilidades terapéuticas; Logopedia; Relaciones Profesional-Paciente.

## ENG Therapeutic skills in speech therapy: practitioner and patient perspectives

**Abstract:** Health professions are moving towards a patient-centred clinical model, heir to the biopsychosocial model, characterised by its holistic understanding, the helping relationship and shared decision making. This model requires professionals to have therapeutic skills that favour the relationship and the subjective well-being of the patient. This study explores the views of speech and language therapists and patients on the role of these skills, which they consider most important, and how work experience influences their perceptions. A total of 558 participants were divided into two groups: Professionals and patient relatives. Data were collected using separate forms for speech and language therapists and patients. Group responses were compared and correlated with work experience. Patients value therapeutic skills more than knowledge and experience. Professionals value knowledge more as they gain experience and make decisions based on evidence or their own judgement rather than on an exchange of information with the patient. The therapeutic skill most valued by both groups is empathy, and this appreciation increases with experience. Patients associate the professional's excellence with their therapeutic skills. Patients place the highest value on therapeutic skills and speech and language therapists give them a very important role, equating them with knowledge. These results support the idea that speech and language therapists have adopted the biopsychosocial model, but do not confirm that they apply Shared Decision Making, the core of the patient-centred clinical model.

<sup>1</sup> Autor para correspondencia. Avda. de la Ilustración 2, 46110 Burjassot. 661693388

**Keywords:** Empathy; Professional-patient relationship; Speech and language therapy; Therapeutic competence.

**Sumario:** Introducción. Método. Participantes. Procedimiento. Instrumentos. Análisis de datos. Resultados. Conclusión. Bibliografía.

**Cómo citar:** Calabuig-Sanfeliu, B., Cervera-Mérida, J. F., y Ygual-Fernández, A. (2024). Habilidades terapéuticas en logopedia: punto de vista de profesionales y pacientes. *Revista de Investigación en Logopedia* 14(1), e88034 <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.88034>

## Introducción

El modelo biopsicosocial, propuesto por Engel (Engel, 1977; 1980; Tizón, 2007) hacia finales del siglo XX, ha ido reemplazando progresivamente al modelo biomédico tradicional, de carácter reduccionista, paternalista y centrado únicamente en la enfermedad. Este nuevo paradigma supone una forma renovada de afrontar el proceso de salud y enfermedad al contemplar a la persona de forma holística, tanto en su dimensión biológica como psicológica y social. En la actualidad, la síntesis del modelo biopsicosocial con los abordajes clínicos de Práctica Basada en la Evidencia ha producido una evolución hacia el Modelo Clínico Centrado en el Paciente (MCCP) (Turabian, 2018). Los antecedentes del MCCP los encontramos en los trabajos de Rogers (1979) de la segunda mitad del siglo XX, quien desarrolló el modelo de *terapia centrada en el cliente*, y en los trabajos de Balint (1969), que introdujo los conceptos de *comunicación centrada en el paciente* y *escucha activa* y defendió el papel de los propios clínicos como potentes instrumentos diagnósticos y terapéuticos. La aparición de este nuevo paradigma se ha visto motivada por cambios sociales, culturales, políticos, organizacionales y éticos (Camps, 2007), que han empujado a los sanitarios hacia este modelo caracterizado principalmente por cuatro componentes: a) la exploración, tanto de la enfermedad como de la dolencia o experiencia personal de estar o sentirse enfermo; b) la comprensión de la persona de forma integral; c) la toma de decisiones compartidas entre profesional y paciente acerca de los procedimientos diagnósticos y los objetivos de tratamiento y d) el desarrollo de un vínculo relacional de calidad entre el profesional y el paciente en términos de confianza, respeto y empatía. Contamos con evidencia de que el MCCP mejora la eficacia y la eficiencia de los tratamientos (Fiorio et al., 2018), así como la satisfacción de pacientes y profesionales.

Estos nuevos modelos clínicos generan en los sanitarios la necesidad de acompañar sus conocimientos de determinadas habilidades que favorezcan la relación de ayuda y la comunicación con los pacientes, para afrontar situaciones complejas que, en ocasiones, no tienen solución definitiva o que generan secuelas crónicas. Monfort et al. (2014) apuntan el papel decisivo que las variables personales del logopeda juegan en la intervención y afirman que su calidad puede hacer eficaz un método de intervención mediocre y volver estéril otro que cuente con evidencia científica. Por ejemplo, la psicología adoptó a principios del siglo XX, el término griego empatía y desde entonces, la literatura científica la ha destacado como una de las cualidades más importantes que debe desarrollar el terapeuta. En la década de los '50, Rogers destacó tres cualidades necesarias y suficientes que debía presentar el profesional para lograr el éxito en la terapia: empatía, aceptación positiva incondicional y autenticidad o congruencia. Desde la medicina, se ha comprobado que la empatía por parte del profesional reporta numerosos beneficios en el encuentro clínico como, por ejemplo, obtener historiales de casos detallados y minuciosos, construir una relación y alianza terapéutica con los pacientes, y fomentar un mayor cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento.

Del mismo modo, la habilidad de los profesionales para motivar a los pacientes, también ha sido destacada en la literatura científica como una variable importante que puede contribuir al logro de cambios que tengan un impacto terapéutico en la vida de los pacientes.

Del mismo modo que encontramos consenso sobre la importancia que adquieren las habilidades de los profesionales sanitarios en la relación de ayuda con sus pacientes (Hunting, 2021), también existe acuerdo sobre la necesidad de incorporar su entrenamiento en los planes de estudios universitarios (Finch et al., 2017). A los logopedas se les atribuye erróneamente el dominio de habilidades comunicativas (verbales y no verbales) para tratar a sus pacientes (asertividad, habilidad para comunicar malas noticias, empatía...). El hecho de que su ámbito de actuación incluya el abordaje de trastornos de la comunicación, no supone que dominen las habilidades comunicativas, ni tan siquiera que dispongan de ellas. Cameron et al. (2017) y Sekhon et al. (2019) comprobaron que los estudiantes de logopedia que participaron en sus estudios presentaban un conocimiento limitado en estrategias comunicativas, así como una baja confianza en su habilidad para comunicarse con pacientes con afasia. Ante la evidencia de que los estudiantes de logopedia parecen no dominar las habilidades terapéuticas (HH.TT.) propias de la profesión (Holmes et al., 2019; Lovell, 2018), muchas universidades comienzan a incluir la formación práctica y estructurada en estas habilidades en el marco de los planes de estudio.

A pesar de que existe consenso sobre la necesidad de que en la formación de los profesionales sanitarios se incluya el aprendizaje de HH.TT., todavía carecemos de acuerdo sobre qué habilidades, en concreto, precisa el logopeda en el ejercicio de su profesión. En el presente estudio se ha tenido

en cuenta las HH.TT. más citadas entre los autores: empatizar, motivar, reforzar y comunicar de forma verbal y no verbal (Hegde y Kuyumjian, 2020; Rhea y Simmons, 2021; Wüdrich et al., 2017). La investigación relativa a las habilidades personales y a la actitud de los logopedas es reducida y la mayor parte de las publicaciones trata de la percepción social que tienen los pacientes o los padres sobre el trabajo realizado por el logopeda (Monfort et al., 2014). Dado el peso que las habilidades terapéuticas del logopeda ejercen sobre el logro de resultados terapéuticos y el consenso sobre la necesidad formación en las mismas, nuestro estudio se dirige a conocer qué valor otorgan los profesionales y los pacientes a un conjunto de HH.TT. muy citadas por los autores y al papel que éstas desempeñan en el proceso de intervención, en comparación con los conocimientos técnicos o la experiencia profesional. Tradicionalmente, el estudio de habilidades de los logopedas se ha llevado a cabo a través de cuestionarios no tipificados (Cameron, A., et al., 2017; Early, D., et al., 2022; Sekhon, J. K., et al., 2019). En nuestro estudio hemos empleado dos herramientas de recolección de datos: un formulario online dirigido a logopedas colegiados españoles, y una encuesta para pacientes, padres y/o cuidadores.

## Método

### Participantes

Participaron 558 personas divididas en Grupo Profesionales y Grupo de Pacientes-Familiares. El Grupo Profesionales estuvo formado por 448 voluntarios de distintas ciudades españolas que cumplimentaron un formulario online generado en la plataforma Google-Forms y distribuido a través del correo electrónico por la red de colegios de logopedas de España. Su edad media era de 36 años y el rango de edad oscilaba entre los 22 y los 64 años. El 93,3% eran mujeres. Todos eran logopedas colegiados con acceso a la profesión mediante los estudios de Grado en Logopedia (34%), de Diplomatura en Logopedia (51%) o mediante habilitación profesional (15%). Un porcentaje menor tenía, además, estudios de máster (22%) y doctorado (2%). En relación a los años de experiencia, se establecieron las siguientes categorías: experiencia mínima (inferior a 3 años), experiencia escasa (entre 3 y 7 años), experiencia moderada (entre 7 y 12 años), experiencia alta (entre 12 y 20 años) y experiencia máxima (superior a 21 años). El mayor número de los encuestados (54%) trabajaba en gabinetes privados y el menor número (4%) en hospitales. El 12% trabajaba en centros de Atención Temprana, el 10% en centros escolares y el 7% en policlínicas. Más de la mitad de la muestra (62%) atendía tanto a niños como adultos, mientras que el 31,5% sólo a niños, y un porcentaje inferior al 10% únicamente a población adulta.

El Grupo de Pacientes-Familiares estuvo formado 110 participantes, seleccionado por ser accesibles a los investigadores mediante un muestreo por bola de nieve. El 1,9% eran adultos que actualmente acudían al logopeda y el 13,2% lo habían hecho anteriormente; el 56,6% eran padres de niños que recibían atención logopédica en la actualidad, frente al 28,3% que la habían recibido en el pasado. Los 110 participantes habían sido atendidos por 79 profesionales diferentes en 58 centros distintos de 3 provincias españolas. Todos ellos cumplimentaron una encuesta enviada por correo electrónico. Aproximadamente la mitad de la muestra (45,2%) había sido atendida o recibía intervención logopédica en la actualidad por dificultades de aprendizaje de lectura y escritura.

### Procedimiento

Se llevó a cabo un estudio descriptivo a partir de las encuestas cumplimentadas por pacientes y logopedas destinado a conocer las opiniones de profesionales y pacientes sobre el papel de las HH.TT. en la intervención logopédica. Se correlacionó las respuestas de los clínicos con su experiencia profesional. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en la Investigación de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir con el número registrado UCV/2021-2022/O27, de acuerdo con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

### Instrumentos

Se emplearon dos herramientas de recolección de datos: un formulario online y una encuesta enviada por correo electrónico. El formulario online se aplicó al Grupo Profesionales. Recogía nueve preguntas de respuesta cerrada y una pregunta abierta. Iba dirigido a conocer la opinión sobre determinados aspectos relativos a HH.TT. (importancia de éstas en comparación con los conocimientos y la experiencia profesional; toma de decisiones compartidas; HH.TT. más importantes) y sobre los requisitos para alcanzar la excelencia profesional en el ejercicio de la logopedia. En el formulario se ofrecía una definición de cada una de las habilidades terapéuticas. Las respuestas fueron codificadas y se procedió al análisis estadístico y a la obtención de resúmenes descriptivos y tablas.

La encuesta fue contestada por el Grupo de Pacientes-Familiares a través de correo electrónico. Contenía una pregunta de respuesta abierta y dos de escala numérica, dirigidas a conocer qué importancia concedían a determinados aspectos de la intervención (conocimientos, HH.TT. y experiencia profesional); qué HH.TT. consideraban más importantes; y las cualidades que debería tener un excelente profesional de la logopedia. Se codificaron y analizaron las respuestas siguiendo el mismo procedimiento que con el Grupo Profesionales.

## Análisis de datos

Se empleó SPSS v24.0 (IBM Corp, 2016) para llevar a cabo los análisis estadísticos. Se realizaron análisis descriptivos para cada una de las variables examinadas, todas de naturaleza categórica. Consecuentemente, se optó por métodos de análisis no paramétricos, siendo la prueba de Chi cuadrado la más adecuada dada la tipología de los datos. El enfoque principal del análisis fue investigar si el grupo de profesionales tenía opinión diferente al de pacientes y familiares acerca de la apreciación de las HH.TT. y del resto de variables y conocer la tendencia de cada uno de los grupos. También se investigó si existía una relación estadísticamente significativa entre las opiniones de los profesionales y su nivel de experiencia en el ámbito profesional. Específicamente, se exploró cómo la experiencia profesional se asociaba con la valoración de tres componentes críticos: habilidades terapéuticas, conocimientos técnicos y experiencia profesional. Este enfoque permitió discernir si las percepciones sobre la importancia de estos componentes variaban en función de la experiencia de los participantes.

## Resultados

### Apreciación de la importancia de las HH.TT. en el proceso de intervención

La figura 1 muestra los resultados de la valoración de los dos subgrupos de participantes acerca de la mayor o menor importancia concedida a los conocimientos técnicos, las HH.TT. y la experiencia profesional.

El análisis de frecuencias intergrupos mediante la prueba Chi-cuadrado de independencia no revela diferencias estadísticamente significativas entre el Grupo Profesionales y el Grupo Pacientes-Familiares ( $\chi^2(2, N=558) = 1,9; p=,39$ ). En el Grupo de Profesional, las HH.TT. fueron consideradas el aspecto más importante (38,5 %), pero casi al mismo nivel que los conocimientos técnicos (36%) y, en tercer lugar, la experiencia profesional (25,5 %). Los participantes del Grupo Pacientes-Familiares coincidieron en el orden establecido por el Grupo Profesional, aunque con mayor diferencia a favor de las HH.TT. (44,2 %) respecto a los conocimientos (29,2 %), y con una apreciación casi idéntica que los profesionales en relación a la experiencia (26,2 %). El análisis de residuos estandarizados solamente indica diferencias moderadas entre las frecuencias observadas y las esperadas en el caso del grupo Pacientes-Familiares que tiene moderada tendencia a elegir las HH.TT. (residuo estandarizado = 0,7) y también una tendencia moderada a no elegir los conocimientos (residuo estandarizado = -1).

El análisis de bondad de ajuste Chi-cuadrado para el grupo Profesionales mostró una desviación significativa de lo esperado bajo una distribución uniforme ( $\chi^2(2, N=448) = 12,25, p =,002$ ). Se observó una preferencia por HH.TT. (residuo estandarizado de 1,9) y menos elecciones de experiencia (residuo estandarizado de -2,8), indicando patrones de elección no aleatorios. En contraste, para Familiares-Pacientes, la variación de una distribución uniforme no fue significativa ( $\chi^2(2, N=110) = 5,31, p =,07$ ), con una leve preferencia por la elección 2 (residuo estandarizado de 1,87) y menores frecuencias en las elecciones 1 y 3 (residuos estandarizados de -0,77 y -1,10), reflejando tendencias menos definidas en comparación con los Profesionales.

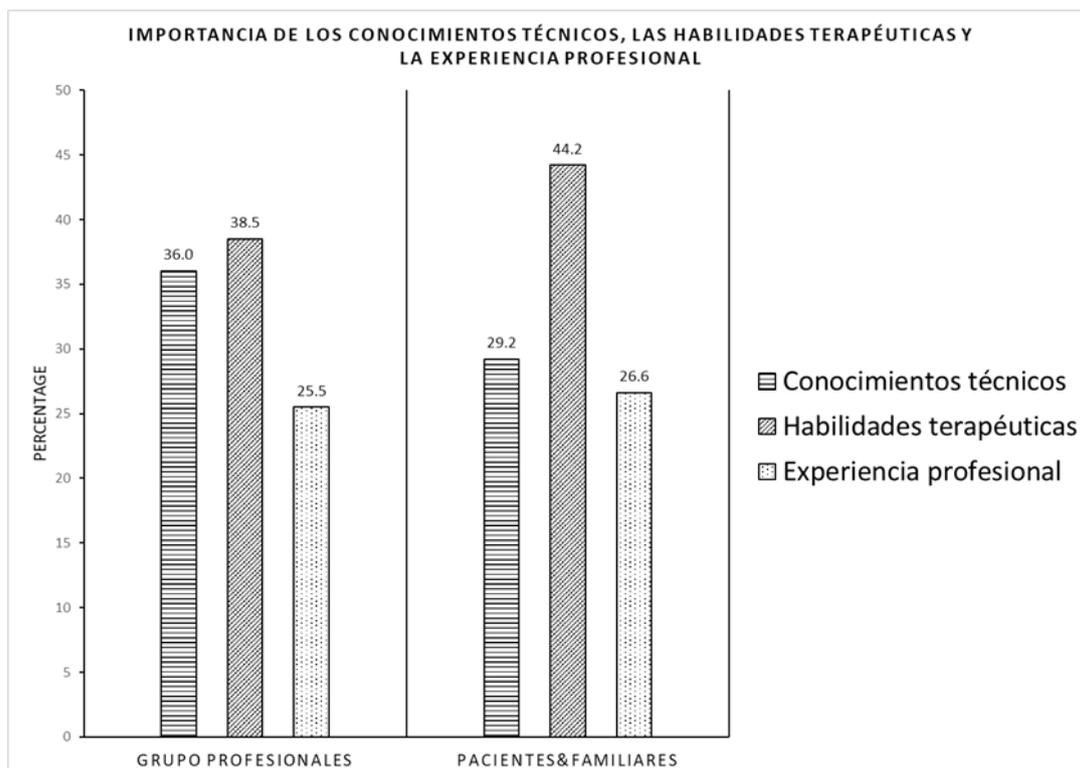


Figura 1. Apreciación de la importancia de las habilidades terapéuticas, los conocimientos técnicos y la experiencia profesional en los grupos

## Importancia concedida a las HH.TT. por los logopedas en función de los años de experiencia profesional

A fin de determinar si existía diferencia en la importancia concedida a los tres elementos valorados (conocimientos técnicos, HH.TT. y experiencia) en función de los años trabajados por los participantes del Grupo Profesionales, divididos en los subgrupos establecidos de experiencia mínima, escasa, moderada, alta y máxima se aplicó la prueba chi-cuadrado de independencia, que reveló diferencias significativas entre las categorías, ( $\chi^2(8, N=448)=23,7; p<.003$ ), indicando una relación estadísticamente significativa en los datos. El análisis de residuos indica que las personas con mínima y escasa experiencia tienden a subvalorar la importancia de los conocimientos (residuos estandarizados = -2,3 y -6,4), mientras que conceden mucha más importancia a la experiencia (residuos estandarizados = 1,7 y 10,8). En contraposición, las personas con alta y máxima experiencia dan más importancia a los conocimientos (residuos estandarizados 7,2 y 1,9). La figura 2 muestra los porcentajes de logopedas de cada subgrupo que valoraron en primer lugar cada uno de los tres elementos.

Para los grupos con experiencia mínima, baja y moderada, las HH.TT. siempre están por encima de los conocimientos, aunque son los de experiencia mínima y baja quienes más resaltan la diferencia (40% frente al 30% aproximadamente), ya que los de experiencia moderada prácticamente les asignan la misma importancia (36% frente a 33% aproximadamente). Los grupos de experiencia alta y máxima valoraron más los conocimientos técnicos que las HH.TT., invirtiendo su apreciación con los grupos de baja experiencia profesional.

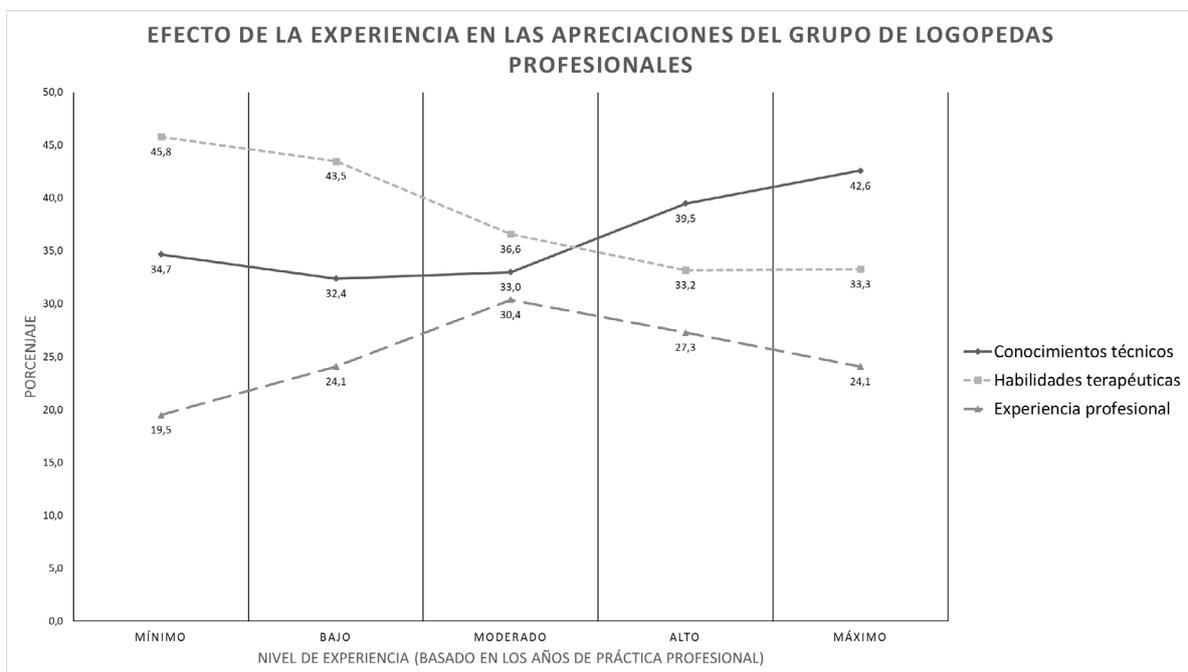


Figura 2. Efecto de la experiencia en las apreciaciones de los logopedas acerca de la importancia de los conocimientos técnicos, las habilidades terapéuticas y la experiencia profesional

## Apreciación de la HH.TT. más importante en la intervención

Se preguntó al grupo de Profesionales y al de Pacientes-Familiares qué habilidad terapéutica consideraban más importante. Para ello se les proporcionó un listado de cuatro habilidades con sus correspondientes definiciones (*empatizar, motivar, reforzar y saber comunicarse verbal y no verbalmente*) y se les pidió cuál consideraban la más importante. Empatizar es la habilidad considerada en primer lugar, seguida de motivar, por los dos grupos a gran distancia del resto de habilidades (figura 3). En el Grupo Profesionales, *saber reforzar* fue elegida en tercer lugar por el 13,3 % de los participantes.

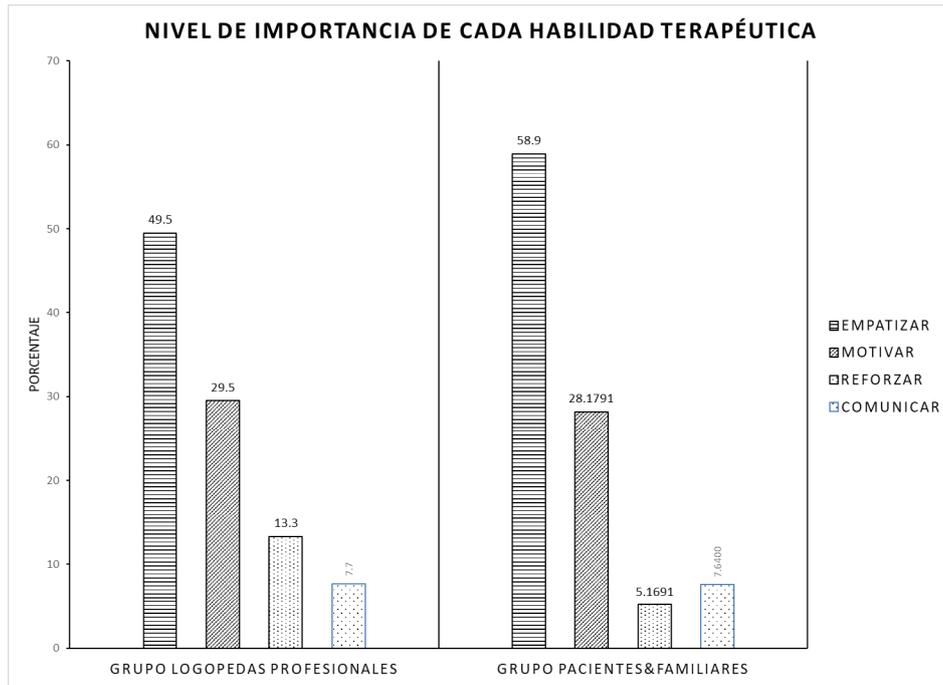


Figura 3. Importancia de cada habilidad terapéutica asignada por los grupos

### Efecto de la experiencia profesional en la importancia concedida a la habilidad terapéutica Empatizar

Empatizar fue la habilidad terapéutica más valorada por los profesionales. La apreciación de esa importancia crece con los años de la experiencia y muestra una correlación significativa muy leve ( $Tau-B=,13$ ;  $p<,001$ ). El 33,3% de los profesionales con experiencia mínima la considera la habilidad más importante. El porcentaje crece en cada nivel superior, hasta alcanzar el valor máximo de 64,2% para los profesionales de máxima experiencia (figura 4).

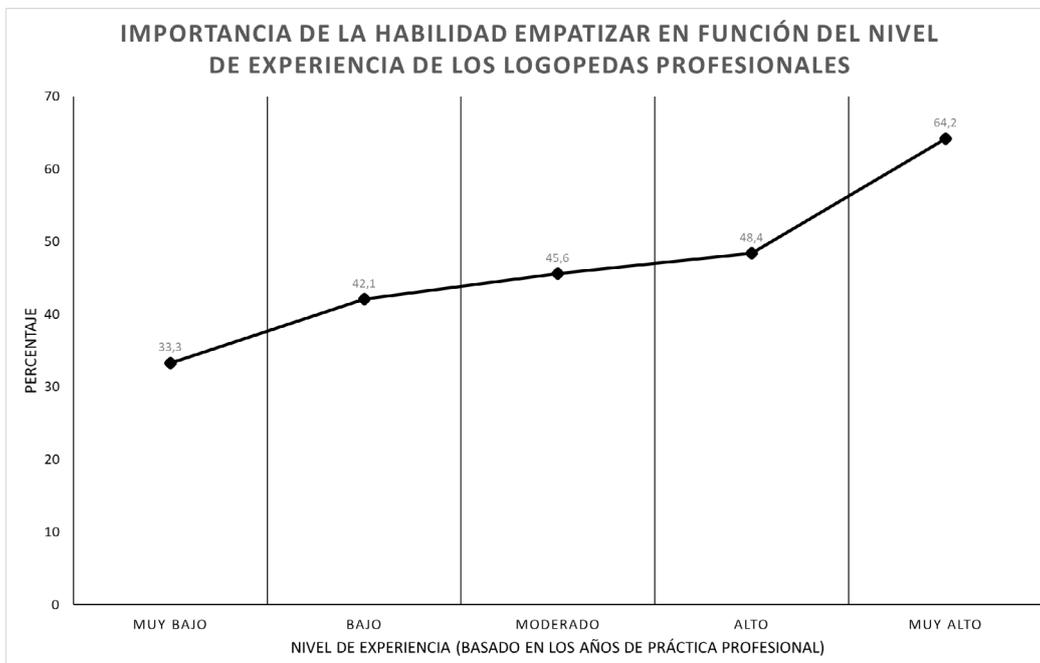


Figura 4. Efecto de la experiencia profesional en la percepción de la importancia de la empatía

Se hizo una pregunta complementaria a los logopedas del Grupo Profesional, cuyo objetivo era comprobar si en su práctica clínica han asumido el principio de *toma de decisiones compartida*. Se les preguntó si para la elección de los objetivos terapéuticos se basaban: a) en los resultados de las pruebas aplicadas; b) en su propio criterio; c) los acordaban conjuntamente con el paciente. Las diferencias entre las tres respuestas descartan alcanzan significación estadística ( $\chi^2(2, N = 448) = 12$ ;  $p <,01$ ). Aproximadamente la mitad de los logopedas de la muestra (47%) indicó que se basaban en los resultados de las pruebas aplicadas al

paciente o en su propio criterio (38,8%). Tan sólo el 14,2% de los logopedas consideró la selección de objetivos de intervención principalmente como un proceso interactivo.

### Apreciación por parte de los profesionales acerca de su formación en HH.TT. durante sus estudios de grado

A partir de una pregunta de respuesta múltiple, se solicitó a los participantes en el Grupo Profesionales que indicaran qué aspectos les había proporcionado su formación universitaria: conocimientos técnicos (formación básica, formación sobre patologías y tratamientos), HH.TT. (empatizar, reforzar, motivar, comunicar verbal y no verbalmente), habilidades técnicas (saber documentarse, uso de software, técnicas de intervención) y conocimiento de deontología profesional (conocimiento de legislación y código deontológico). La gran mayoría afirmó que la formación universitaria le había proporcionado en primer lugar, conocimientos técnicos (97,5%) y habilidades técnicas (57,9%), mientras que la formación había sido mucho menor en conocimientos sobre deontología (30,9%) y escasa en HH.TT. (20,5%).

### Apreciación de las características que definen la excelencia en el ejercicio profesional del logopeda por parte del Grupo Profesionales y del Grupo de Pacientes-Familiares

Se analizó la percepción que logopedas y pacientes tienen sobre las características que definen a un excelente logopeda. A los dos grupos se les hizo una pregunta abierta cuyas respuestas fueron tipificadas a partir de los tópicos que se repetían con más frecuencia. La Tabla 1 recoge los tópicos descritos por los logopedas de la muestra y sus porcentajes de respuesta. Aproximadamente la mitad de los logopedas relacionó alcanzar la excelencia profesional con el logro de resultados terapéuticos, seguidos de la formación actualizada y continuada. Estos resultados indican que la eficacia y efectividad son la primera preocupación de los clínicos. Las HH.TT., lograr la satisfacción del paciente y aspectos de ética profesional, constituyen el segundo bloque de asuntos en consideración de la excelencia profesional. El resto de tópicos no superan porcentajes del 5%, incluido el que afirma que la excelencia resulta inalcanzable en el ejercicio profesional. Mención especial nos merece el tópico que alude a la toma de decisiones compartidas entre paciente y logopeda, que se puede considerar el eje del M CCP. Solamente el 1,1% de los encuestados asoció la excelencia profesional al proceso interactivo que supone la participación del paciente en la toma de decisiones.

Tabla 1. Características que definen la excelencia profesional según las respuestas del Grupo Profesionales (N=448)

Características	N	Porcentaje	Tópicos
Conseguir resultados	210	43.7%	lograr objetivos, resultados positivos y generalización de éstos a otros contextos, mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares
Contar con una formación actualizada y continua (conocimientos)	114	25.4%	formación actualizada y continua en conocimientos científicos y técnicos, hacer una evaluación y diagnóstico certeros, seleccionar adecuadamente los objetivos de intervención y el tratamiento adecuado a cada paciente
Contar con habilidades terapéuticas	96	21.4%	empatizar con el paciente, conseguir una buena comunicación con familiares y ajustar expectativas del paciente y familiares, ser sincero y honesto con el paciente, crear un clima de confianza con el paciente, respetar al paciente y sus familiares, trabajar de manera coordinada con otros profesionales
Lograr la satisfacción del paciente	92	20.5%	conseguir que el paciente se sienta satisfecho, feliz, motivado
Vocación y ética profesional	52	11.6%	mostrar valores y principios éticos derivar al paciente a otro profesional cuando el logopeda no es la persona indicada para tratarlo, ser honesto con uno mismo reconociendo las propias limitaciones, estar comprometido con la profesión, lograr la satisfacción personal, tener vocación
Excelencia como objetivo inalcanzable	21	4.7%	alcanzar la excelencia profesional es una utopía, desconocimiento del término excelencia
Adquirir reconocimiento profesional	19	4.2%	ser valorado y reconocido por el paciente, familiares y la sociedad en general, adquirir méritos investigadores
Ser eficiente	17	3.8%	conseguir resultados en el menor tiempo posible
Práctica basada en la evidencia	15	3.4%	uso de la evidencia más actual y vigente en la toma de decisiones en la atención individual de los pacientes
Conocimiento y aplicación del Código Deontológico	9	2.1%	conocer legislación de la profesión y el Código Deontológico
Habilidades técnicas	5	1.1%	dominio de metodología adecuada
Toma de decisiones compartidas entre paciente-logopeda	5	1.1%	el paciente decide libremente después de recibir la información adecuada por parte del logopeda entre las opciones clínicas disponibles
Experiencia profesional	4	0.9%	contar con una amplia trayectoria profesional

Las apreciaciones de los pacientes y familiares sobre las características que definen la excelencia en el ejercicio de la profesión de logopeda fueron recogidas y analizadas de la misma manera y se pueden apreciar en la tabla 2. El 92% de pacientes y/o familiares identificó la excelencia profesional con la adquisición de HH.TT. por parte del logopeda y el 53,6% relacionó la excelencia profesional con los conocimientos actualizados. En tercer lugar (18%), valoraron conseguir resultados positivos en el menor tiempo posible y en menor

porcentaje tener experiencia profesional, vocación y principios éticos. Por tanto, el grupo de pacientes y familiares invirtió los términos con respecto al grupo profesionales, valorando en primer lugar las HH.TT. y en segundo lugar los conocimientos.

**Tabla 2. Características que definen la excelencia profesional según las respuestas del grupo de pacientes y familiares (N=110)**

Características	n	Porcentaje	Tópicos
Contar con habilidades terapéuticas	101	92%	empatizar con el paciente, conseguir una buena comunicación con familiares y ajustar expectativas del paciente y familiares, ser sincero y honesto con el paciente, crear un clima de confianza con el paciente, respetar al paciente y sus familiares, trabajar de manera coordinada con otros profesionales
Mantener actualizados los conocimientos	59	53,6%	Mantenerse formado, realizar cursos de formación continua
Conseguir resultados	18	16,4%	lograr objetivos, resultados positivos, conseguir resultados en el menor tiempo posible
Tener experiencia profesional	11	10 %	que el logopeda cuente con una amplia trayectoria profesional
Vocación	10	9,1%	tener vocación
Principios éticos	9	8,2%	mostrar valores y principios éticos, estar comprometido con la profesión, ser tenaz, responsable, ser honesto, ser digno, tener paciencia
Tener habilidades técnicas	6	5,5%	dominio de metodología y técnicas adecuada.
Lograr la satisfacción del paciente	1	0,9%	conseguir que el paciente acuda feliz a la sesión
Realizar una práctica basada en la evidencia científica	1	0,9%	uso de la evidencia más actual y vigente en el tratamiento de los pacientes.

## Discusión

Durante las últimas décadas han acontecido cambios de índole económica, social, cultural, política y tecnológica que han favorecido un cambio de paradigma en la forma de entender la atención sanitaria, contribuyendo a la progresiva incorporación del paciente como sujeto activo en el acto terapéutico. El MCCP tiene en cuenta la capacidad de los pacientes para tomar decisiones en lo que concierne a su salud, haciendo necesaria la comunicación y el diálogo entre profesional y paciente. Los profesionales sanitarios se ven obligados a desarrollar habilidades que favorezcan la relación de ayuda, además de disponer de conocimientos sólidos y actualizados.

Nuestros resultados confirman que profesionales y pacientes coinciden en otorgar a las HH.TT. la máxima importancia en el proceso de intervención. Sin embargo, los profesionales les dan prácticamente la misma importancia que a los conocimientos técnicos, mientras que los pacientes les asignan mayor peso. Para los dos grupos la experiencia es el aspecto menos importante en el proceso de intervención.

Las respuestas que valoran las HH.TT. al mismo nivel que los conocimientos técnicos han sido muy consistentes. En nuestra opinión, esto es un indicador de que la logopedia ha superado el modelo biomédico y ha asimilado el modelo biopsicosocial. Las HH.TT. son fundamentales cuando se considera al paciente globalmente, en sus dimensiones física, psicológica y social. En un modelo biopsicosocial, tanto los conocimientos técnicos como las HH.TT. son necesarias para el trabajo del profesional rehabilitador inmerso en una relación de ayuda.

La variable experiencia profesional parece tener un efecto modulador sobre la importancia que los clínicos asignan a los conocimientos técnicos, a las HH.TT. y a la propia experiencia profesional. Los logopedas con experiencia escasa o moderada consideran que las HH.TT. son tan importantes o más que los conocimientos, mientras que los que cuentan con mayor experiencia, invierten su valoración y consideran en primer lugar los conocimientos y en segundo las HH.TT.. La experiencia laboral es considerada el aspecto menos relevante por los clínicos de cualquier nivel de experiencia. Este resultado podría guardar cierta relación con el efecto Dunning-Kruger, (Kruger y Dunning, 1999) un sesgo cognitivo por el que las personas con un conocimiento escaso carecen de conciencia acerca de su incompetencia y sobrevaloran lo que saben, frente a aquellas que están más preparadas e infravaloran su saber, asumiendo de manera errónea que los demás poseen un conocimiento equivalente al suyo. Dando por sentado que experiencia y edad suelen ir de la mano, podemos afirmar que los profesionales jóvenes y con escasa experiencia ponen por encima las HH.TT., mientras que los profesionales senior y experimentados valoran más los conocimientos. Las respuestas de los pacientes y familiares se parecen más a las de los clínicos con menos experiencia en este aspecto. No sabemos si se trata de un cambio de mentalidad en las nuevas generaciones o si es una consecuencia de que las HH.TT. no se adquieren en la universidad y los profesionales tardan en desarrollarlas y, por ese motivo, los inexpertos las valoran más y los expertos, que ya las han desarrollado, las sitúan en su justa medida.

Dos HH.TT. fueron señaladas como las más importantes a gran distancia del resto: empatizar y motivar. Ambas suelen ser las más valoradas en otros trabajos anteriores (MacFarlane et al., 2017; Walsh

et al., 2019); y que se relacionan claramente con la relación de ayuda propia de las profesiones rehabilitadoras y con el modelo biopsicosocial. Además, la valoración positiva de la empatía como habilidad principal crece progresivamente a medida que los profesionales ganan experiencia. A pesar de que actualmente, no se cuestionan los múltiples beneficios de mostrar una conducta empática hacia el paciente, todavía carecemos de una definición consensuada sobre la empatía, lo que repercute en su medición (Dohrenwend, 2018).

Contamos con pocos estudios sobre la percepción que tienen los padres acerca de la relación clínico-paciente en el tratamiento logopédico. Ebert (2018) y Early et al. (2022) estudiaron las percepciones y expectativas de padres con hijos con síndrome de Down sobre los distintos servicios de ayuda recibidos por parte de profesionales sanitarios, encontrando que valoran de manera prioritaria el establecimiento de una relación de confianza basada en la comunicación, el respeto, la comprensión y la compasión. Ebert (2018) afirma que los padres de hijos que recibían atención logopédica concedían importancia a las características del logopeda, al vínculo entre el logopeda y su hijo, y a la comunicación. Los resultados que hemos obtenido de la muestra de pacientes y familiares son congruentes con estos trabajos. Monfort et al. (2014) afirman que cuando se les preguntaba a los padres los motivos por los que habían elegido el centro del lenguaje al que acudían sus hijos, la mayoría de respuestas giraban en torno a contestaciones como “porque siento que mi hijo es importante para ellos”, o “porque me escuchan cuando les comento algo”. Sin embargo, estos autores encontraron que los participantes apenas se refirieron a la metodología o a los resultados obtenidos a través de la intervención.

Los resultados de nuestro trabajo soportan la idea de que la práctica logopédica ha superado el modelo biomédico y empieza a asumir el modelo biopsicosocial, sin embargo, no podemos afirmar que los logopedas entrevistados apliquen el proceso de toma de decisiones compartidas, ya que los indicadores nos confirman que adoptan las decisiones clave de los tratamientos en función de los resultados de las pruebas o de su propio criterio, antes que en un intercambio de información con el paciente. A la misma conclusión llegan Briones et al. (2022) estudiando las creencias y actitudes de fonaudiólogos latinoamericanos acerca de la Práctica Basada en la Evidencia. Quizás este modelo no ha penetrado todavía suficientemente en la profesión de logopeda o, al menos, necesita más tiempo para llegar a instaurarse en todos sus aspectos. Es previsible que los profesionales sanitarios recién graduados no practicarán el MCP si no han recibido una formación universitaria sólida sobre comunicación, empatía o bioética, y si estos temas no se incluyen de manera coherente en los planes de estudios.

A pesar de la importancia que la literatura actual confiere a la formación en HH.TT. (Perlman et al., 2020) y de la creciente necesidad de que los logopedas las adquieran (Lawton et al., 2018), los planes de estudios universitarios no suelen contemplar su instrucción (Lovell, 2018). Nuestros resultados confirman la apreciación de los logopedas de no haber recibido suficiente formación sobre HH.TT. o sobre ética profesional. A su vez, la investigación relativa a las habilidades requeridas por los logopedas es extremadamente reducida.

En los modelos sanitarios actuales el concepto de excelencia profesional no se limita a la acumulación de conocimientos y al reconocimiento social, sino que incluye el ejercicio práctico de principios éticos y virtudes profesionales, más allá del cumplimiento del código deontológico (Camps, 2015). En nuestros resultados, tanto los profesionales como los pacientes y familiares tienen en cuenta los principios éticos, pero ningún grupo vincula de manera prioritaria la excelencia a aspectos éticos. Para los logopedas la excelencia depende, en primer lugar, de la capacidad técnica, la formación continuada y la eficacia, y, en segundo lugar, de conseguir la satisfacción de los pacientes y las HH.TT.. Para los pacientes y familiares es un poco diferente, ya que valoran en primer lugar las HH.TT. y, en segundo lugar, la actualización de los conocimientos técnicos. Para ambos grupos la excelencia profesional implica las dos realidades, pero el orden de prioridades parece ser diferente. Estos resultados van en la misma línea que otros trabajos previos (Early et al., 2022; Ebert, 2018; Monfort et al., 2014). Nos preguntamos a qué podría deberse este desacuerdo entre lo que profesionales y pacientes consideran prioritario. Tal vez, como señalan Povedano-Jiménez et al. (2014), los nuevos derechos adquiridos por el paciente en las recientes décadas podrían justificar, en parte, su consideración de las HH.TT. como aspecto prioritario asociado a excelencia profesional. Estos autores piensan que en la sociedad actual las personas exigen tener mayor poder de decisión en sus procesos de salud y piden nuevas formas de relación con los clínicos basadas en la confianza y el respeto mutuos.

Es posible que sea necesario revisar el propio concepto de habilidades terapéuticas de los logopedas y sean necesarios estudios teóricos, además de consensos entre profesionales. En nuestra revisión de la literatura hemos podido constatar que carecemos de un marco conceptual aplicado a la disciplina y tampoco nuestro estudio ha abordado esta carencia.

Una de las limitaciones de nuestro trabajo se debe a las características del muestreo no probabilístico que no nos permitió calcular las tasas de respuesta y, aunque se trata de un número relativamente elevado, no podemos asegurar la representatividad de los encuestados y, por tanto, estar seguros de la validez y la generalización de las conclusiones. Además, algunas de las variables que hemos analizado en nuestro trabajo son de difícil separación. Por ejemplo, la variable experiencia se superpone necesariamente con otras como formación, fracaso o éxito profesional, etc. Del mismo modo, es más probable que los graduados hayan tenido mejor oferta formativa acerca de las habilidades profesionales. Por lo tanto, es posible que la variable experiencia incluya otras que no han sido analizadas.

## Conclusión

Las HH.TT. son el aspecto valorado en primer lugar por pacientes y familiares que acuden a servicios de logopedia, por encima de los conocimientos técnicos o la experiencia profesional. Sin embargo, para los profesionales, los conocimientos técnicos adquieren una importancia similar o incluso mayor que las HH.TT. Se observa consenso entre profesionales y pacientes/familiares en considerar que la habilidad terapéutica más importante es empatizar con el paciente y, a medida que aumentan los años de experiencia profesional, los logopedas valoran todavía más esta habilidad. Los profesionales afirman que su formación universitaria se centra en los conocimientos y habilidades técnicas e ignora prácticamente las HH.TT. Los pacientes y familiares equiparan excelencia profesional a las HH.TT. y formación continuada, sin embargo, los logopedas ponen en primer lugar la eficacia de los tratamientos y la formación continua y, en segundo lugar, las HH.TT. como medio de conseguir la satisfacción de sus pacientes.

## Bibliografía

- Balint E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17 (82), 269-76.
- Briones Rojas C., León Godoy A., Osorio Viarengo N. y Oyarzún Díaz P. (2023). Creencias y actitud hacia la práctica basada en la evidencia de fonoaudiólogos latinoamericanos dedicados exclusivamente a la práctica clínica y educativa. *Revista de Investigación en Logopedia*, 13(1), e81165. <https://doi.org/10.5209/rlog.81165>
- Cameron, A., McPhail, S. M., Hudson, K., Fleming, J., Lethlean, J., & Finch, E. (2017). A pre-post intervention study investigating the confidence and knowledge of health professionals communicating with people with aphasia in a metropolitan hospital. *Aphasiology*, 31(3), Art. 3. <https://doi.org/10.1080/02687038.2016.1225277>
- Camps, V. (2007). La excelencia en las profesiones sanitarias. *HUMANITAS. Humanidades Médicas*, 21, 11-21
- Camps, V. (2015). Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educación Médica*, 16(1), 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.001>
- Castillo, J. A. S. del. (2018). Medicina centrada en el paciente, medicina personalizada y medicina de precisión: ¿de qué estamos hablando? *Medicina centrada en el paciente: reflexiones a la carta*.
- Dohrenwend, A. M. (2018). Defining empathy to better teach, measure, and understand its impact. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 93(12), 1754-1756. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002427>
- Early, D., Thompson, M., Simpkins, S., Luedtke-Hoffmann, K., & Poskey, G. (2022). The journey: parental expectations and perceptions of therapy services for children with Down Syndrome. *Pediatric Physical Therapy: The official publication of the section on pediatrics of the American Physical Therapy Association*, 34(3), 318-326. <https://doi.org/10.1097/PEP.0000000000000905>
- Ebert, K. D. (2018). Parent perspectives on the clinician-client relationship in speech-language treatment for children. *Journal of Communication Disorders*, 73, 25-33. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2018.03.005>
- Engel G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196. <https://www.science.org/doi/10.1126/science.847460>
- Engel G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.137.5.535>
- Finch, E., Cameron, A., Fleming, J., Lethlean, J., Hudson, K., & McPhail, S. (2017). Does communication partner training improve the conversation skills of speech-language pathology students when interacting with people with aphasia? *Journal of Communication Disorders*, 68, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2017.05.004>
- Fiorio, C. V., Gorli, M., & Verzillo, S. (2018). Evaluating organizational change in health care: The patient-centered hospital model. *BMC Health Services Research*, 18(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2877-4>
- Hegde, M. N., & Kuyumjian, K. (2020). *Clinical methods and practicum in speech-language pathology* (Sixth edition). Plural Publishing.
- Holmes, M. B., Driscoll, L., Murphy, E., & Starr, J. A. (2019). A cross-sectional study of empathy among students at two doctor of physical therapy programs in Boston. *Journal of Allied Health*, 48(3), Art. 3.
- Hunting, P. R. (2021). Basic counseling skills: working with people with aphasia and their families. *Perspectives of the ASHA special interest groups*, 6(5), Art. 5. [https://doi.org/10.1044/2021\\_PERSP-20-00298](https://doi.org/10.1044/2021_PERSP-20-00298)
- IBM Corp. (2016). IBM SPSS Statistics for Windows (Versión 24.0) [Software de computadora]. IBM Corp. <https://www.ibm.com/products/spss-statistics>
- Kruger, J., y Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence leads to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121-1134. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1121>
- Lawton, M., Sage, K., Haddock, G., Conroy, P., & Serrant, L. (2018). Speech and language therapists' perspectives of therapeutic alliance construction and maintenance in aphasia rehabilitation post-stroke. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(3), 550-563. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12368>
- Lovell, B. (2018). What do we know about coaching in medical education? A literature review. *Medical Education*, 52(4), Art. 4. <https://doi.org/10.1111/medu.13482>
- MacFarlane, P., Anderson, T., & McClintock, A. S. (2017). Empathy from the client's perspective: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 27(2), 227-238. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1090038>

- Monfort, I., Monfort, M., Juárez-Sánchez, A. (2014). Investigación y práctica profesional en logopedia. *Revista de Neurología*, 58(1), 111-115. <https://doi.org/10.33588/rn.58S01.2013553>
- Rhea, P., & Simmons, E. S. (Eds.). (2021). *Introduction to clinical methods in communication disorders* (4th ed.). Paul H. Brookes Publishing Co.
- Perlman, M. R., Anderson, T., Foley, V. K., Mimnaugh, S., & Safran, J. D. (2020). The impact of alliance-focused and facilitative interpersonal relationship training on therapist skills: An RCT of brief training. *Psychotherapy Research*, 30(7), 871-884. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1722862>
- Povedano-Jiménez, M., Catalán-Matamoros, D., & Granados-Gámez, G. (2014). La comunicación de los profesionales sanitarios en cuidados paliativos. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 5(2), 78-91.
- Rogers, C. R. (1979). The foundations of the person-centered approach. *Education*, 100, 98-107.
- Sekhon, J. K., Oates, J., Kneebone, I., & Rose, M. (2019). Counselling training for speech-language therapists working with people affected by post-stroke aphasia: A systematic review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54(3), Art. 3. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12455>
- Tizón JL. (2007). A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Atención Primaria*, 39 (2), 93-7. <https://doi: 10.1157/13098677>
- Turabian, J. (2018). Patient-centered care and biopsychosocial model. *Trends in General Practice*, 1, 1-2. <https://doi.org/10.15761/TGP.1000114>
- Taylor Ph D, M. S., Tucker, P. T., & Pabian, P. T. (2018). Impact of virtual simulation and coaching on the interpersonal collaborative communication skills of speech-language pathology students: A pilot study. *Teaching and Learning in Communication Sciences & Disorders*, 2(2), 2.
- Walsh, S., O'Neill, A., Hannigan, A., & Harmon, D. (2019). Patient-rated physician empathy and patient satisfaction during pain clinic consultations. *Irish Journal of Medical Science*, 188(4), 1379-1384. <https://doi.org/10.1007/s11845-019-01999-5>
- Wüdrich, M., Schwartz, C., Feige, B., Lemper, D., Nissen, C., & Voderholzer, U. (2017). Empathy training in medical students—A randomized controlled trial. *Medical Teacher*, 39(10), 1096-1098. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1355451>

