



FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE FONOAUDIOLÓGÍA

Competencias Emocionales en el Fonoaudiólogo del Área de Voz.

Seminario de Tesis para optar al Grado de Licenciado en Fonoaudiología

Autores:

Natalia Arriagada Carrasco
Carla Casas- Cordero Martínez
Pablo Guerrero Bravo

Profesor Guía:

Flga. Carolina Valdenegro Olivari

Valparaíso, Enero 2011

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la vida, que se encargó de unir nuestros caminos para llevar a cabo esta investigación.

A nuestras familias, amigos y seres queridos por su amor y apoyo incondicional.

A nuestra profesora guía, Fonoaudióloga Carolina Valdenegro, por estar siempre disponible cuando la necesitábamos, por alentarnos con su optimismo y alegría.

A la Psicóloga Valeria Ferrada y al Dr. Claudio Stuardo, quienes nos ayudaron desinteresadamente y formaron parte de la comisión evaluadora.

A la Fonoaudióloga Loreto Nercelles, quien también nos brindó su ayuda, colaborando en la recopilación bibliográfica y en el contacto de los profesionales para este estudio.

A los Fonoaudiólogos y pacientes que formaron parte de la muestra de esta investigación, como a quienes no lo hicieron por diversos motivos.

A las profesoras Rosemary Ríos y Patricia Valdivia por su buena disposición en la asesoría estadística y de redacción.

A Sergio Arriagada por ser un padre ejemplar e interesarse en nuestra tesis. Estuvo en la primera etapa de este proceso con nosotros, pero sabemos que nos acompañó hasta el final desde el cielo.

Este ha sido un hermoso viaje de venturas y desventuras, que nos brindó la posibilidad de crecer como amigos y conocernos más a nosotros mismos.

ÍNDICE

Resumen	7
Introducción	9
1. Marco teórico	11
1.1.El terapeuta	11
1.2.Elementos básicos de la relación terapéutica	11
• Aceptación o consideración positiva	12
• Consideración incondicional	12
• Empatía	12
• Autenticidad	12
• La confianza básica	13
• El rapport	13
• La colaboración terapéutica	13
1.3.Proceso de evaluación	14
1.4.La terapia de voz	15
1.4.1. Progresión de los ejercicios en la terapia	16
1.4.2. La importancia del Fonoaudiólogo en la terapia vocal	17
1.5.Tipos de pacientes	19
• Tipo 1, los visitantes	19
• Tipo 2, los pasivos	20
• Tipo 3, los comprometidos	21
1.6.Consideraciones en el proceso terapéutico	21
1.6.1. Relación paciente – terapeuta	22
1.6.2. No adherencia a la terapia	22
1.7.Una nueva visión en la formación profesional en salud	24
1.7.1. Habilidades blandas	26
1.7.1.1.Habilidades blandas v/s duras	26
1.7.2. Inteligencia emocional, un nuevo concepto	26
1.7.3. La competencia emocional	27

• Independencia	28
• Interdependencia	28
• Jerarquización	28
• Necesidad pero no suficiencia	28
• Genéricos	29
1.7.3.1.Competencia personal	30
• Conciencia de uno mismo	30
○ Conciencia emocional	30
○ Valoración adecuada de uno mismo	30
• Confianza en uno mismo	31
○ Autorregulación	31
○ Autocontrol	31
○ Confiabilidad	31
○ Integridad	32
○ Adaptabilidad	32
○ Innovación	32
• Motivación	32
○ Logro	32
○ Compromiso	33
○ Iniciativa	33
○ Optimismo	33
1.7.3.2.Competencia social	33
• Empatía	33
○ Comprensión de los demás	34
○ Orientación hacia el servicio	34
○ Desarrollo de los demás	34
○ Aprovechamiento e la diversidad	34
○ Conciencia política	35
• Habilidades Sociales	35
○ Influencia	35
○ Comunicación	35

○ Liderazgo	36
○ Canalización de cambio	36
○ Resolución de conflictos	36
○ Colaboración y cooperación	36
○ Habilidades de equipo	36
○ Establecer vínculos	37
2. Metodología	38
2.1.Diseño del estudio	38
2.2.Objetivo General	38
2.3.Objetivos específicos	38
2.4.Muestra por conveniencia	39
2.5.Criterios de lección de la muestra	39
2.5.1. Criterios de inclusión	39
2.5.2. Criterios de exclusión	39
2.6.Descripción de los instrumentos	40
2.6.1. Cuestionario inicial a Fonoaudiólogos.	40
2.6.2. Pauta de Evaluación del Desarrollo de las Competencias Emocionales	40
2.6.2.1.PEDCE para autoevaluación	41
2.6.2.2.PEDCE para evaluación externa	41
2.6.2.3.Encuesta al paciente	42
2.7.Materiales	42
2.8. Procedimientos	42
• Creación y revisión del instrumento de evaluación	42
• Conformación de comisión de especialistas	43
• Realización de consentimiento informado	43
• Obtención de la muestra	43
2.9.Aplicación del instrumento	43
2.9.1. Primera etapa: Reunión inicial	44
2.9.2. Segunda etapa: Grabación y autoevaluación	44
2.9.3. Tercera etapa: aplicación de pauta de observación	

directa por comisión de especialistas	44
2.9.4. Cuarta etapa: Encuesta al paciente	44
3. Resultados	46
3.1.Resultados del cuestionario al Fonoaudiólogo	46
3.2.Resultados de la PEDCE	48
3.2.1. Resultados competencia emocionales de tipo personal	48
3.2.2. Resultados competencia emocionales de tipo social	52
3.2.2.1.Empatía	52
• Comprensión de los demás	52
• Orientación hacia el servicio	53
3.2.2.2.Habilidad social	54
• Influencia	54
• Comunicación	55
• Liderazgo	56
• Resolución de conflictos	57
• Establecer vínculos	58
4. Discusiones y Conclusiones	60
Referencias Bibliográficas	68
Anexos	71
Anexos I: Cartas y consentimientos	72
Anexos II: Instrumentos	80

RESUMEN

Las competencias emocionales corresponden a las capacidades que tiene un individuo de relacionarse consigo mismo y con los demás. Dichas competencias, adquieren una gran importancia en el mundo laboral, sobre todo en las profesiones del área de la salud, donde constantemente existe una interacción con otras personas.

El Fonoaudiólogo es un profesional de la salud que se ve enfrentado a pacientes que buscan solucionar algún problema relacionado con la comunicación. Éste necesita poseer las habilidades necesarias para brindar una buena intervención, siendo capaz de aplicar todos sus conocimientos técnicos y además poniendo en práctica sus competencias emocionales.

Según la literatura extranjera (Goleman, 2007), el estudio de las competencias emocionales en los profesionales de la salud, en general, demuestra que este tipo de habilidades promueve una mejor comunicación interpersonal, lo cual se traduce en la obtención de múltiples beneficios, entre los que se destaca la rehabilitación del paciente. En Chile no existen estudios que muestren el nivel de desarrollo de las competencias emocionales en quienes trabajan en la fonoaudiología. Es por esto que surge la necesidad de investigar al respecto, con el fin de recopilar información que sea útil para efectuar estudios posteriores, como por ejemplo, la relación existente entre dichas competencias y los resultados del tratamiento o la adherencia del paciente a la terapia.

Para esta investigación, desarrollada específicamente en el área clínica de la voz, se creó una Pauta de Evaluación del Desarrollo de las Competencias Emocionales (PEDCE), con la cual se estudió a 10 Fonoaudiólogos que trabajan en dicha área. Esta pauta consta de tres modalidades: una autoevaluación, dirigida al Fonoaudiólogo en estudio; una evaluación externa, realizada por una comisión de profesionales entendidos en el tema; y una encuesta al paciente. Además, se estudió a 20 pacientes de estos profesionales, la mitad de ellos participó en la grabación de una sesión evaluativa y la otra, correspondiente a pacientes que habían acudido a más de tres sesiones fonoaudiológicas, contestó la encuesta al paciente. Luego, se

compararon los resultados de las tres modalidades, para así analizar y describir el nivel de desarrollo de las competencias emocionales de cada profesional.

A grandes rasgos los resultados revelan que los Fonoaudiólogos consideran de suma importancia el desarrollo de las competencias emocionales en el ámbito terapéutico. De acuerdo a la aplicación de la PEDCE, existen discrepancias entre la opinión que tiene el Fonoaudiólogo de sí mismo con lo que afirma la comisión evaluadora y los pacientes. Ante esto, se concluye que es necesario continuar investigando, con el fin de tomar medidas que permitan mejorar el nivel de formación del Fonoaudiólogo en pregrado o bien de ampliar esta investigación para conocer la realidad nacional.

INTRODUCCIÓN

Actualmente en Chile, el Fonoaudiólogo cumple un rol importante dentro del equipo multidisciplinario responsable de rehabilitar a las personas con trastornos de la comunicación. Éste debe planificar una terapia para su paciente, con el fin de prevenir, reeducar y eliminar los factores causantes de dicha alteración.

El Fonoaudiólogo debe adaptarse a los cambios que ocurren durante todo el proceso terapéutico, ya sea en el inicio, desarrollo o final. Para esto necesita cultivar ciertas habilidades o competencias que le permitan desarrollar una relación y comunicación óptimas con su paciente. El Fonoaudiólogo no debe olvidar que su atendido es un ser humano, no una patología, y por esto debe verlo como un igual para trabajar con él.

Un buen terapeuta, además de elaborar una terapia para su paciente y realizarla con cierta periodicidad, debe demostrar mediante resultados concretos su desempeño, es decir, lograr rehabilitar a su paciente. Por lo tanto, se debe conseguir que este último cumpla con las sesiones adecuadas para la mejora de su trastorno y cambie sus hábitos, evitando la recidiva. El éxito y la efectividad del proceso terapéutico dependerán de múltiples factores, entre los cuales se destacan las competencias y habilidades interpersonales que necesita el terapeuta para relacionarse con su atendido.

El primer acercamiento entre el profesional y el paciente se produce en la sesión evaluativa, momento crucial, ya que de éste dependerá el desarrollo de una buena relación y adherencia a la terapia. Para esto, el Fonoaudiólogo necesita emplear a cabalidad sus conocimientos técnicos y sus competencias emocionales.

La voz de un individuo es un indicador muy sensible de sus emociones, actitudes y asunción de roles (Morrison, 1996), es así como, en muchas ocasiones, coexisten trastornos de la voz con problemas psicológicos. Es por esta razón que el Fonoaudiólogo dedicado al área de voz debe poseer ciertas competencias emocionales que aportarán de forma importante a la terapia vocal, abarcando los diversos aspectos constitutivos de su paciente.

Debido a lo antes mencionado, el objetivo del presente estudio es describir el grado de desarrollo de dichas competencias que poseen los Fonoaudiólogos dedicados al área de la voz, con el fin de obtener una primera aproximación al concepto “Competencia Emocional en el quehacer fonoaudiológico”. La relevancia de esta investigación radica en que pone a disposición información valiosa para la mejora de la relación terapeuta-paciente, y además plantea la necesidad y posibilidad de impartir talleres para optimizar y desarrollar las Competencias emocionales.

En primer lugar se presenta la fundamentación teórica que sostiene esta investigación, que incluye el proceso evaluativo de la voz, la importancia de la relación terapeuta-paciente, la relevancia del Fonoaudiólogo en la terapia vocal y de las competencias emocionales en el profesional de la salud. En segundo lugar se expone la metodología utilizada y, luego, se presentan los resultados obtenidos. Finalmente se realiza una discusión de los resultados y la conclusión de este estudio.

1. MARCO TEÓRICO

En el siguiente capítulo se expone la fundamentación teórica que respalda la presente investigación. Inicialmente, para contextualizar el tema, se definen las características generales del terapeuta, así como el proceso evaluativo y los aspectos básicos de la relación terapeuta-paciente. Luego se definen conceptos relacionados al Fonoaudiólogo que trabaja en el área de voz y la importancia de éste dentro de la terapia vocal. Finalmente se señala la relevancia que tiene en el área de la salud establecer un vínculo adecuado con el paciente, y se definen las competencias emocionales, tema central de nuestro estudio.

1.1. El Terapeuta

El terapeuta es la persona que posee habilidades específicas, adquiridas mediante la formación y experiencia profesional en una o más áreas de la salud. Su principal objetivo es brindar apoyo al atendido con el fin de mejorar su calidad de vida. Para tal fin, deberá adaptar su trabajo a las necesidades y características de cada uno de sus pacientes, planificando terapias.

El terapeuta requiere de un grado de competencia idóneo, entregando los servicios y técnicas necesarias y reconociendo, a su vez, las fronteras de su profesión. Debe tener en cuenta, además, las condiciones de infraestructura, ambiente físico y terapéutico. En definitiva, debe contribuir a que su paciente esté en la situación más propicia para el tratamiento.

1.2 Elementos básicos de la relación terapéutica

Ruiz Sánchez y cols. (2002) hacen referencia a los elementos básicos y necesarios de la relación terapéutica que permiten el buen desarrollo de un tratamiento: aceptación o consideración positiva, consideración incondicional, empatía y autenticidad. Éstas se detallan a continuación:

- **Aceptación o consideración positiva:** Corresponde al interés que muestra el terapeuta hacia el paciente y su problemática, el cual no debe ser exagerado ni proteccionista. Todo lo que proviene del paciente merece ser tomado en consideración, ya que es visto como un individuo global y autónomo. En la actualidad, se considera tan importante la participación del terapeuta como la del paciente, quienes generan una relación recíproca.
- **Consideración incondicional:** Es la actitud en la cual el terapeuta no pone condiciones a su ayuda. Se da por entendido, no obstante, que el paciente se atendrá al horario de las visitas, que hará lo necesario para que el terapeuta reciba sus honorarios debidos y que mantendrá una actitud normal de respeto.
- **Empatía:** Es la habilidad que permite al terapeuta ingresar al mundo del paciente, comprendiendo cómo éste lo percibe y experimenta, tanto en el aspecto cognitivo como en lo afectivo. La empatía le otorga al terapeuta la posibilidad de evitar hacer juicios peyorativos sobre la conducta del paciente dentro y fuera de la terapia. Le Huche (2004) propone que “la empatía se opone a una actitud tecnicista. En efecto, la técnica actúa a menudo como barrera entre el terapeuta que sabe y que tiene las soluciones a punto y el paciente que está aprendiendo” (p.50). Por lo tanto, terapeuta y paciente necesitan conectarse en el plano emocional en beneficio de la terapia.
- **Autenticidad:** Se refiere a la sinceridad que expresa el terapeuta al paciente. Esto permite al rehabilitador tomar conciencia de los sentimientos que experimenta frente al atendido, vivirlos e, incluso, comunicárselos si esto puede ser útil. Es conveniente manifestar esta franqueza con respeto, optimismo y en momentos oportunos. Otro factor a considerar es la presencia del humor como una herramienta útil en el manejo terapéutico, ya que puede transformarse en un recurso importante ante la excesiva seriedad que supone la patología y la terapia.

Según Beck (1979, cit. en Ruiz Sánchez y cols., 2002), la psicoterapia cognitiva considera tres factores básicos que ayudan a mantener la relación terapéutica iniciada:

- **La confianza básica:** Consiste en brindar al paciente un espacio de confianza que le permita expresar sus sentimientos, dificultades, logros y vivencias ante el terapeuta con absoluta libertad y esperanza de encontrar solución a sus problemas. Esto permitirá al especialista recolectar información relevante respecto al atendido para así poder realizar una terapia más efectiva y acorde a sus necesidades.
- **El rapport:** Corresponde al contacto afectivo entre dos personas. En el caso de la relación terapeuta-paciente, es una parte indispensable del tratamiento. Según Goleman (2007) “El rapport sólo existe entre los seres humanos y se halla presente en cualquier relación afectuosa, comprometida y amable” (p.34). La sensación que acompaña al rapport es muy positiva y produce la armonía que genera la simpatía, en donde los distintos implicados experimentan la cordialidad, la comprensión y la autenticidad del otro. Aunque sólo sea de un modo provisorio, se trata de una sensación que fortalece los vínculos interpersonales.

Por último, es útil que el terapeuta clarifique las expectativas del paciente respecto al tratamiento. Debe explicar a éste la duración de la terapia, la frecuencia de las sesiones, el proceso terapéutico y sus fluctuaciones. Es importante que se produzca un feedback, recogiendo las respuestas del paciente, lo cual facilitará el acuerdo mínimo entre éste y su terapeuta.

- **La colaboración terapéutica:** El terapeuta y el paciente forman un equipo de trabajo, en el cual se torna importante detectar los pensamientos negativos, los supuestos personales y trabajar su modificación. Se explican al paciente los ejercicios a desarrollar, se indican tareas para hacer en casa, se revisan en consulta y, progresivamente, el paciente va teniendo un papel más autónomo en este proceso. Esta actividad se inicia en la fase de socialización terapéutica y continúa presente durante todo el tratamiento.

1.3 Proceso de Evaluación:

El proceso de evaluación de la voz consta de varios pasos a seguir que permitirán al profesional Fonoaudiólogo establecer un diagnóstico y plantear los objetivos del tratamiento. Guzmán (2010) afirma que, para llevar a cabo la evaluación vocal, el Fonoaudiólogo debe aplicar diferentes pruebas y procedimientos con el objeto de valorar cada uno de los elementos que intervienen en la producción de la voz hablada y cantada. Estos elementos se evalúan en gran medida a través de valoración perceptual auditiva, palpación y observación clínica, lo que convierte a este tipo de evaluación en subjetiva. Por otro lado, la evaluación objetiva, consta de un análisis fonético acústico de la voz con programas computacionales y de diversos métodos de exploración laríngea.

Según Bustos (1995):

“En la primera sesión de trabajo será importante establecer un buen contacto interpersonal, así como generar un clima distendido y cordial, que invite al paciente a plantear cualquier tipo de duda o problemática relacionada con sus dificultades vocales. Se realizarán una serie de preguntas con el objetivo de precisar el tipo de dificultades vocales, las circunstancias en que se manifiestan en mayor grado, y el grado de invalidez personal y/o sociolaboral que manifiesta sentir la persona; en definitiva se pretende valorar la problemática vocal del disfónico y el impacto de dicha problemática en el desempeño de su vida cotidiana. Será preciso valorar el conjunto de factores orgánicos, favorecedores y/o desencadenantes que confluyen en la aparición de la disfonía. Luego se lleva a cabo la valoración de las características comunicativo-expresivas de la persona, de su estado postural, de cómo se desarrolla la función respiratoria y la emisión vocal. En esta primera entrevista será importante, también, definir las condiciones en que se desarrollará el trabajo: periodicidad de las sesiones, importancia de la continuidad en el trabajo, efecto negativo de los cortes o interrupciones del tratamiento, etc. La voz es un dato objetivo y objetivable, pero es también un deseo de comunicación, una experiencia íntima de lo vivido, un reflejo de las emociones.

1.4 La Terapia de voz

Branski (2008) señala que la terapia de voz abarca una gran cantidad de técnicas empleadas en el manejo de los pacientes con patología vocal. Estas técnicas pueden tener como objetivo eliminar los comportamientos potencialmente dañinos para la voz, modificar los mecanismos de fonación y/o sanar los tejidos involucrados en una lesión de las cuerdas vocales. Por lo tanto, se considera que la terapia de voz es un método efectivo y apropiado para la rehabilitación de los trastornos vocales. Es factible utilizarla, tanto de manera aislada o como complemento a otras modalidades de tratamiento.

El régimen terapéutico empleado para un paciente en específico es altamente variable y depende de diversos factores que incluyen: salud de las cuerdas vocales, uso de la voz y compromiso del paciente. Luego de que estos tres factores hayan sido evaluados, se desarrolla un plan de tratamiento personalizado, con el fin de satisfacer las demandas del paciente y resolver sus quejas vocales. Por ejemplo, un programa de tratamiento para una mujer ama de casa de setenta años variará significativamente respecto al de una abogada de treinta años, incluso si éstas poseen la misma patología laríngea.

Antes de establecer los objetivos de la terapia de voz, es necesario realizar un completo proceso de evaluación objetiva del mecanismo vocal, el cual es llevado a cabo, generalmente, por el Fonoaudiólogo y el Otorrinolaringólogo. Estos estudios incluyen estroboscopías, nasolaringoscopías, electroglotografía, análisis fonético acústico, índice de incapacidad vocal, entre otros. La información obtenida a través de este proceso permitirá elaborar un plan de acción basado en las características fisiológicas de cada paciente.

La terapia de voz tradicional incluye: educar al paciente respecto al funcionamiento vocal normal y patológico, identificar y minimizar las conductas vocales dañinas y trabajar directamente sobre la voz. Con estos componentes, una terapia puede tener éxito, sin embargo, no se deben olvidar los aspectos emocionales y motivacionales que van a llevar al paciente a comprometerse consigo mismo, con la terapia y con el Fonoaudiólogo.

Le Huche (2004) afirma que la reeducación vocal comprende una serie de sesiones realizadas por el fonoaudiólogo y un trabajo que debe llevar a cabo el paciente en casa. En la sesión, el reeducador explica la técnica de los ejercicios a su atendido y lo guía, realiza demostraciones, responde dudas y preguntas, proporciona información útil y examina conjuntamente las dificultades encontradas, tanto en el uso vocal cotidiano como en la práctica de los ejercicios. El tratamiento en casa comprende la realización de una serie de ejercicios indicados por el terapeuta, que tienen como objetivo complementar el trabajo en sesión y restablecer la función vocal.

1.4.1. Progresión de los ejercicios en la terapia

Aunque son de fácil realización para quien no tiene problemas particulares de la voz, los ejercicios pueden resultar difíciles para las personas que presentan problemas vocales. En efecto, esta especial dificultad, que desaparece cuando el trastorno vocal empieza a mejorar, confirma que estos ejercicios son adecuados. Se requiere, entonces, de un Fonoaudiólogo capaz de discernir qué tipo de ejercicios indicará a cada uno de sus pacientes, considerando la dificultad de estos y la patología en cuestión.

En materia de reeducación vocal, la ejecución rutinaria de los ejercicios es un gran obstáculo. La destreza del reeducador consiste en proponer a su paciente ejercicios suficientemente fáciles para que no se desanime y, a su vez, lo bastante difíciles para que vea en ellos un instrumento de progreso. Esta progresión puede conseguirse, también, elevando poco a poco el nivel de exigencia en cuanto a la precisión y la soltura con que se realizan los ejercicios.

No es posible plantear con certeza qué resulta más importante para la reeducación vocal y su eficacia: las sesiones que se llevan a cabo en la consulta del Fonoaudiólogo o el entrenamiento personal en casa. No cabe duda que ambas son importantes para lograr éxito. Por lo tanto, no es posible enfatizar la práctica de una en específico, ya que varían en cada caso.

1.4.2. La importancia del Fonoaudiólogo en la terapia vocal

Stemple (2000) afirma que el Fonoaudiólogo juega un rol importante en la evaluación y manejo de los trastornos de voz. Este rol se centra en tres objetivos generales:

- Evaluación de la función laríngea, usando técnicas perceptuales, acústicas, aerodinámicas y de imagen.
- Identificación y modificación o eliminación de las causas funcionales que han llevado al desarrollo del trastorno vocal.
- Elaboración de un plan terapéutico especializado para la patología vocal que se tratará.

Para cumplir con estos objetivos, el Fonoaudiólogo debe poseer un vasto conocimiento de la anatomía y fisiología del mecanismo laríngeo, así como de las diversas patologías que afectan a éste. También, necesita comprender los factores etiológicos que generan los trastornos de voz, contar con las técnicas diagnósticas apropiadas y las habilidades para descubrir las posibles causas. En base al conocimiento adquirido en su formación profesional, el terapeuta que trabaja en el área de la voz necesita desarrollar su propia manera de intervención y manejo clínico para tratar los desórdenes vocales.

El Fonoaudiólogo se ha convertido en una parte integral dentro del equipo responsable de tratar al paciente con patología vocal. Este equipo lo componen principalmente: un médico Otorrinolaringólogo, Fonoaudiólogo, Psicólogo y médicos especialistas relevantes. La experticia del médico, combinada con el conocimiento sobre los procesos de habla y voz que posee el Fonoaudiólogo han incrementado, de manera significativa, la precisión del diagnóstico y tratamiento.

El análisis y tratamiento de la voz es, en efecto, una mezcla única entre arte y ciencia. La naturaleza artística del cuidado de la voz implica la sensible interacción humana. El mecanismo vocal es bastante fuerte en términos fisiológicos, pero sensible

psicológicamente. Es por esto que el Fonoaudiólogo necesita desarrollar su autoconciencia respecto al cuidado, compasión, empatía y comprensión por el paciente y por los problemas que genera la patología vocal.

Estas habilidades de interacción requieren que el Fonoaudiólogo tenga la capacidad de escuchar no sólo las características y calidad de la voz, sino que también lo que el paciente tenga que decir. El terapeuta debe ser un buen entrevistador para poder recolectar información relacionada a la patología vocal. Dentro de todos los métodos utilizados para la evaluación, la entrevista con el paciente es considerada una de las más valiosas.

Considerando la estrecha relación entre la producción de la voz y el estado emocional del paciente, el Fonoaudiólogo necesita desarrollar habilidades emocionales efectivas. Es muy común que los pacientes con trastornos de voz compartan información personal, ya sea sobre pensamientos, sentimientos y/o relaciones con los demás. Esta información necesita ser tratada y discutida en profundidad, ya que, a menudo, se encuentra relacionada con el problema de voz.

Finalmente, desarrollar y mantener la motivación del paciente es el arte de la intervención clínica. La habilidad motivacional es la capacidad de incitar la acción para el cambio. Si bien muchos pacientes llegan a la consulta altamente motivados con el fin de mejorar su producción vocal, hay una gran cantidad que no la poseen y abandonan la terapia luego de algunas sesiones. El Fonoaudiólogo debe tener la habilidad de motivar a los pacientes que de alguna forma no cumplen con el tratamiento. Además necesita creatividad y perseverancia para mantener el entusiasmo de aquellos pacientes que atraviesan por las arduas tareas que a veces presenta el proceso terapéutico.

1.5. Tipos de pacientes

Según Laura Neira (2004), existen tres tipos de pacientes que pueden asistir a terapia vocal. Cada uno de ellos presenta características diferentes en cuanto a aspectos emocionales, psíquicos y conductuales. Se torna relevante, entonces, conocer a cabalidad al paciente, con el fin de lograr un buen abordaje terapéutico. Con este fin, la autora propone una clasificación de los pacientes según sus conductas y actitudes más frecuentes; sin embargo, se debe precisar que esta visión es generalizada y un tanto extrema, ya que cada persona tiene características que le son propias.

- **Tipo 1, los visitantes:** Son aquellos que asisten porque los mandaron, o bien, porque saben que no fonan bien, aunque no les molesta demasiado. Suelen decir: “me acostumbré”; “A veces no puedo hablar, porque no me sale la voz, pero después, mejoro”, etc. Son personas que no registran su cuerpo o alguna de sus zonas. No tienen mucha conciencia orgánica, por eso su propia autorregulación no funciona efectivamente. Viven al límite pero no gozan plenamente de nada.

En cuanto al tratamiento, no hay encuentro posible entre terapeuta y paciente, ya que casi no existe demanda. Son personas superficialmente obedientes en cuanto a los horarios o el pago, pero el tratamiento es una cosa más en su vida y les pesa. No se genera la relación de encuentro terapéutico, porque no existe un compromiso auténtico.

En términos vocales, suelen padecer una gran hiperfonación con tensiones generalizadas; todo es rigidez y son, a menudo, personas inmaduras en el área emocional. Es probable que abandonen el tratamiento. No lo dicen, pero piensan que todo lo que se les pide que hagan no les servirá. Ahí está el punto: piensan demasiado y no sienten; les es muy difícil conectarse con sus sentimientos o con sus sensaciones (corporales, emocionales). Les cuesta comprender que estas vivencias no pasan por el razonamiento, sino por las sensaciones internas y, al no poder tener registro de ellas, se les torna muy difícil.

Para ellos, todo tiene que estar en orden, ya que, si lo pierden, se les desmorona la estructura que tienen construida en su interior. Es importante no confundir esta actitud con resistencia al tratamiento, pues es algo más profundo que eso; es imposibilidad. Realmente no pueden hacer más, porque su modo de ver las cosas y su conducta habitual no se los permite. Esto se escucha en sus voces y se ve en sus laringes, que son rígidas, sin posibilidad de hacer variaciones tonales, duras, ásperas, molestas para el que las escucha. Existe imposibilidad, también, de modificar la intensidad, hablan fuerte, ya que no pueden hacerlo débilmente (cuchicheo, susurro).

En general, la imagen de su laringe presenta una marcada constricción anteroposterior (ari-epiglótica) acompañada, a veces, por un avance ventricular o una fonación de bandas declaradas. Son pacientes cuyo pronóstico es muy reservado.

- **Tipo 2, los pasivos:** Son aquellos que depositan toda la responsabilidad en el terapeuta, entregándose en una actitud casi completamente pasiva. Se trata de una entrega incondicional, que no es la ideal, porque sólo reciben; “endiosan” al Fonoaudiólogo; hacen todo lo que se les pide como buenos alumnos. No se esfuerzan, dejan que el profesional haga todo y esto no les sirve, ya que no ponen el cuerpo en un compromiso terapéutico adulto. La relación que se establece entonces es de madre/padre-hijo obediente.

Estos pacientes no preguntan; no desconfían. Esperan sólo recibir, en esta actitud de cuasi pasividad, no cuestionan lo que el terapeuta o ellos mismos realizan. Si el terapeuta se percató de esto, con sabiduría, podrá lograr que el paciente comience a hacerse cargo de algunas cosas. Se le irán dando responsabilidades para que pase del estado de recibir al de buscar.

Con una actitud adulta por parte del terapeuta, se le ayuda al paciente a madurar y crecer. Es fundamental no quedar atrapado en ese rol paterno, pero esto no significa descuidar las tareas fundamentales. Se debe considerar que este cuidado necesita ir dirigido a un adulto, dejándolo ser. Es decir, no se debe ejercer un rol

sobreprotector, ya que no le sirve ni a él ni al desarrollo del tratamiento. La clave, entonces, es sacarlo de esa pasividad, que madure, de manera que sean dos en un mismo camino y no uno que lleva al otro.

- **Tipo 3, los comprometidos:** Por último, se encuentran aquellos sujetos que generan una relación terapéutica de ida y vuelta: encuentro terapeuta-paciente. Se abren: reciben y se dan. Son personas que logran una futura autoasistencia. Pueden vivenciar el trabajo; se van adueñando de él; lo incorporan; se lo llevan y pasa a formar parte de sus vidas.

En algún momento del día, movilizan su cuerpo; respiran profundamente buscando alivio y refugio en esa respiración; abren su pecho, su garganta. Si hablan y no lo hacen correctamente, porque comienzan a sentirse incómodos, prueban; buscan su tono más confortable; encuentran los beneficios de la eufonía. Cuando logran valerse por sí mismos, no se debe retenerlos; sino que animarlos, apoyarlos e informarles que podrán contar con el apoyo terapéutico cuando lo necesiten.

Los tipos de consultantes descritos representan las características de cada uno en su expresión más pura, pero esto puede variar. Algunos pueden pasar de un tipo a otro: el visitante, quizás, comience a sentirse cómodo y, entonces, se disponga a recibir y luego, a comprometerse; el que recibe pasivamente, a su vez, puede transformarse en comprometido.

1.6. Consideraciones en el proceso terapéutico

Los avances en el cuidado de la salud han permitido la creación de tratamientos para un sinnúmero de patologías, los que administrados en forma correcta, pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, es muy común que no se obtengan los beneficios esperados. Esto puede deberse a múltiples factores, entre los que destacan la falta de adherencia por parte del paciente y las dificultades en la relación paciente-terapeuta.

1.6.1. Relación paciente-terapeuta

Uno de los factores más importantes para la marcha del proceso terapéutico y sus resultados está en el tipo de relación que se establece entre el paciente y su terapeuta. Con independencia de las características del paciente y sin negar la influencia que estas pueden ejercer sobre la marcha del proceso y de la relación, las variables del terapeuta son cardinales. Para que un paciente siga las instrucciones de su terapeuta, tiene que percibirlo como una persona competente, confiable y empática. La competencia estaría dada por el nivel de preparación y la reputación del terapeuta, la confiabilidad, por la seguridad que manifieste, la pertinencia y claridad de los criterios y sugerencias que emita; la empatía relacionada con el trato que brinde y, finalmente, el interés que demuestre el facultativo por ayudar y comprender a su paciente.

El vínculo personal y la colaboración entre el paciente y el profesional son elementos importantes en cualquier proceso terapéutico. La comunicación es una parte integral de la relación entre el paciente y el profesional, y es un factor que influye notablemente en la satisfacción o insatisfacción del paciente con el tratamiento (French y Sim, 2006). Es importante que los pacientes sientan que son escuchados y que experimenten la sensación de ser cuidados.

1.6.2 No adherencia a la terapia

O'Donohue y cols. (2006) citan diversas fuentes en la literatura norteamericana relacionadas con tratamiento médico, las cuales exponen índices de no adherencia al tratamiento de un 20% a un 40% para enfermedades agudas, 30% a 60% para enfermedades crónicas y de un 50% a 80% para regímenes preventivos (Christensen, 2004). También se ha encontrado baja adherencia en tratamientos psicoterapéuticos y conductuales, con una deserción prematura de un 30% a un 60% (Garfield, 1994; Reis y Brown, 1999; Wierzbicki y Pekarik, 1993) y un fracaso en completar los ejercicios propuestos para la casa de un 50%, aproximadamente (Detweiler y Whisman, 1999; Spiegler y Guevremont).

Las consecuencias de esta falta de adherencia son evidentes: existe una reducción de la efectividad del tratamiento y una pérdida de recursos sociales, financieros y de salud involucrados en la creación de estos (Bryant y cols., 1999; Christensen, 2004; Cleemput y cols., 2002; Reis y Brown, 1999; Rogers y Bullman, 1995). Dentro de las consecuencias médicas, se encuentra el no cambio o empeoramiento de la salud del paciente, el desarrollo de trastornos colaterales y la imposibilidad del terapeuta de evaluar la efectividad del tratamiento. Las consecuencias financieras pueden incluir el costo de servicios adicionales tales como visitas a domicilio, medicamentos, hospitalizaciones, etc., así como una disminución en la productividad laboral y calidad de vida del atendido. Dado que la no adherencia del paciente es una barrera para la efectividad y eficiencia de la terapia, un mejor entendimiento e identificación de este problema se convierte en un paso crucial hacia la mejora de la salud, los resultados y costos de los tratamientos (Haynes y cols., 2002).

A pesar de que existe mucha variabilidad en la definición de adherencia, en general, se refiere “al grado con que el paciente sigue las instrucciones dadas en un tratamiento” (Haynes, 2002, p.2). Aunque la adherencia a la terapia y la relación paciente-terapeuta se describieron de manera individual, en la práctica clínica se observa una interdependencia entre ellos. La interacción entre profesional y paciente resulta de gran importancia en la adherencia a la terapia de voz. Como se menciona en Calvo (2001), para mejorar la adherencia a la terapia, resulta vital cambiar la mentalidad simplista de descargar gran parte de la responsabilidad en el paciente. Para ello, es necesario que el terapeuta asuma el importante rol que desempeña en el tema. Todos los esfuerzos serán premiados con la mejora en la salud y calidad de vida del paciente.

Parte del éxito del Fonoaudiólogo radica en lograr una máxima adherencia al tratamiento que propone, para ello no basta con manejar a fondo los conocimientos técnicos y enfoques terapéuticos, sino que además será necesario que conozca a su paciente más allá de las manifestaciones propias de la enfermedad o sintomatología.

Sin olvidar lo anterior, necesitará conocer sus características psicológicas, socioeconómicas y espirituales, es decir, deberá reconocer al Ser Humano en su paciente y aproximarse a él, con el fin de proporcionarle la conciencia necesaria para comprometerse con la recuperación y conservación de su salud.

1.7. Una nueva visión en la formación profesional en salud.

El concepto de comunicación en salud continúa llamando la atención no sólo a los estudiantes en práctica, sino que también a los investigadores y a los desarrolladores de planes académicos. Existen diversas perspectivas aceptadas frente a la importancia de este tema. La primera de éstas avala el rol fundamental que posee una buena interacción terapeuta-paciente en la intervención efectiva en salud. Numerosas referencias pueden ser citadas para confirmar esto, incluyendo a Badenoch (1986), quien afirma: “es difícil imaginar algún campo de la actividad humana donde la certera y cercana comunicación entre los individuos sea más importante que en la práctica de la medicina.”(p.565). Similar a esto, DiMatteo (1994) menciona que “la comunicación es el instrumento fundamental por el cual médico y paciente se relacionan entre sí e intentan lograr metas terapéuticas.” (p.149). Si bien estas citas aluden al rol médico, es posible extrapolarlas a todo el abanico de profesionales de la salud que realizan trabajos terapéuticos.

Existe evidencia empírica sobre el impacto de la calidad de la comunicación en el resultado de un tratamiento. Pacientes que fueron tratados por profesionales de la salud con buenas habilidades de comunicación interpersonal, parecen beneficiarse en variados aspectos. Tienden a estar más satisfechos con el servicio que reciben (Lewis, 1994, citado en Hargie 1998) y están más dispuestos a cumplir con los regímenes y procedimientos terapéuticos (Sherbourne y cols., 1992, citado en Hargie 1998). Esto puede deberse a una mayor comprensión y, por ende, a un aumento en el recuerdo de la información recibida (Ley, 1988 citado en Hargie 1998). Además, los resultados parecen ser no sólo psicológicos y conductuales, sino que también somáticos, los cuales han sido medidos por la mejoría de los índices de salud y recuperación (Ley, 1988; Ong y cols., 1995; Stewart 1995, citados en Hargie 1998).

Una segunda perspectiva considera que, desafortunadamente, los niveles de comunicación a los cuales los pacientes se ven expuestos en un entorno médico son a menudo pobres (Cowan y cols., 1992 citado en Hargie 1998), llevando en algunas instancias, a la generación de quejas y críticas. Algunas características específicas de la comunicación que son, en algún nivel problemáticas para la relación paciente y el profesional de la salud, han sido identificadas e investigadas (Abraham y Shanley 1992; Del Mar 1994, citados en Hargie 1998). Se reconocen deficiencias en la comunicación relacionadas a cinco aspectos relevantes: reunir información adecuada y certera; proveer información suficiente y comprensible, en el instante adecuado, siendo sensible y procurando no dañar al paciente; falta de atención a las inquietudes del paciente; ser negligente con las necesidades psicológicas de éste, y, por último, no lograr entablar una relación de trabajo, lo que perjudicará el establecimiento de una asociación interpersonal aceptable. (Dickson y cols., 1997, citado en Hargie 1998).

Un tercer factor corresponde al inadecuado entrenamiento de los estudiantes del área de la salud, considerado como una de las causas de la deficiente comunicación y relación interpersonal con el paciente. Numann (1988) declara: “hemos fallado en enseñarle a nuestros estudiantes las habilidades interpersonales que les permitirán comunicarse efectivamente con los pacientes, considerar sus necesidades y deseos, incentivarlos de forma apropiada a participar en su propio cuidado y a tratar a éstos con respeto y dignidad” (p.212). Se deduce, entonces, que prestando más atención a la comunicación como un área de entrenamiento en la malla curricular de una carrera del área de la salud y empleando métodos de enseñanza apropiados, la comunicación interpersonal en los profesionales puede mejorar.

Este tipo de habilidades pueden entrenarse a través de programas estructurados y existe evidencia de que dicho entrenamiento puede impactar positivamente sobre el paciente (Evan y cols., 1992). Según Sleight (1995), “la enseñanza de las habilidades comunicacionales es la parte más importante del plan de estudio en salud, y no es una opción extra” (p.69).

1.7.1 Habilidades blandas

Para que un terapeuta logre establecer un vínculo adecuado con su paciente es necesario que posea ciertas habilidades de interacción social, denominadas también habilidades blandas, que faciliten la comunicación entre ellos. No basta con poseer las habilidades aprendidas en el núcleo familiar, sino que se deben complementar con las que no han sido adquiridas y que sí son necesarias para lograr un buen desempeño laboral. Ante esto, se torna como una posibilidad factible la enseñanza de las habilidades blandas en la formación profesional del terapeuta.

1.7.1.1 Habilidades blandas v/s duras

Las habilidades duras consisten en capacidades psicomotrices, cognitivas, técnicas y teóricas que posee determinado profesional. Por otro lado, las habilidades blandas son las destrezas afectivas que favorecen el desempeño en un área laboral que implique el trato con otras personas. En relación al manejo e intervención en salud, ha tomado gran protagonismo el término de habilidades blandas en contraste con el de habilidades duras. En el pasado éstas últimas dominaban en la formación académica, lo cual ha cambiado. Esto se debe a que existe una tendencia a atribuirle una vida útil a los conocimientos técnicos, ya que con el paso del tiempo quedan obsoletos, aún más con la rapidez que avanza la tecnología.

1.7.2. Inteligencia emocional, un concepto actual.

Goleman (2007) definió la inteligencia emocional como sinónimo de habilidades blandas, término que se concreta en cinco habilidades emocionales y sociales que se traducen en conductas manifiestas, tanto a nivel de pensamientos, reacciones fisiológicas, conductas observables, aprendidas y aprendibles. El fundamento biológico de estas habilidades explica en gran medida su importancia, funcionamiento, valor adaptativo, desajustes, posibilidad y forma de modificarlas. Por

otra parte, Peter Salovey y John Mayer (1990) la definieron como la capacidad de controlar y regular los sentimientos de uno mismo y de los demás y utilizarlos como guía del pensamiento y de la acción.

1.7.3. La competencia emocional

Una competencia emocional es una capacidad adquirida basada en la inteligencia emocional que da lugar a un desempeño laboral sobresaliente. En el núcleo de esta competencia, se encuentran dos habilidades fundamentales: la empatía, concepto definido en el apartado 1.2 como la capacidad de interpretar los sentimientos ajenos, y las habilidades sociales que nos permiten manejar con destreza esos sentimientos.

La inteligencia emocional determina la capacidad potencial de la cual se dispondrá para aprender las habilidades prácticas basadas en uno de los siguientes elementos: la conciencia de uno mismo, la motivación, el autocontrol, la empatía y la capacidad de relación. La competencia emocional, por otro lado, muestra hasta qué punto se ha sabido trasladar este potencial al mundo laboral. La buena atención al paciente, por ejemplo, es una competencia emocional basada en la empatía y, del mismo modo, la confianza es una competencia basada en el autocontrol o en el saber controlar adecuadamente los impulsos y emociones.

El hecho de que una persona posea una elevada inteligencia emocional no garantiza que haya aprendido las competencias emocionales más importantes para el mundo laboral, sino que tan sólo está dotada de un excelente potencial para desarrollarlas. Un terapeuta, por ejemplo, puede ser muy empático en su vida cotidiana y no haber aprendido aún las habilidades basadas en la empatía, necesarias para trabajar con un paciente.

Las competencias emocionales se agrupan en conjuntos, los cuales están basados en una capacidad subyacente de la inteligencia emocional, que son vitales si

las personas quieren aprender las herramientas necesarias para tener éxito en su trabajo. Si carecen de habilidades sociales, por ejemplo, serán incapaces de persuadir o inspirar a los demás, de dirigir equipos o de catalizar el cambio. En caso de que tengan poca conciencia de sí mismos, no serán conscientes de sus puntos débiles y, en consecuencia, carecerán de la suficiente confianza que sólo puede derivarse de la seguridad en la propia fortaleza.

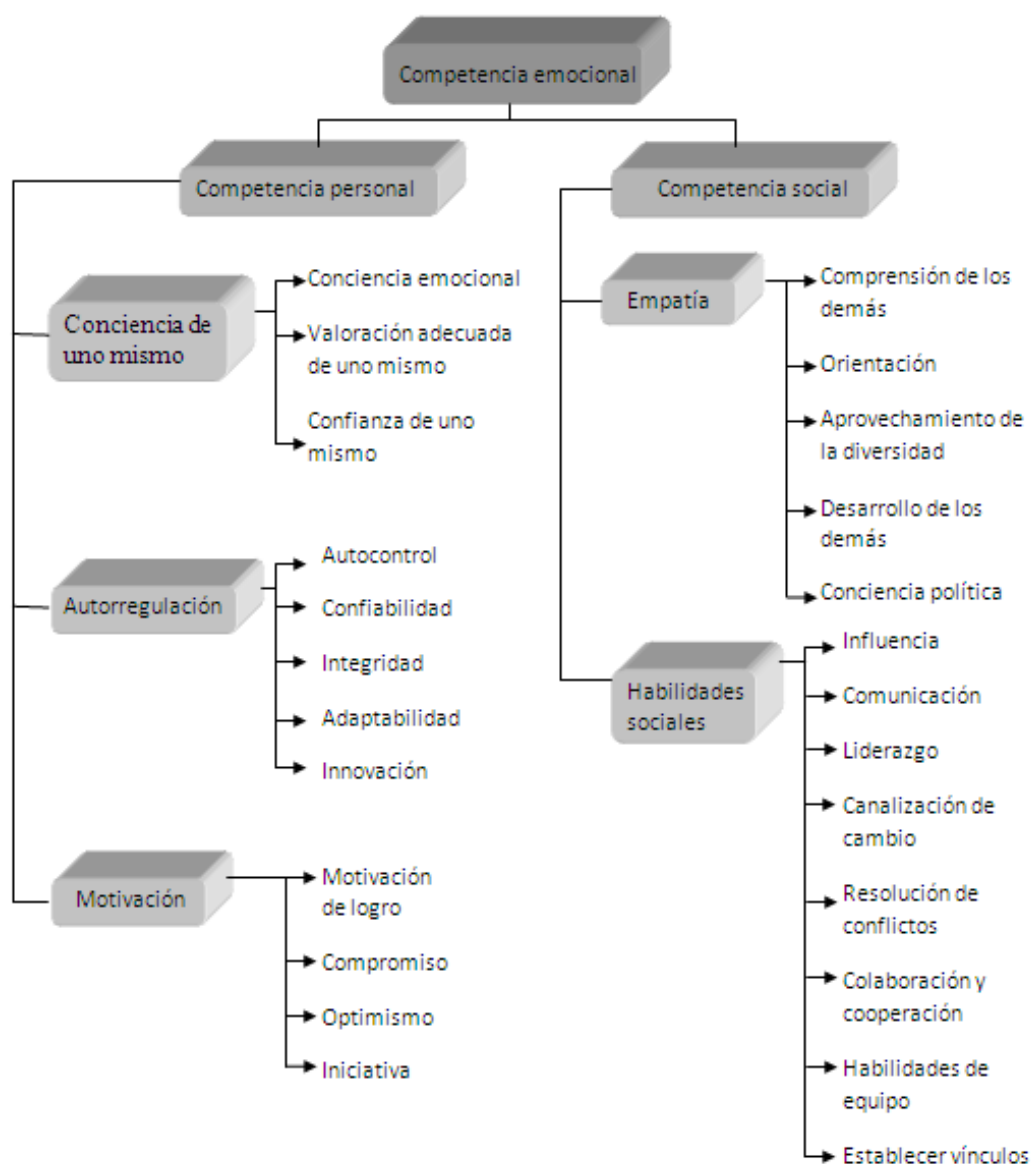
Nadie es perfecto dentro de este conjunto de habilidades, todas las personas poseen inevitablemente un perfil con debilidades y fortalezas. Pero los elementos necesarios para un desempeño ejemplar sólo requieren de destreza en un determinado número de ellas y que se hallen dispersas en las cinco regiones de la inteligencia emocional. Dicho en otras palabras, son muchos los caminos que conducen a la excelencia.

Las capacidades de la inteligencia emocional son las siguientes:

- **Independencia:** Cada persona aporta una contribución única al desempeño de su trabajo.
- **Interdependencia:** Cada individuo depende en cierta medida de los demás, con los que se halla unido por interacciones muy poderosas.
- **Jerarquización:** Las capacidades de la inteligencia emocional se refuerzan mutuamente. Por ejemplo, la conciencia de uno mismo resulta esencial para el autocontrol y la empatía; el autocontrol y la conciencia de uno mismo contribuyen a la motivación, y estas cuatro capacidades resultan esenciales, a su vez, para desarrollar las habilidades sociales.
- **Necesidad pero no suficiencia:** Poseer una inteligencia emocional subyacente no garantiza que la gente acabe desarrollando o ejerciendo las competencias asociadas con ella, como, por ejemplo, la colaboración y el liderazgo. Factores tales como el clima que se respira en una determinada empresa o el interés de las personas por su trabajo también determinan si estas aptitudes acabarán manifestándose.

- **Genéricas:** La lista general resulta, hasta cierto punto, aplicable a todos los trabajos, pero cada profesión exige competencias diferentes.

En Goleman (2005), se describe la relación que existe entre las cinco dimensiones de la inteligencia emocional y las veinticinco competencias emocionales, las cuales son esquematizadas en un organigrama y explicadas a continuación:



1.7.3.1 Competencia personal

Estas competencias determinan el modo en que un profesional se relaciona consigo mismo. Éstas se describen a continuación:

- **Conciencia de uno mismo** El cerebro almacena los diferentes aspectos de una experiencia en distintas regiones. La amígdala, por su parte, es el lugar en el que se almacenan las emociones que nos suscita una determinada experiencia. De este modo, toda experiencia que haya despertado en nosotros una determinada reacción emocional, por más sutil que ésta sea, queda codificada en la amígdala. En consecuencia, la conciencia de uno mismo corresponde a la capacidad del ser humano de acceder al almacén interno de recuerdos emocionales, que representa nuestro patrimonio personal de sabiduría y sensatez, a través de la intuición y las sensaciones viscerales. Esta permite generar conciencia de uno mismo, facultad clave en tres competencias emocionales:
 - **Conciencia emocional:** Se refiere a la capacidad de reconocer el modo en que las emociones afectan a las acciones y a utilizar los valores personales como guía en el proceso de toma de decisiones. Esto permite reconocer las emociones propias y los efectos que éstas pueden producir en las relaciones humanas en el día a día. Los profesionales dotados de esta competencia saben qué emociones están sintiendo y por qué; comprenden los vínculos existentes entre sus sentimientos, sus pensamientos, sus palabras y sus acciones; conocen el modo en que sus sentimientos influyen sobre su rendimiento y tienen un conocimiento básico de sus valores y de sus objetivos.
 - **Valoración adecuada de uno mismo:** Corresponde al reconocimiento sincero de las fortalezas y debilidades de cada uno, la visión clara de los puntos que se deben optimizar y la capacidad de aprender de la experiencia. Los

profesionales dotadas de esta competencia son sensibles al aprendizaje sincero de la experiencia, a los nuevos puntos de vista, a la formación continua y al desarrollo personal y cuentan con un sentido del humor que les ayuda a tomar distancia de sí mismos.

- **Confianza en uno mismo:** Corresponde a la certeza de poseer capacidades, valores y objetivos. Los profesionales dotados de esta competencia se destacan entre la multitud; pueden expresar puntos de vista impopulares y defender, sin apoyo de nadie, lo que consideran correcto; son emprendedores y capaces de asumir decisiones.
- **Autorregulación:** Es la capacidad de controlar los impulsos y sentimientos conflictivos. Depende del trabajo combinado de los centros emocionales y ejecutivos del cerebro situados en la región prefrontal. El control de los impulsos y la capacidad de hacer frente a los contratiempos, constituyen el núcleo esencial de cinco competencias emocionales fundamentales:
 - **Autocontrol:** Consiste en mantener bajo control adecuadamente las emociones e impulsos conflictivos. Los profesionales dotados de esta competencia gobiernan adecuadamente sus sentimientos impulsivos y sus emociones conflictivas; permanecen equilibrados, positivos e imperturbables aún en los momentos más críticos; piensan con claridad y se mantienen concentrados a pesar de las distracciones.
 - **Confiabilidad:** Implica el ser honrado, sincero y responsable. Se requiere actuar ética e irreprochablemente, con honradez y sinceridad, proporcionando confianza a los demás. Aquellos que desarrollan esta habilidad son capaces de admitir sus propios errores y de reconocer, en otros, las acciones poco éticas. Además, adoptan posturas firmes y fundamentadas en sus principios, aunque resulten impopulares.

- **Integridad:** Significa cumplir responsablemente con las obligaciones, compromisos y promesas. Permite permanecer abierto a ideas y enfoques nuevos, ser lo suficientemente flexible como para responder rápidamente a los cambios. Para practicarla se debe organizar y cuidar el trabajo.
- **Adaptabilidad:** Consiste en afrontar los cambios y los nuevos desafíos con adecuada flexibilidad. Quienes cultivan esta habilidad buscan siempre nuevas ideas de una amplia variedad de fuentes, plantean soluciones originales a los problemas, adoptan nuevas perspectivas y asumen riesgos en su planificación.
- **Innovación:** Radica en permanecer abierto a nuevas ideas, perspectivas e información. Además, implica manejar de forma adecuada las múltiples demandas, reorganizar a tiempo las prioridades y adaptarse a los cambios, regulando respuestas y tácticas ante toda circunstancia.
- **Motivación:** Los circuitos nerviosos de la motivación, la brújula que nos ayuda a movernos por la vida, están ligados a los lóbulos prefrontales, el centro ejecutivo del cerebro que proporciona el contexto y la regulación necesaria a los impulsos de la amígdala. La región prefrontal alberga una serie de neuronas inhibitorias que pueden vetar o adaptar los impulsos procedentes de la amígdala, regulando el circuito neurológico de la motivación. Así pues, mientras que la amígdala nos impulsa a actuar, los lóbulos prefrontales supervisan la información antes de ejecutar la acción. Los profesionales destacados en este aspecto se caracterizan por poseer tres competencias motivacionales fundamentales:
 - **Logro:** Representa el impulso director para mejorar o satisfacer un modelo de excelencia. Los profesionales dotados de esta competencia se orientan hacia los resultados y poseen una motivación muy fuerte para cumplir sus objetivos y sus exigencias. No dudan en afrontar objetivos desafiantes,

recopilan la información necesaria para reducir la incertidumbre y descubrir formas más adecuadas de llevar a cabo las tareas en que están implicados y aprenden a mejorar su desempeño.

- **Compromiso:** Implica sintonizar con los objetivos de un equipo o de una organización. Aquellos dotados de esta competencia están dispuestos a sacrificarse en beneficio del objetivo superior en común. Recurren a los valores esenciales del grupo para clarificar las alternativas y tomar las decisiones adecuadas, buscan activamente oportunidades para cumplir la misión.
- **Iniciativa:** Los profesionales que poseen esta competencia están dispuestos a aprovechar las oportunidades, persiguen los objetivos más allá de lo que se requiere o se espera de ellos. No dudan en saltarse las rutinas habituales, cuando sea necesario para llevar a cabo el trabajo, y movilizan a otros a emprender esfuerzos desacostumbrados.
- **Optimismo:** Quienes practican esta habilidad insisten en conseguir sus objetivos a pesar de los obstáculos y contratiempos que se presenten. Operan desde la expectativa del éxito y no desde el miedo al fracaso, consideran que los contratiempos se deben más a circunstancias controlables, que a fallos personales.

1.6.3.2 Competencia social

Estas competencias determinan el modo en que el ser humano se relaciona con los demás. Entre ellas se encuentran:

- **Empatía:** Nuestro sistema nervioso participa automáticamente de la empatía, una función donde la amígdala desempeña, una vez más, un papel muy importante. Pero la capacidad de utilizar esta habilidad aprendida depende en

buena medida de la motivación. Esta habilidad permite evidenciar el grado de conciencia social que poseen las personas. Esto determinará las correspondientes diferencias en las competencias laborales que dependen de la empatía. Entre ellas cabe destacar:

- **Comprensión de los demás:** Implica experimentar los sentimientos y puntos de vista de los otros e interesarse activamente por sus preocupaciones. Los profesionales dotados de esta competencia permanecen atentos a las señales emocionales y escuchan bien; son sensibles y comprenden los puntos de vista de los demás, los ayudan, basándose en la comprensión de sus necesidades y sentimientos.
- **Orientación hacia el servicio:** Requiere anticiparse, reconocer y satisfacer las necesidades de los demás. Aquellos dotados de esta competencia buscan el modo de aumentar el bienestar de las personas, brindando desinteresadamente la ayuda necesaria. Todo esto les permite actuar como asesores en quienes se puede confiar.
- **Desarrollo de los demás:** Corresponde a darse cuenta de las necesidades de desarrollo de los demás y contribuir a su satisfacción. Los profesionales dotados de esta competencia saben reconocer y recompensar la fortaleza, los logros y proporcionan un feedback útil. Dedicar parte de su tiempo a la formación y a la asignación de tareas que ponen a prueba y alientan al máximo las habilidades de los otros.
- **Aprovechamiento de la diversidad:** Corresponde a cultivar las oportunidades que nos brindan las diferentes personas. Aquellos que están dotados de esta competencia respetan y se relacionan bien con individuos procedentes de diferentes sustratos, comprenden diferentes visiones del mundo y son sensibles a las diferencias existentes entre los grupos.

Consideran la diversidad como una oportunidad, afrontan los prejuicios y la intolerancia, creando un ambiente en el que todos puedan desarrollarse.

- Conciencia política: Es la capacidad de registrar las corrientes políticas y sociales subyacentes a toda organización. Los profesionales dotados de esta competencia advierten con facilidad las relaciones clave del poder, perciben claramente las redes sociales más importantes, comprenden las acciones de los consumidores, los clientes y los competidores. Además, interpretan adecuadamente tanto la realidad externa como interna de una organización.
- **Habilidades sociales:** Consiste en movilizar adecuadamente las emociones de los demás. Para ello, los mismos mecanismos neurales involucrados en la empatía son los que facilitan el camino para el contagio emocional. Además de las vías nerviosas que se originan en la amígdala, también participan las regiones basales, incluyendo el tallo cerebral. Éstas regulan las funciones automáticas y reflejas y operan estableciendo un estrecho vínculo biológico, recreando en una persona el estado fisiológico de otra. Dentro de este grupo se destacan las siguientes competencias:
 - Influencia: Significa poseer herramientas eficaces de persuasión. Los profesionales dotados de esta competencia tienen poder de convencimiento, recurren a presentaciones muy precisas para captar la atención de su auditorio, utilizan estrategias indirectas para conseguir consenso y apoyo de los demás. Organizan los hechos más sobresalientes para exponer de manera eficaz sus opiniones.
 - Comunicación: Consiste en escuchar abiertamente y mandar mensajes convincentes a las demás personas. Quienes practican esta habilidad saben dar y recibir, captan las señales emocionales y sintonizan con su mensaje, abordan abiertamente las situaciones difíciles, saben escuchar y buscan la comprensión mutua. No tienen problemas en compartir la información que

poseen y alientan la comunicación sincera, permaneciendo abiertos tanto a las buenas como a las malas noticias.

- Liderazgo: Consiste en inspirar y guiar a los individuos o a los grupos. Los profesionales dotados de esta competencia articulan y estimulan el entusiasmo. Cuando resulta necesario, saben tomar decisiones desligándose de su posición, son capaces de guiar el desempeño de los demás, liderando con el ejemplo.
- Canalización de cambio: Ocurre al iniciar o controlar el cambio de alguna situación. Aquellos dotados de esta competencia reconocen la necesidad de cambiar, eliminar barreras y desafiar el status. Promueven el cambio y consiguen que otros hagan lo mismo, modelándolos.
- Resolución de conflictos: Consiste en negociar y solucionar desacuerdos. Los profesionales dotados de esta competencia manejan a los individuos conflictivos y las situaciones tensas con diplomacia y tacto. Reconocen los posibles problemas, sacan a la luz los desacuerdos y fomentan la disminución de la tensión. Alientan el debate y la discusión abierta, buscando el modo de llegar a soluciones que satisfagan plenamente a todos los implicados.
- Colaboración y cooperación: Se define como el trabajo con los demás en la búsqueda de objetivos compartidos. Quienes poseen esta competencia se centran en la tarea tomando en cuenta las relaciones con los demás; colaboran y comparten planes, información y recursos. Promueven un clima de amistad, cooperación y alientan las oportunidades de colaboración.
- Habilidades de equipo: Es la creación de una sinergia laboral enfocada hacia la consecución de objetivos colectivos. Aquellos dotados de esta competencia promueven cualidades grupales como el respeto, la

disponibilidad y la cooperación. Despiertan la participación y el entusiasmo, consolidando la identidad grupal, la conciencia de equipo y el compromiso. Cuidan la reputación del grupo y comparten los méritos.

- Establecer vínculos: Consiste en fomentar relaciones instrumentales. Los profesionales que poseen esta competencia cultivan y mantienen amplias redes informales, crean relaciones mutuamente provechosas, establecen y mantienen el rapport. Así pues, crean y consolidan la amistad con las personas de su entorno laboral.

Ante todo lo expuesto, es posible tomar conciencia sobre la importancia de desarrollar las habilidades interpersonales en una relación terapeuta-paciente y, a su vez, de dar énfasis al lenguaje, ya sea verbal o no verbal, como mecanismo generador de realidades. Estas habilidades tienen la capacidad de abrir los canales de comunicación, tan necesarios para lograr un vínculo adecuado. Además, se destaca la relevancia de que cada terapeuta realice un trabajo de auto-conciencia, para lograr el control conductual sobre sí mismo y, luego, sobre sus pacientes. Si bien el paciente deposita su confianza en el terapeuta, este último es quien debe dar su máximo posible para responder a las demandas de su atendido, utilizando todos sus conocimientos y manejando todo tipo de situaciones que se generen en cada sesión.

Para el Fonoaudiólogo que trabaja en el área de voz, se hace indispensable conocer y desarrollar estas habilidades que facilitan el manejo interpersonal, ya que los pacientes con trastornos vocales generalmente se caracterizan por presentar alteraciones emocionales asociadas. Estas últimas van a influir en el comportamiento del atendido durante el proceso terapéutico, por lo cual necesitará de un guía capacitado que le transmita seguridad, responsabilidad, confianza y optimismo para cumplir con la terapia de principio a fin.

2. METODOLOGÍA

En el presente apartado, se presenta la metodología utilizada en esta investigación. Se describirá el tipo de estudio, los objetivos, la muestra, los criterios de selección, los instrumentos y el procedimiento utilizado para obtener los datos que serán analizados en este estudio.

2.1. Diseño de Estudio:

La presente investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo observacional (Silva, 2007), que consiste en observar el grado de desarrollo de las competencias emocionales que posee el Fonoaudiólogo que trabaja en el área de voz al interactuar con su paciente.

2.2. Objetivo General:

Describir el grado de desarrollo de las competencias emocionales que posee el Fonoaudiólogo que trabaja en el área de voz.

2.3. Objetivos específicos:

- Evaluar el grado de desarrollo de las competencias emocionales en el Fonoaudiólogo que trabaja en el área de voz mediante la aplicación de una pauta de cotejo sometida a juicio de comisión de expertos.
- Evaluar la percepción personal que tiene el Fonoaudiólogo en relación a sus competencias emocionales y conocer la importancia que ellos atribuyen a éstas en su desempeño laboral.
- Encuestar a pacientes de Fonoaudiólogos en estudio con el fin de recopilar información relevante respecto a competencias emocionales de los profesionales.

- Comparar los resultados de la evaluación realizada por los expertos con la autoevaluación de los Fonoaudiólogos y la encuesta a pacientes.

2.4. Muestras por conveniencia

- a. Está conformada por 10 Fonoaudiólogos que trabajan en el área de voz, de las regiones quinta y metropolitana que cumplen con los requerimientos del estudio.
- b. Conformada por 20 pacientes mayores de 18 años, específicamente, dos por cada fonoaudiólogo en estudio. 10 de ellos estarán en proceso de evaluación y 10 en proceso de terapia.

2.5. Criterios de selección de la muestra

2.5.1. Criterios de inclusión:

Para Fonoaudiólogos: Profesionales que trabajen en el área clínica de voz, que posean como mínimo 6 meses de experiencia laboral en el área y que se desempeñen en las regiones quinta y metropolitana.

Para pacientes: Pacientes mayores de 18 años en terapia fonoaudiológica de voz. La mitad de esta muestra corresponderá a pacientes en proceso de evaluación y la otra mitad a pacientes que se encuentren en una tercera o posterior sesión de terapia fonoaudiológica.

2.5.2 Criterios de exclusión

Para Fonoaudiólogos: Profesionales que trabajen en el área de voz sólo de forma académica y/o que posean menos de 6 meses de experiencia laboral en el área.

Para pacientes: Pacientes menores de 18 años en terapia fonoaudiológica vocal.
Pacientes con patología psiquiátrica concomitante.

2.6. Descripción de los instrumentos de evaluación de la muestra

Todos los instrumentos utilizados y descritos a continuación fueron creados por los autores de esta investigación, evaluados y revisados bajo supervisión metodológica y estadística, así como de los profesionales Psiquiatra Dr. Claudio Stuardo, Psicóloga Valeria Ferrada y Fonoaudióloga Carolina Valdenegro.

2.6.1. Cuestionario inicial a Fonoaudiólogos

Creada con el fin de recopilar información sobre los conocimientos básicos que poseen los Fonoaudiólogos estudiados en relación al tema de la investigación y su opinión acerca de la importancia de las competencias emocionales en el proceso terapéutico. Posee 4 preguntas y un resumen que explica qué son las Competencias Emocionales para contextualizar el tema.

2.6.2. Pauta de Evaluación del Desarrollo de Competencias Emocionales.

La Pauta de Evaluación del Desarrollo de Competencias Emocionales (PEDCE) es un instrumento que mide el grado de desarrollo de las competencias emocionales en el profesional Fonoaudiólogo que se desempeña en el área clínica de voz. Esta pauta fue creada, para los efectos de esta investigación, tomando como base la información descrita por Goleman (2005), quien señala que las competencias emocionales son necesarias para el óptimo desempeño laboral.

La pauta evalúa 19 competencias; 12 son de tipo personal: conciencia social, valoración de uno mismo, confianza de uno mismo, autocontrol, confiabilidad,

integridad, adaptabilidad, innovación, logro, compromiso, iniciativa y optimismo; y 7, social: comprensión de los demás, orientación hacia el servicio, influencia, comunicación, liderazgo, resolución de conflictos y establecer vínculos. Sólo las de tipo social son evaluables por medio de observación directa. Debido a lo anterior, la pauta fue dividida en tres instancias de evaluación: la primera corresponde a una pauta de autoevaluación, dirigida al Fonoaudiólogo en estudio, que abarca las competencias personales y sociales; la segunda parte, a cargo del juicio de expertos, evalúa el grado de desarrollo de las habilidades sociales del terapeuta por medio de conductas observables; y la tercera es una encuesta que mide conductas que reflejan habilidades sociales y está dirigida a los pacientes de los Fonoaudiólogos en estudio. A continuación, se describen estos instrumentos en detalle:

2.6.2.1. PEDCE para autoevaluación: Evalúa 19 competencias emocionales, 12 personales y 7 sociales, por medio de conductas que reflejan el grado de desarrollo de cada habilidad. Cada conducta es graduada en 3 criterios: nunca presente o nivel insatisfactorio, a veces o nivel básico y siempre o nivel destacado. Esta pauta fue contestada por cada Fonoaudiólogo de la muestra.

2.6.2.2. PEDCE para evaluación externa: Esta pauta evalúa 7 Competencias emocionales de tipo social. Cada conducta es graduada en 4 criterios: nunca presente o nivel insatisfactorio, a veces o nivel básico, siempre o nivel destacado, y no observada. La pauta fue contestada por una comisión compuesta por un Psicólogo, Psiquiatra y Fonoaudiólogo. Éstos respondieron en base a lo observado en una filmación de la sesión de evaluación realizada por el Fonoaudiólogo a su paciente. Se seleccionó esta sesión debido a que en ella se produce el primer acercamiento entre paciente y terapeuta, y es desde este momento en que el profesional deberá emplear sus competencias emocionales e intentar crear un vínculo con su atendido. Además, al ser un paciente nuevo, se controla la variable de poseer una relación terapéutica previa con el Fonoaudiólogo.

2.6.2.3. Encuesta al Paciente: Se evalúan 7 habilidades de tipo social. Esta pauta va dirigida a pacientes de los Fonoaudiólogos en estudio que hayan asistido a más de tres sesiones de terapia, ya que, de esta forma, el atendido conoce a su terapeuta y tiene una opinión sobre él. La encuesta se compone por preguntas breves y una lista de conductas con criterios de graduación: nunca presente, a veces, siempre y no observado. Busca conocer la opinión de los pacientes sobre las competencias emocionales que posee su Fonoaudiólogo y comparar estos resultados con los obtenidos mediante los instrumentos antes mencionados.

2.7. Materiales

Los materiales utilizados en la presente investigación fueron los siguientes:

- Cámara de video Sony Handycam Vision CCD-TRV58
- Pauta de evaluación descrita anteriormente.
- Cinta de video 8mm SONY

2.8. Procedimientos

Para realizar la presente investigación fue necesario efectuar una serie de procedimientos:

- **Creación y revisión del instrumento evaluativo:** se realizó la confección de la Pauta de Evaluación del Desarrollo de Competencias Emocionales en base a la bibliografía descrita por Goleman que explica de manera exhaustiva qué y cuáles son estas competencias. Durante la creación de esta pauta fue necesario la división en tres modalidades: autoevaluación, evaluación externa y encuesta al paciente. Esto se llevó a cabo con el fin de obtener información de cada uno de los participantes involucrados en el estudio. Para la realización de esta pauta se contó con la guía y colaboración de profesionales relacionados con el tema: Psiquiatra Dr. Claudio Stuardo,

Fonoaudiólogas Loreto Nercelles y Carolina Valdenegro y la Psicóloga Valeria Ferrada.

- **Conformación de comisión de especialistas:** Se solicitó la colaboración de profesionales relacionados con el tema en estudio para la conformación de la comisión de especialistas a cargo de aplicar la Pauta de Evaluación del Desarrollo de Competencias Emocionales en su modalidad de evaluación externa. Los profesionales que conformaron la comisión de especialistas fueron: Psiquiatra Dr. Claudio Stuardo, Psicóloga Valeria Ferrada y Fonoaudióloga Carolina Valdenegro. Para acordar los términos y condiciones, tanto del estudio como de la aplicación de la pauta, fue necesario llevar a cabo una reunión individual y, luego, grupal.
- **Realización de consentimiento informado:** Se realizó un documento de consentimiento informado para los Fonoaudiólogos y pacientes en estudio, con el fin de garantizar que los datos obtenidos sólo serían utilizados con fines investigativos.
- **Obtención de la muestra:** En una primera instancia, se contactó a los Fonoaudiólogos a través de correo electrónico y llamadas telefónicas, informándoles el tema de investigación y los objetivos. Con aquellos que aceptaron colaborar en el estudio, se coordinó una reunión para explicar con mayor detalle los objetivos y condiciones del mismo. Inicialmente, 25 Fonoaudiólogos que trabajan en el área clínica de voz, de las regiones quinta y metropolitana, estuvieron dispuestos a colaborar, sin embargo, luego de algunas limitaciones, sólo 10 lograron participar en esta investigación. Se eligieron al azar 2 pacientes por cada profesional, uno que ya estuviera en pleno proceso terapéutico y el otro que estuviera en fase de evaluación.

2.9. Aplicación del Instrumento

La fase de aplicación del instrumento que describe el desarrollo de la competencia emocional en el Fonoaudiólogo se puede dividir en cuatro etapas:

2.9.1 Primera etapa: Reunión inicial.

En esta instancia se le solicitó a cada fonoaudiólogo que contestara el “Cuestionario a Fonoaudiólogos”, recogiendo sus opiniones y conocimientos acerca del término competencia emocional.

2.9.2. Segunda etapa: Grabación y autoevaluación.

Consistió en la filmación de una primera sesión de evaluación fonoaudiológica. Ésta tuvo una duración de 40 a 60 minutos en promedio. Este medio audiovisual permitió llevar a cabo las etapas posteriores del estudio, logrando objetividad en los resultados. Finalizada la grabación, el Fonoaudiólogo debió responder la Pauta de Evaluación del Desarrollo de Competencias Emocionales en modalidad de autoevaluación.

2.9.3. Tercera etapa: Aplicación de pauta de observación directa por comisión de especialistas.

Consistió en presentar a la comisión de especialistas las grabaciones obtenidas en la etapa previa. En una primera instancia, se realizó una reunión con la totalidad de los miembros para la revisión de los videos y la obtención de resultados en conjunto. Dada la poca disponibilidad horaria de los miembros, las revisiones posteriores fueron hechas de forma individual. Finalizada la recopilación de análisis, se solicitaron nuevas reuniones en las que se buscó llegar a un consenso entre las opiniones de los profesionales para así obtener un resultado único por cada video analizado.

2.9.4. Cuarta etapa: Encuesta al Paciente.

Se encuestó a un paciente por cada Fonoaudiólogo estudiado que hubiese asistido a más de 3 sesiones de tratamiento. El paciente fue elegido al azar, tomando en

cuenta los criterios de inclusión. Éste tuvo que firmar el consentimiento informado correspondiente autorizando su colaboración en la investigación, para luego contestar la encuesta.

Finalmente, y con el objetivo de ordenar los datos obtenidos en las tres modalidades de la pauta, se crearon tablas para recopilar toda la información. Luego, las tablas fueron llevadas a gráficos para comparar los resultados obtenidos en cada modalidad.

3. RESULTADOS

En este capítulo, se presentarán los resultados de esta investigación, los que se obtuvieron a partir de la aplicación de los instrumentos “Cuestionario al Fonoaudiólogo” y “Pauta de Evaluación del Desarrollo de Competencias Emocionales” (PEDCE) en el Fonoaudiólogo. La primera, como se explica en el capítulo anterior, expone de forma cualitativa las impresiones y comentarios de los Fonoaudiólogos en estudio en relación a las Competencias Emocionales, y la segunda consta de tres modalidades: auto-evaluación, encuesta al paciente y evaluación externa. Se describirá el nivel de desarrollo alcanzado de cada habilidad evaluada en el grupo de estudio.

A continuación, se presentan los datos obtenidos mediante el cuestionario al fonoaudiólogo. Se destacan y resumen las respuestas más importantes.

3.1. Resultados del Cuestionario al Fonoaudiólogo

En relación a la pregunta que señala si los Fonoaudiólogos en estudio conocían el término competencia emocional antes de la investigación, 7 terapeutas contestaron positivamente. En la misma pregunta se solicitaba una breve reseña de qué entendían por este concepto. A partir de los datos obtenidos se definió competencia emocional como: Habilidades que una persona posee para expresar sus emociones. Se relacionan con la asertividad, ya que las emociones se adecúan a las diferentes situaciones de vida por las que podemos atravesar. Son las diferentes capacidades que presenta una persona para relacionarse con otras, tomando en cuenta las necesidades, funciones y objetivos que se establecen en una relación determinada. En el caso del terapeuta estas deben ser transversales.

En relación al medio por el cual había sido adquirido este conocimiento, 3 Fonoaudiólogos señalaron que fue a través de libros y revistas científicas, en 1 casos fue a través de pregrado, 1 durante postgrados y 2 por otro medio, como por ejemplo, el ambiente familiar. Cabe destacar que los terapeutas que mencionaron conocer el término competencia emocional lo asociaban a inteligencia emocional, habilidades interpersonales y empatía.

En respuesta a la pregunta que señalaba si creían necesario adquirir este conocimiento en la Universidad o solo se desarrolla con la experiencia laboral, la respuesta en general fue positiva a la primera instancia. Todos concuerdan en que es necesario adquirir estas competencias, y que en caso de desarrollarlas en la Universidad, al momento de egresar tendrán repercusiones en el resultado del tratamiento y generará mejores terapeutas. En 4 casos se indica que, si bien, es importante desarrollar las habilidades durante el pregrado, el desarrollo completo se logra en la etapa laboral. También se destaca la importancia de crear instancias prácticas en la etapa de pregrado para poder optimizar estas competencias.

En cuanto a considerar útil poseer un desarrollo óptimo de las competencias emocionales en el contexto terapéutico, todos los Fonoaudiólogos concordaron en que sí es de mucha importancia ya que influirá en el vínculo que se cree entre el paciente y el terapeuta, el primero se sentirá acogido, comprendido, etc. Finalmente se señala que el ser humano funciona en base a emociones y esto nunca se debe olvidar en el quehacer terapéutico. No sólo se trabaja con un paciente sino que con un ser humano.

Como ha sido mencionado, las competencias emocionales se pueden agrupar en dos grandes conceptos, las Competencias Personales, que determinan cómo se relaciona una persona consigo misma, y las Competencias Sociales, que determinan de qué modo un individuo se relaciona con los demás. Debido a que las de tipo personal son evaluadas por cada persona en sí misma, este grupo de competencias fueron estudiadas en la modalidad autoevaluativa. Pese a que no es posible compararlas con las otras modalidades, se hace necesario tener una noción general de la autopercepción que tiene cada Fonoaudiólogo de estas conductas, dado que, a fin de cuentas, tendrán directa relación en el resultado integral que tendrá este profesional en su desempeño laboral.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de la PEDCE, en su modalidad autoevaluativa, en el ítem de Competencias personales.

3.2. Resultados de la PEDCE

3.2.1 Resultados competenciales emocionales de tipo personal

Estas competencias se subdividen en 3 grupos: conciencia de uno mismo, autorregulación y motivación. En las tablas 1, 2 y 3 se exponen los resultados para el total de Fonoaudiólogos en estudio, según los criterios: nunca presente o nivel insatisfactorio, a veces presente o nivel básico y siempre presente o nivel destacado.

Tabla 1. Conciencia de uno mismo

COMPETENCIAS	CONDUCTAS	CRITERIOS		
		Nunca o nivel insatisfactorio	A veces o nivel básico	Siempre o nivel destacado
Conciencia emocional	A: Reconozco mis emociones y los efectos que éstas pueden producir en mi relación con los demás.	---	2	8
	B: Conozco el modo en que mis sentimientos influyen sobre mi rendimiento.	---	1	9
	C: Sé cuáles son mis valores y objetivos.	---	---	10
Valoración de uno mismo	A: Reconozco mis fortalezas y debilidades.	---	4	6
	B: Poseo sentido del humor	---	5	5
Confianza de uno mismo	A: Expreso mis puntos de vista, aunque sean impopulares, y defiendo sin apoyo de nadie lo que considero correcto.	---	7	3
	B: Soy emprendedor y asumo mis decisiones.	---	3	7

En la tabla 1 se aprecia que en relación a la **Conciencia emocional**, los Fonoaudiólogos presentan un nivel destacado en la mayoría de las conductas evaluadas. Con

respecto a la **valoración de uno mismo**, alrededor de la mitad de Fonoaudiólogos refiere presentar un nivel básico y la otra mitad un nivel destacado. En relación a la **confianza de uno mismo** se observan diferencias en las respuestas para cada conducta. Para la conducta A la mayoría considera tener un nivel básico; para la conducta B, la mayoría refiere un nivel destacado.

Tabla 2. Autorregulación

COMPETENCIAS	CONDUCTAS	CRITERIOS		
		Nunca o nivel insatisfactorio	A veces o nivel básico	Siempre o nivel destacado
Autocontrol	A: Mantengo bajo control mis emociones y sentimientos conflictivos.	---	3	7
	B: Permanezco equilibrado aún en los momentos más críticos.	---	4	6
	C: Permanezco concentrado a pesar de las distracciones.	---	7	3
	D: Pienso con claridad.	---	2	8
Confiabilidad	A: Soy responsable con el paciente.	---	---	10
	B: Reconozco mis errores.	---	2	8
	C: Proporciono confianza a mi paciente.	---	2	8
	D: Soy sincero.	---	2	8
Integridad	A: Soy responsable con mi trabajo (llego a la hora, no cancelo sesiones súbitamente, etc.)	---	2	8
Adaptabilidad	A: Afronto cambios y desafíos con adecuada flexibilidad.	---	4	6
	B: Planteo soluciones a los problemas de acuerdo a las herramientas disponibles en el momento.	---	4	6
Innovación	A: Estoy abierto(a) a nuevas ideas, perspectivas e información.	---	1	9
	B: Organizo los tiempos y las prioridades en la sesión.	---	3	7

En la tabla numero 2 se observa que en cuanto al **autocontrol**, en la conducta A, B y D más de la mitad de fonoaudiólogos afirma poseer un nivel destacado. En la conducta C la mayoría alcanza un nivel básico. Para las competencias **confiabilidad**, **integridad**, **adaptabilidad** e **innovación**, la mayoría de terapeutas considera que logran un nivel destacado.

Tabla 3. Motivación

COMPETENCIAS	CONDUCTAS	CRITERIOS		
		Nunca o nivel insatisfactorio	A veces o nivel básico	Siempre o nivel destacado
Logro	A: Me motiva cumplir los objetivos y las exigencias de mi trabajo.	---	---	10
	B: No dudo en afrontar objetivos desafiantes, si es necesario recopilo antecedentes que puedan complementar mis conocimientos.	---	3	7
	C: Descubro formas de llevar a cabo mis tareas y aprendo a mejorar mi desempeño.	---	2	8
Compromiso	A: Cumpro con los compromisos, ya sean terapéuticos o personales.	---	1	9
Iniciativa	A: Estoy dispuesto(a) a aprovechar las oportunidades.	---	3	7
	B: Hago y doy mi máximo posible, no me conformo.	---	2	8
	C: No dudo en cambiar mi rutina cuando sea necesario para llevar a cabo mi trabajo, adaptándome a las circunstancias y al paciente.	---	2	8
	D: Movilizo a otros a esforzarse, para que den su máximo posible.	---	5	5
Optimismo	A: Insisto en conseguir mis objetivos a pesar de los obstáculos y contratiempos que se presentan.	---	5	5
	B: Opero desde la expectativa del éxito y no desde el miedo al fracaso.	1	3	6
	C: Considero que los contratiempos se deben más a circunstancias no controlables que a fallos personales.	---	7	3

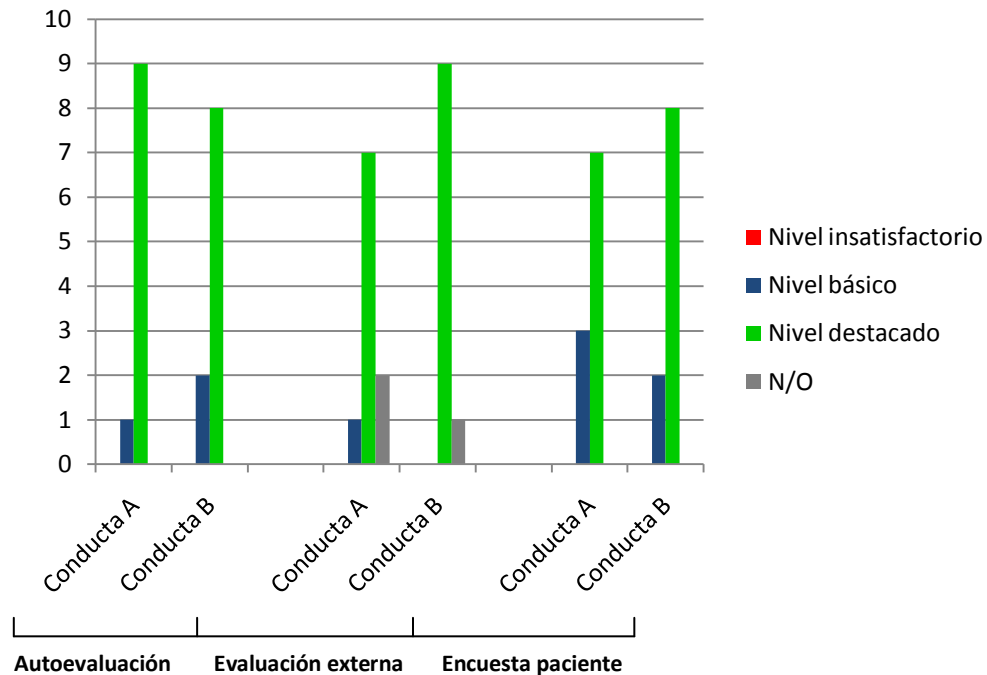
En la Tabla 3 se observa que, en relación a las competencias **logro** y **compromiso**, la mayoría de los terapeutas expresa poseer un nivel destacado. De acuerdo a la competencia **iniciativa**, gran parte de los fonoaudiólogos afirman lograr un nivel destacado en las conductas A, B y C; mientras que para la conducta D, la mitad considera alcanzar un nivel destacado y la otra mitad básico. En cuanto a la competencia **optimismo**, en la conducta A, 5 Fonoaudiólogos presentan un nivel destacado y 5 básico. En la conducta B, se observa en nivel destacado a 6 profesionales, 3 en nivel básico y 1 en insatisfactorio. En la conducta C, solo 3 profesionales considera tener un nivel destacado y 7 un nivel básico.

A continuación se exhiben los gráficos correspondientes a las Competencias sociales, divididos en aquellas relacionadas con la Empatía y con las Habilidades sociales. Es importante mencionar que la encuesta dirigida a los pacientes contemplaba preguntas que fueron difíciles de entender para los encuestados, por lo cual se decidió no incluirlas en el análisis de resultados, ya que en la aplicación la mayoría de los pacientes refirieron no entender la pregunta o no saber cómo responderla.

3.2.2. Resultados competencias emocionales de tipo social

3.2.2.1. Empatía:

- **Comprensión de los demás:**



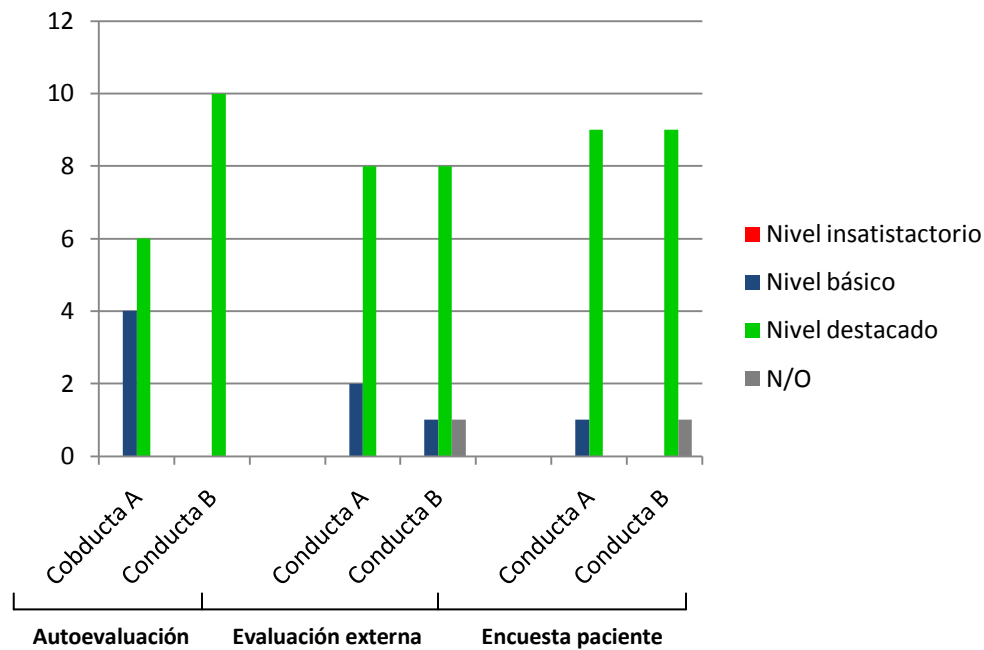
**Conducta A: Es sensible, comprende las emociones y sentimientos de su paciente.
Conducta B: Sabe escuchar (se muestra interesado en lo que su paciente le relata).**

En el gráfico n° 1 se observa que, en la Autoevaluación, 1 Fonoaudiólogo manifiesta poseer la conducta A en un nivel básico y 9 en destacado. En la conducta B, 2 terapeutas indican tener un nivel de desarrollo básico y 8 destacado.

En relación a la evaluación externa, el gráfico muestra que, la comisión indicó que, en la conducta A, 1 Fonoaudiólogo alcanzaba un nivel básico, 7 un nivel destacado; en 2 casos, no fue posible observarla. En la conducta B, la comisión señaló que 9 poseían un nivel destacado, no siendo posible observarla en 1 de ellos.

Por último, según los pacientes, 3 Fonoaudiólogos poseen un nivel básico y 7 destacado de la conducta A. En la conducta B, señalan que 2 tienen un nivel básico y 8 destacado.

• **Orientación hacia el servicio:**



Conducta A: Entiende las necesidades terapéuticas de su paciente
Conducta B: Brinda su ayuda de forma desinteresada

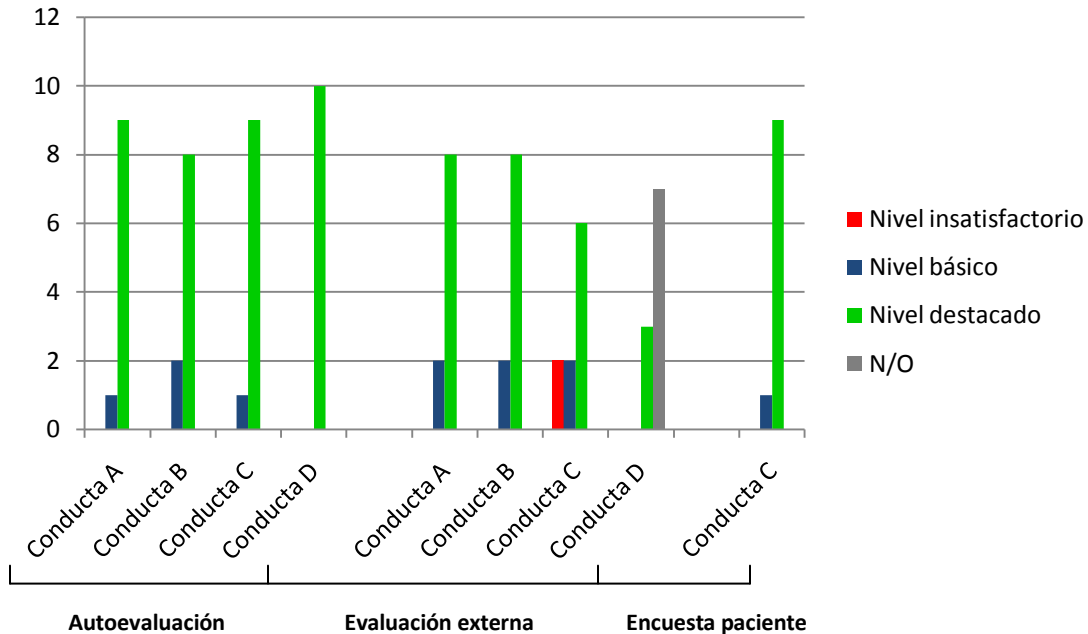
En el gráfico n°2 se aprecia que, en la Autoevaluación, 4 Fonoaudiólogos manifiestan presentar la conducta A en un nivel básico y 6 en destacado. Para la conducta B, todos consideran poseer un nivel destacado.

En el gráfico se observa que, en la evaluación externa, la comisión concluyó que la conducta A, 2 Fonoaudiólogos la presentan en un nivel básico y 8 destacado. En relación a la conducta B, se determinó que 1 Fonoaudiólogo presenta un nivel básico, 8 destacado y en 1 caso no se pudo observar.

De acuerdo a los pacientes, el gráfico arroja que, la conducta A se presenta en 1 Fonoaudiólogo en nivel básico y en 9 alcanza un nivel destacado. En la conducta B, 9 terapeutas alcanzan un nivel destacado y en 1 de ellos no se habría observado.

3.2.2.2. Habilidades Sociales

- **Influencia:**



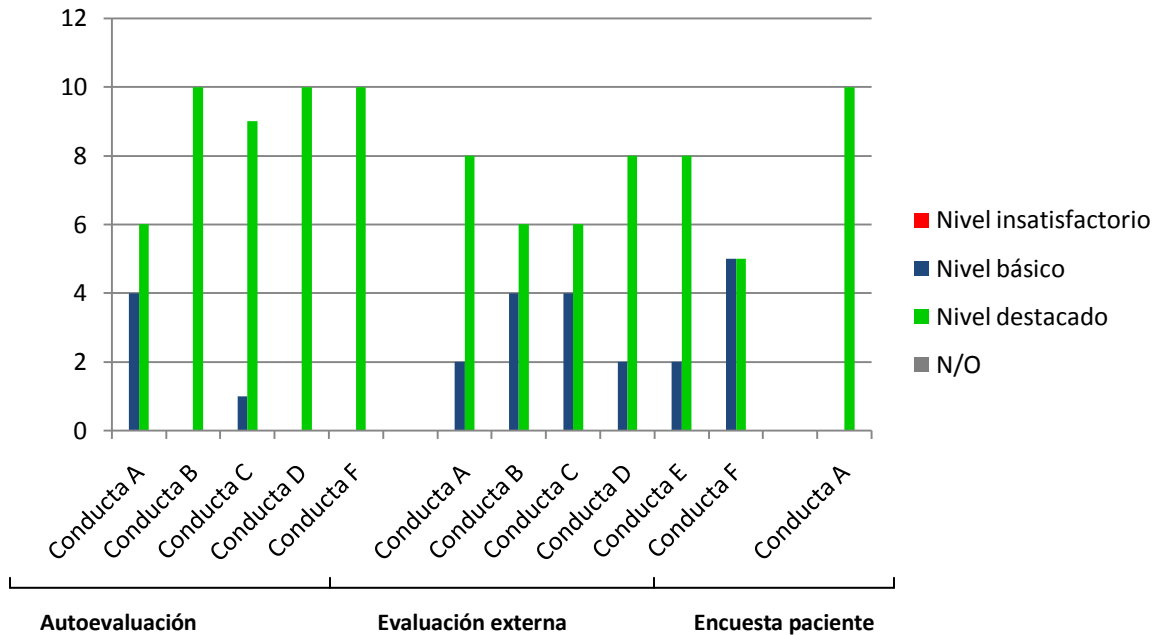
Conducta A: Realiza explicaciones a su paciente
Conducta B: Capta su atención
Conducta C: Explica adecuadamente la importancia del tratamiento
Conducta D: Explica a su paciente la importancia de seguir la pauta de higiene.

En relación al gráfico n°3 es posible señalar que, en la Autoevaluación, 1 Fonoaudiólogo manifiesta poseer, en la conducta A, un nivel básico y 9 destacado. En la conducta B, 2 profesionales mencionan tener un nivel básico y 8 destacado. En cuanto a la conducta C, 1 Fonoaudiólogo considera tener un nivel básico y 9 destacado. En la conducta D, todos señalan tener un nivel destacado.

De acuerdo a lo observado por la comisión en la evaluación externa, en la conducta A y B, 2 Fonoaudiólogos alcanzan un nivel básico y 8 un nivel destacado. En relación a la conducta C, la comisión concluyó que 2 Fonoaudiólogos presentan un nivel insatisfactorio, 2 un nivel básico y 6 un nivel destacado. En la conducta D, se logra un nivel destacado en 3 casos y en 7, no pudo ser observado.

En la encuesta a pacientes, sólo se evaluó la conducta C. Estos consideran que 9 Fonoaudiólogos poseen un nivel destacado y 1 un nivel básico.

• **Comunicación:**



Conducta A: Entrega mensajes claros a su paciente.
Conducta B: Mantiene contacto visual adecuado.
Conducta C: Adecúa la proxémica a la situación terapéutica.
Conducta D: Utiliza lenguaje adecuado para la ocasión.
Conducta E: Adapta sus preguntas a las características del paciente.
Conducta F: Respeta turnos en la conversación.

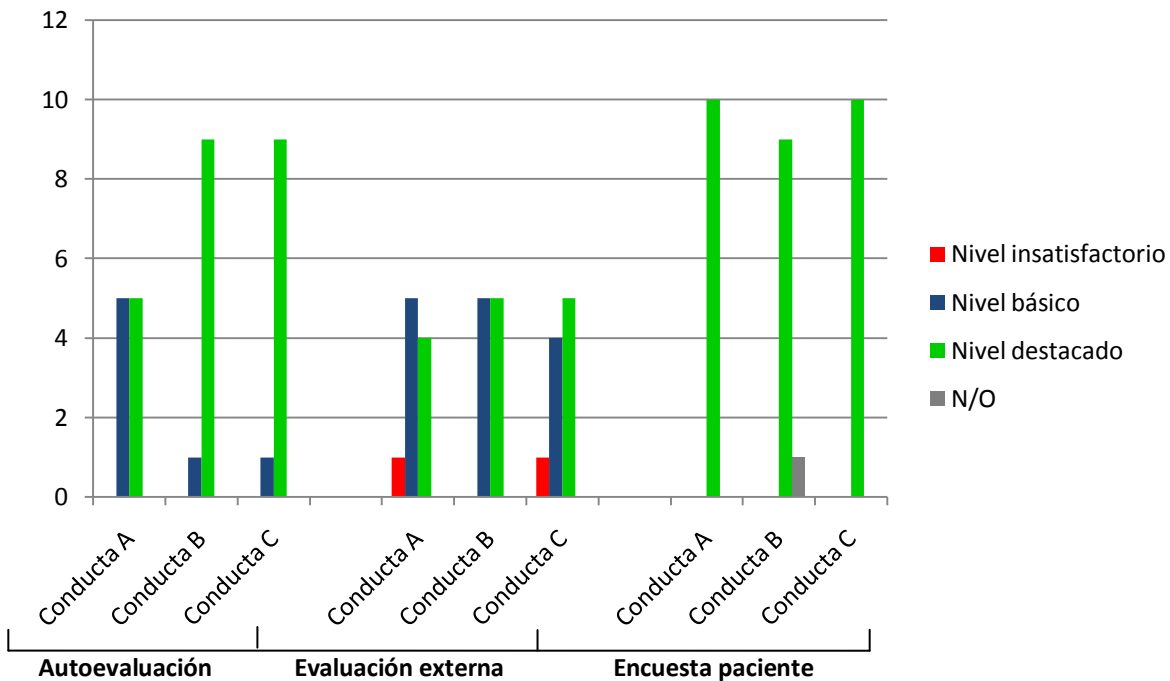
De acuerdo al gráfico n° 4, En la conducta A de la Autoevaluación, 4 Fonoaudiólogos expresan poseer un nivel básico y 6 destacado. Respecto a las conductas B, D y F, todos los profesionales manifiestan un nivel destacado. En cuanto a la conducta C, sólo 1 evaluado afirma tener un nivel básico y 9 destacado.

Dentro de la evaluación externa, la comisión opina que la conducta A, está presente en 2 Fonoaudiólogos en un nivel básico y en 8, en un nivel destacado. En la conducta B y C, se observó que 4 profesionales alcanzan un nivel básico y 6 destacado. En las conductas D y E, la comisión concluyó que 2 Fonoaudiólogos logran un nivel

básico y 8 un nivel destacado. En relación a la conducta F, 5 obtuvieron un nivel básico y 5, destacado.

En la encuesta al paciente sólo la conducta A pudo ser evaluada. Según los pacientes, la totalidad de Fonoaudiólogos alcanza un nivel destacado.

• **Liderazgo:**



**Conducta A: Guía e inspira a su paciente.
 Conducta B: Promueve el entusiasmo en su paciente.
 Conducta C: Actúa como modelo a seguir, da el ejemplo.**

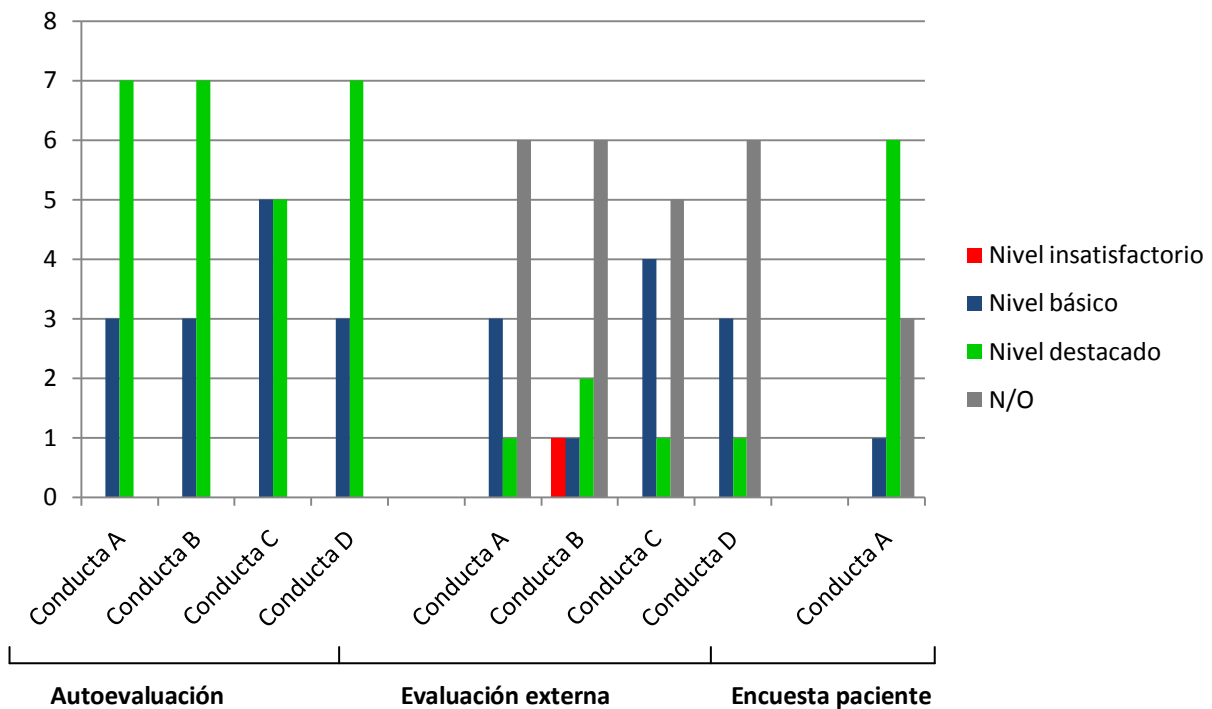
En el gráfico n° 5, la Autoevaluación arroja que 5 Fonoaudiólogos indican poseer la conducta A en un nivel básico y 5 en destacado. En tanto, en las conducta B y C, 1 Fonoaudiólogo manifiesta tener un nivel de desarrollo básico y 9 destacado.

En la Evaluación externa, la comisión opina que la conducta A se observó en 1 Fonoaudiólogo con un nivel insatisfactorio, en 5 con nivel básico y en 4 con un desarrollo destacado. La conducta B se observa en un nivel de desarrollo básico en 5

Fonoaudiólogos y en nivel destacado también en 5 de ellos. La conducta C se señala en un nivel insatisfactorio en 1 terapeuta, básico en 4 evaluados y destacado en 5 profesionales.

En la encuesta, los pacientes consideran que los 10 Fonoaudiólogos poseen un nivel destacado en las conductas A y C. En relación a la conducta B, se señala que 9 Fonoaudiólogos alcanzan un nivel destacado y sólo en 1 no pudo ser observada.

• **Resolución de Conflictos:**



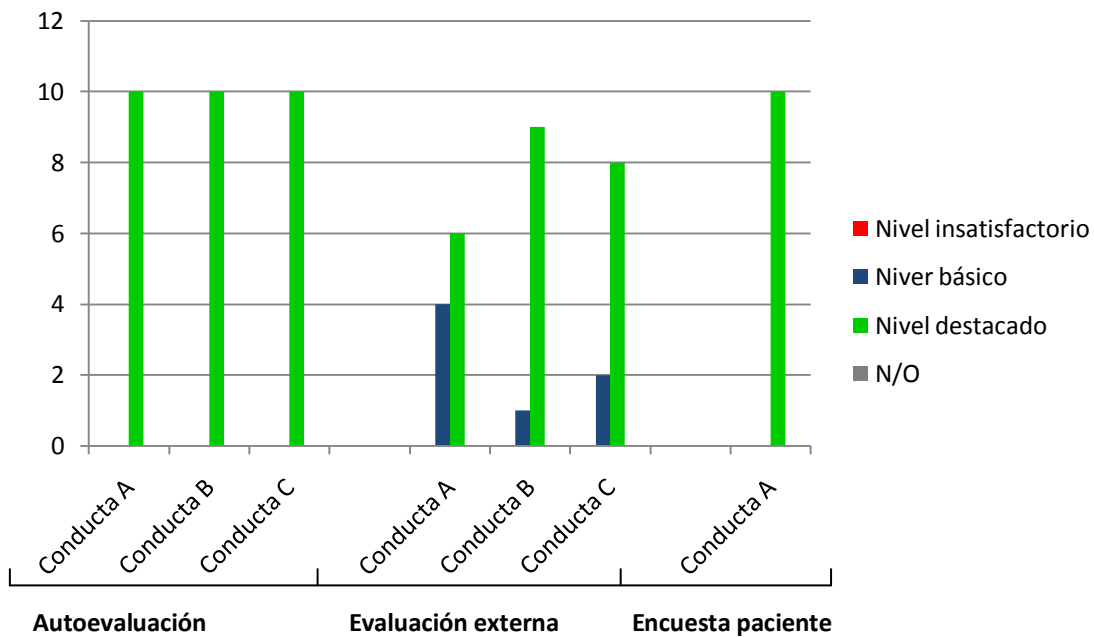
Conducta B: Saca a la luz los desacuerdos.
Conducta C: Alientan el debate y la discusión abierta acerca de temas de la sesión.
Conducta D: Busca el consenso entre los puntos de vista de él y su paciente

El gráfico n° 6 muestra que, de acuerdo a la Autoevaluación, 3 Fonoaudiólogos indican que poseen las conductas A y B en un nivel básico y 7 en nivel destacado. En la conducta C, 5 profesionales se ubican en un nivel básico y 5 en un nivel destacado. En relación a la conducta D, 3 afirman estar en nivel básico y 7 en destacado.

En la Evaluación externa, la comisión indicó que en la conducta A, 3 Fonoaudiólogos alcanzan un nivel básico y 1, un nivel destacado; en los 6 casos restantes no fue posible observarla. En la conducta B, la comisión señaló que 1 profesional poseía un nivel insatisfactorio, 1 un nivel básico, 2 un nivel destacado y en 6 casos no fue posible observarlo. En la conducta C, se afirma que 4 Fonoaudiólogos poseen un nivel básico, 1 destacado y en 5 no fue posible observarla. En relación a la conducta D, se señala que 3 presentan un nivel básico, 1 destacado y en 6 casos no fue posible observarla.

Sólo la conducta A fue evaluada en la encuesta al paciente. Estos manifiestan que, 1 Fonoaudiólogo posee un nivel básico, 6 destacado y en 3 casos señalan que la conducta no pudo ser observada.

- **Establecer vínculos:**



**Conducta A: Se muestra como una persona confiable.
 Conducta B: Establece un adecuado rapport con el paciente.
 Conducta C: Intenta establecer un buen vínculo con el paciente**

En el gráfico n° 7 se aprecia que, en la Autoevaluación, los 10 Fonoaudiólogos declaran poseer las conductas A, B y C en un nivel destacado.

En la Evaluación externa la comisión indicó que, en la conducta A, 4 Fonoaudiólogos alcanzaban un nivel básico y 6 un nivel destacado. En la segunda conducta, la comisión señaló que 1 terapeuta poseía un nivel básico y 9 un nivel destacado. La conducta C se observó en 2 Fonoaudiólogos en un nivel básico y en 8 destacado.

Según la encuesta realizada a los pacientes, los 10 Fonoaudiólogos poseen un nivel destacado para la conducta A.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este capítulo, se desarrollará la discusión en torno a los hallazgos encontrados en esta investigación, además de presentar sus limitaciones y proyecciones. Al inicio, se describen los aspectos de la autoevaluación, evaluación externa y encuesta al paciente, que pueden ser comparados entre sí. Luego, se comentan los datos obtenidos mediante el cuestionario al Fonoaudiólogo. Finalmente se describen las limitaciones, proyecciones y conclusiones de la investigación.

La modalidad autoevaluativa comprende un ítem de competencias personales y otro de competencias sociales. Las competencias personales, evaluadas a modo de pauta de cotejo, reflejan la percepción que tiene cada profesional de sí mismo. Ante esto, en los resultados se destaca que, para la habilidad que corresponde a la *Conciencia de uno mismo*, la competencia que alcanza un mayor nivel de desarrollo es la conciencia emocional, mientras que, la que alcanza un menor nivel es la confianza en uno mismo. En la habilidad *Autorregulación*, la competencia más destacada es la confiabilidad, en cambio, la menos desarrollada es autocontrol. Por último, en cuanto a la habilidad *Motivación*, las competencias más destacadas son logro y compromiso, en tanto, la menos destacada, el optimismo.

La empatía, entendida como “darse cuenta de lo que están sintiendo las personas, ser capaces de ponerse en su lugar y cultivar la relación y el ajuste con una amplia diversidad de personas” (Goleman, 2005), agrupa 2 competencias emocionales: comprensión de los demás y orientación hacia el servicio. De acuerdo a los resultados de la evaluación de las conductas que reflejan estas competencias, se pueden establecer las siguientes comparaciones:

- En cuanto a la **Comprensión de los demás**, 9 Fonoaudiólogos manifiestan, por un lado, ser siempre sensible y comprender las emociones de sus pacientes, lo que discrepa, en parte, con la opinión de la comisión y de los pacientes, quienes afirman que, de la totalidad, sólo 7 profesionales alcanzan un nivel destacado. Por otro lado, la cualidad de saber escuchar y mostrarse interesado no presenta diferencias importantes entre las modalidades, ya que en la mayoría alcanza un nivel destacado.

- Para las conductas relacionadas con la **Orientación hacia el servicio**, se aprecia una leve diferencia en los resultados. Al respecto, 6 Fonoaudiólogos consideran que entienden las necesidades terapéuticas de sus pacientes de forma destacada; mientras que, tanto la comisión como los pacientes opinan de manera semejante, pues afirman que, 8 y 9 profesionales respectivamente alcanzan un nivel destacado. En cuanto a brindar ayuda de forma desinteresada no se observan diferencias notables. La diferencia es menor en cuanto a brindar ayuda de forma desinteresada; cabe destacar que esta conducta sólo fue posible evaluarla en las modalidades de autoevaluación y evaluación externa. Todos los Fonoaudiólogos consideran poseer un nivel destacado, mientras que para la comisión 8 logran dicho nivel. Para los profesionales que analizaron el video, la conducta fue difícil de evaluar en observación directa, puesto que ésta alcanza un nivel de subjetividad mayor. La comisión tomó en consideración la actitud del Fonoaudiólogo frente al paciente, el ánimo por ayudarlo en situaciones que posiblemente escapaban al trastorno vocal, como por ejemplo, dificultades emocionales o necesidad de derivaciones.

Las Habilidades Sociales implican “manejar bien las emociones en las relaciones, interpretando adecuadamente las situaciones y las redes sociales; interactuar fluidamente; utilizar estas habilidades para persuadir, dirigir, negociar y resolver disputas; cooperar y trabajar en equipo” (Goleman, 2005). Estas agrupan 5 competencias emocionales: influencia, comunicación, liderazgo, resolución de conflictos y establecer vínculos. De acuerdo a los resultados de la evaluación de las conductas que reflejan estas competencias, se pueden establecer las siguientes comparaciones:

- La **influencia** del Fonoaudiólogo sobre el paciente se evaluó mediante cuatro conductas. Los resultados obtenidos respecto a la realización de explicaciones y a captar la atención del paciente fueron similares entre las pautas de autoevaluación y evaluación externa, pues en ambas, la mayoría de los terapeutas alcanza un nivel destacado. Esta conducta no fue evaluada en la encuesta al paciente. Diferente fue lo observado en las dos conductas que se mencionan a continuación. En cuanto a la explicación adecuada al atendido sobre la importancia que tiene el tratamiento, casi la totalidad de pacientes y Fonoaudiólogos manifestó que siempre está presente, sin embargo, la comisión opinó que sólo 6

profesionales lo efectúa de forma destacada, e incluso consideraron que 2 nunca lo hacen, es decir, poseen un nivel insatisfactorio. Esto se debe a que, si bien la evaluación externa se realizó con la observación de la sesión Fonoaudiológica inicial de cada profesional, la comisión afirma que es relevante, en primera instancia, explicar al paciente la importancia de su tratamiento. En relación a señalar la relevancia de seguir la pauta de higiene, todos los terapeutas expresaron que siempre lo realizaban; para la comisión, en la mayoría de los casos no fue posible observarlo. Lo sucedido con esta última conducta, se explica debido a que algunos profesionales tienden a indicar las pautas de higiene en sesiones posteriores y no durante la evaluación.

- En el área de la **comunicación**, se observaron diferencias de opinión. Para los pacientes, todos los profesionales entregan mensajes lo suficientemente claros, logrando un nivel destacado; para la comisión, 8 alcanzan dicho nivel; en tanto, sólo 6 Fonoaudiólogos consideran poseer un nivel destacado en esta conducta. Con respecto a utilizar lenguaje adecuado para la situación, la totalidad de Fonoaudiólogos opina alcanzar un nivel destacado; la comisión, por su parte, concluye que 8 de estos se destacan y 2 logran un nivel básico.

Dentro de la comunicación no verbal, encontramos que todos los evaluados consideran que mantienen un contacto visual adecuado, alcanzando un nivel destacado, mientras que la comisión observó que sólo 6 profesionales logran este nivel. De acuerdo a la evaluación externa, esto puede explicarse debido a que durante la situación evaluativa, en general, se remiten mucho a la lectura de la pauta evaluativa y esto produce que pierdan contacto visual con el paciente.

La mayoría de los Fonoaudiólogos afirman que siempre adecúan su proxémica a la situación terapéutica; por el contrario, para la comisión, 6 lo realizan siempre y 4 a veces. En cuanto al respeto de turnos, todos los terapeutas opinan poseer un nivel destacado, mientras que la evaluación externa arrojó que sólo la mitad siempre lo hace o alcanzan dicho nivel. La comisión atribuye este hecho al intento del profesional por controlar la situación terapéutica, lo que genera interrupciones hacia el paciente, traduciéndose en

falencias al momento de establecer una comunicación fluida, lo cual impide que el paciente se exprese libremente. La conducta que corresponde a la capacidad del terapeuta de adaptar sus preguntas a las características del paciente, sólo fue medible en la evaluación externa, donde se observó que 8 Fonoaudiólogos lo hacen de forma destacada.

- Al comparar los resultados en las conductas que reflejan el **liderazgo** del terapeuta, existen marcadas diferencias. Tanto pacientes como Fonoaudiólogos consideran que, en cuanto a promover el entusiasmo del atendido y actuar como un modelo a seguir, la mayoría alcanza un nivel destacado. Mientras, la comisión declara que sólo la mitad logra destacarse en dichas conductas. Para la habilidad de guiar e inspirar al paciente, se observa una similitud de opiniones entre los Fonoaudiólogos y la comisión evaluadora; los primeros consideran que 5 poseen un nivel destacado y la segunda afirma que 4 alcanzan dicho nivel, mientras que los pacientes consideran que todos los profesionales los guían e inspiran. Esta diferencia puede explicarse debido a que los pacientes no tienen referencia, por lo general, de la capacidad de guía e inspiración que puede desarrollar un Fonoaudiólogo.
- En relación a las conductas pertenecientes a la capacidad del terapeuta de **resolver conflictos**, en general, para la comisión, no fue posible observarlas. Esto se produjo porque durante la evaluación realizada por los Fonoaudiólogos no se generó una situación en la que quedara de manifiesto el grado de desarrollo de dichas conductas.
- El **establecer vínculos** fue evaluado en tres conductas. En la primera, que se relaciona con mostrarse como una persona confiable, terapeutas y pacientes consideran que todos alcanzan un nivel destacado, mientras que la comisión afirma que sólo 6 de ellos lo logra y que en 4 casos el nivel de desarrollo es básico. En la segunda, que consiste en establecer un adecuado rapport con el atendido, se concluye que existe similitud entre los resultados de las modalidades, pues casi todos afirman que esta conducta logra un nivel destacado. Para la tercera, que corresponde a intentar establecer un adecuado vínculo con el paciente, al igual que en la anterior, los resultados son similares, sin discrepancias importantes.

Con todo lo expuesto anteriormente, es posible señalar que todas las competencias sociales evaluadas presentan diferencias, ya sean leves o no, entre las tres modalidades de la PEDCE. Para los Fonoaudiólogos, las competencias que tienen un mayor nivel de desarrollo son **establecer vínculos** y **comprensión de los demás**, mientras que las consideradas con menor nivel son **resolución de conflictos** y **liderazgo**. En la evaluación externa las competencias que logran un mayor nivel de desarrollo son **comprensión de los demás**, **orientación hacia el servicio** y **establecer vínculos**, en cambio las que alcanzan un menor nivel son **liderazgo**, **influencia** y **comunicación**. Por su parte, los pacientes poseen una percepción positiva de las competencias emocionales de sus terapeutas, considerando que todas están cercanas a un nivel de desarrollo destacado.

En resumen, las discrepancias más importantes entre las tres modalidades se aprecian en las competencias **liderazgo**, **influencia** y **comunicación**. Por otra parte, las competencias **comprensión de los demás**, **orientación hacia el servicio** y **establecer vínculos**, se encuentran dentro de las más desarrolladas.

Los Fonoaudiólogos, de acuerdo a lo manifestado en el cuestionario inicial, opinan que estas competencias son esenciales en la relación con el paciente y favorecen el tratamiento. Además consideran que es necesario optimizarlas dentro de la formación profesional con el propósito de preparar al terapeuta de mejor forma al momento de egresar.

En cuanto a las limitaciones del estudio, es necesario señalar que, al comienzo de la investigación, se solicitó la colaboración de los Fonoaudiólogos que cumplieran con las condiciones para conformar la muestra, para lo cual se acordó una reunión con cada uno de ellos. En todos los casos hubo buena disposición para participar en la investigación, pero a lo largo de ésta se produjeron dificultades que se tradujeron en un reducido tamaño de la muestra debido a diversos factores. Uno de ellos se relaciona con los criterios de inclusión, los cuales indicaban requerimientos específicos, tanto para los Fonoaudiólogos, como para los pacientes. Dichos requerimientos resultaron difíciles de cumplir con cada especificación en los tiempos estipulados.

En relación a los terapeutas, si bien se eligió el área de voz para acotar la muestra y reducir variables, existe un reducido número de Fonoaudiólogos dedicados a esta área en la V región, por lo cual fue necesario realizar gestiones en la región Metropolitana. Por un lado, los pacientes que serían grabados durante una sesión de evaluación debían, en primer lugar, brindar su consentimiento, el cual, en algunos casos, no fue posible obtener. Por otro lado, se presentaron dificultades relacionadas a lo Fonoaudiólogos que trabajaban en centros en los que realizaban tratamiento para las diversas áreas de la disciplina. En estos casos, el número de pacientes nuevos que requerían una evaluación inicial fue reducido. Otra limitante se produjo al final de la etapa de campo, en la cual Fonoaudiólogos que ya habían dado su consentimiento para conformar la muestra no pudieron concretar su participación, debido a políticas del lugar de trabajo o falta de tiempo.

Al comienzo de la investigación, se planteó la posibilidad de correlacionar las competencias emocionales que posee el Fonoaudiólogo con la adherencia a terapia de sus pacientes. Esta idea no pudo llevarse a cabo, ya que en algunos centros no existía un registro de la asistencia a terapia de los pacientes y en otros no era posible acceder a ese tipo de información.

En cuanto a la evaluación externa, en primera instancia, se pretendía que los tres profesionales que conformaron la comisión evaluaran conjuntamente los videos, sin embargo, esto no fue posible, debido a su falta de disponibilidad horaria. Este hecho provocó un retraso importante, tanto en la obtención de resultados como en el análisis de los datos. Como solución, cada miembro observó los videos por separado; posteriormente, debió realizarse una reunión en la cual se discutieron los puntos de vista de los participantes y se logró llegar a un consenso.

Por último, debido a que no existen estudios similares realizados en Chile u otro país, que describan el nivel de desarrollo de competencias emocionales en el Fonoaudiólogo que trabaje en el área de voz, no fue posible contar con referencias bibliográficas específicas. Sólo se utilizó lo descrito en la literatura extranjera, relacionado con estudios más generales y aplicados a otras disciplinas, como la medicina general y la psicología.

A pesar de todas las limitaciones descritas, una de las características destacables de esta investigación es su naturaleza pionera y vanguardista, puesto que es el primer acercamiento al desarrollo de competencias emocionales en el profesional Fonoaudiólogo, ya que en Chile no se han realizado estudios similares. Este hecho permite abrir la posibilidad para futuros estudios, los cuales pueden profundizar más en el tema, integrando y proyectando toda la información hasta ahora disponible.

Una de las proyecciones que se sugieren, es la posibilidad de realizar esta investigación en un número mayor de terapeutas y además aplicarla a las otras áreas de la Fonoaudiología, con el fin de comprobar si existen diferencias y/o semejanzas entre ellas, o bien, aplicar el instrumento a un determinado número de profesionales sin importar a qué área pertenezcan. En este marco, se podría modificar la PEDCE y adaptarla según las conductas y las necesidades de cada área. Evaluar a los profesionales con este instrumento podría ser útil para mejorar la atención al paciente, convirtiéndose en un instrumento válido en la evaluación de la calidad de intervención fonoaudiológica en establecimientos particulares y públicos.

En relación al desarrollo de competencias emocionales en el Fonoaudiólogo, se entiende que estas competencias se adquieren en un contexto social, sin embargo, también pueden optimizarse a través de talleres y/o cursos. En este sentido, otra proyección es considerar la posibilidad de incluir en la malla curricular de la carrera de Fonoaudiología una asignatura de desarrollo de competencias emocionales, con el fin de fortalecer e incentivar el auto-conocimiento y las habilidades interpersonales del futuro profesional. Previo a esto, sería conveniente realizar esta investigación aplicada a alumnos en práctica como un método de evaluación del grado de desarrollo de sus competencias emocionales.

Además se puede estudiar y medir la adherencia a terapia para constatar si ésta guarda relación con el nivel de desarrollo de las competencias emocionales del terapeuta. Con esto, sería posible corroborar lo mencionado en la literatura extranjera, en la cual se menciona que una de los factores que influyen en la deserción al tratamiento es la relación paciente-terapeuta (Ruiz Sánchez y cols., 2002). De esta forma se podría observar si los resultados obtenidos se acercan a la realidad nacional.

En conclusión, fue posible lograr el objetivo planteado, describiéndose el grado de desarrollo de las competencias emocionales que poseen los Fonoaudiólogos del estudio mediante la aplicación del la PEDCE. De acuerdo a lo obtenido en esta investigación se puede afirmar que las competencias emocionales constituyen un elemento fundamental en las características del Fonoaudiólogo que trabaja en el área de voz, pues le permiten generar un adecuado vínculo con su paciente. Así mismo, la evaluación, que constituye el primer acercamiento con el paciente, es un proceso primordial, ya que el Fonoaudiólogo necesita desplegar todas sus habilidades, tanto técnicas como sociales, para captar la atención de su atendido, recopilar la mayor cantidad de información relevante, guiarlo para que éste confíe en el proceso terapéutico y en la posibilidad de sanar, finalmente que se comprometa consigo mismo, hecho que irá en directo beneficio de la terapia. Cabe aclarar que la intención de este estudio en ningún momento fue juzgar y criticar a los profesionales que conformaron la muestra, por el contrario se pretendió describir y conocer un tema del cual no se han realizado investigaciones previas en nuestro país, para así obtener información útil que sirva de plataforma para enriquecer a los antiguos, actuales y futuros profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, H. (1997) *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires; Argentina: Amorrortu editores.
- Badenoch, J. (1986) Communication skills in medicine: the role of communication in medical practice. *Journal of the Royal Society of Medicine* 79
- Branski, R. (2008) *Voice Therapy*. [En línea]. Disponible en <http://emedicine.medscape.com/article/866712-overview>; consultado el 10 de Junio de 2010.
- Bustos, I. (2002) *Tratamiento de los problemas de la voz: nuevos enfoques*. (7ª Edición) Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Calvo, A. (2001) Adherencia a la Terapia. Lima: *Revista médica Herediana* v.12 n.4
- Casado, J. (2002) *La evaluación clínica de la voz: fundamentos médicos y logopédicos*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- DiMatteo, M. (1994). The physician-patient relationship effects on the quality of health care. *Clinical Obstetrics and Gynaecology* 37.
- Dinville, C. (1996) *Los trastornos de la voz y su reeducación*. (2ª edición) Barcelona: Masson.
- Evans, B. (1992) Communication skills training and patients satisfaction. *Health Communication*, Vol. 4. EEUU.
- Goleman, D. (2007) *Inteligencia emocional: La nueva ciencia de las relaciones humanas*. (4ª edición) Barcelona: Editorial Kairós.

- Goleman, D. (2005) *La práctica de la inteligencia emocional*. (18a edición) Barcelona: Editorial Kairós.
- Hargie, O. & Cols. (1998) A survey of communication skills training in UK Schools of Medicine: present practices and prospective proposals. *Medical Education*, Vol. 32. Inglaterra: Blackwell Science.
- Haynes, R.B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions. *Journal of the American Medical Association*. EEUU
- Jackson Menaldi, M. (2002) *La voz patológica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Krüger, C. & Cols. (2006) Training undergraduate medical students in “Soft skills”- a qualitative research project at the University of Pretoria. *S Afr Psychiatry*, vol. 9. Sudáfrica: Guest Editorial.
- Le Huche, F. (2004) *La voz*, Tomo 4. Barcelona: Editorial Masson.
- Morrison, M., Nichol, H. & Ramaje, L. (1996) *Tratamiento de los trastornos de la voz*. (1ª edición) Barcelona: Editorial MASSON.
- Neira, L. (2004) *La educación de la voz*. Argentina: Edit. Quorum-UMSA.
- Numann, P. (1988) Our greatest failure. *American Journal of Surgery*. EEUU.
- O'Donohue, W. & Levensky, E. (2006) *Promoting treatment adherence: a practical handbook for health care providers*. EEUU: Sage.
- Portone, C. (2006) A Review of Patient Adherence to the recommendation for Voice Therapy, *Journal of Voice*, vol. 22. EEUU.

- Rivas, R. (2006) *La voz y las disfonías disfuncionales: prevención y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Roudinesco, E. (2005) *El paciente, el terapeuta y el estado*. (1ª edición) Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Ruiz Sánchez, J. & Cano Sánchez, J. (2002) *Manual de psicoterapia cognitiva*. España: R&C Editores
- Salovey, P. & Mayer, J.D. (1990) *Emotional Intelligence. Imagination, Cognition, and Personality*. EEUU.
- Silva, G. & Cols. (2005) *Adherencia al tratamiento: Implicaciones de la no-adherencia*. Bogotá: Acta Médica Colombia.
- Silva Risopatrón, L. (2007) *Lógica de la metodología científica. Dirigido a estudiantes de medicina y ciencias biológicas*, Universidad de Valparaíso.
- Sleight, P. (1995) Teaching communication skills: part of medical education?. *Journal of Human Hypertension*, Vol. 9. EEUU.
- Stemple, J. (2000) *Clinical voice pathology: theory and management*. (3ª edición) Canada: Singular.

ANEXOS

ANEXO I: Cartas y consentimientos

Anexo Ia



FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE FONOAUDIOLOGIA

Valparaíso, 09 de agosto de 2010.-

Señorita:

Fonoaudióloga

Estimada:

La presente tiene como objetivo solicitar a usted la colaboración necesaria para que los estudiantes de quinto año de la Carrera de Fonoaudiología: Natalia Arriagada C., Rut: 15.553.000-6, Carla Casas-Cordero M., Rut: 16.573.372-k, Pablo Guerrero B., Rut: 16.107.783-6, quienes están desarrollando la tesis de grado titulada: “COMPETENCIAS EMOCIONALES EN EL FONOAUDIÓLOGO DEL ÁREA DE VOZ”, puedan registrar en video una sesión de evaluación y realizar una entrevista a usted y a uno de sus pacientes en proceso de tratamiento.

Los alumnos tesisistas se comprometen a respetar todas las disposiciones establecidas por usted o por el establecimiento donde lleva a cabo su labor, y a trabajar de manera tal de no interferir en el normal desempeño de las actividades. La información recopilada se utilizará sólo con fines investigativos.

Agradeciéndole de antemano su comprensión y colaboración, quedan a su disposición:

Flga. Carolina Valdenegro
Profesor Guía de Tesis

Prof. Flgo. Patricio Valdebenito V.
Director Carrera de Fonoaudiología.

Anexo Ib: Consentimiento para grabación de Fonoaudiólogo.

INFORMATIVO

El objetivo de la presente es solicitar su colaboración en la Tesis de pregrado titulada “Competencias emocionales en Fonoaudiólogo del Área de voz”. Esta tiene por objetivo:

- Describir las competencias emocionales que posee el Fonoaudiólogo que trabaja en el área de voz mediante la aplicación de una pauta de cotejo competencia emocional.

Los beneficios de este estudio son:

- Obtener resultados acerca del nivel de desarrollo de las competencias emocionales en los Fonoaudiólogos que trabajan en voz.
- Conocer la percepción personal que tiene el fonoaudiólogo en relación a sus competencias emocionales.
- Conocer la perspectiva del paciente en cuanto a la relación con su terapeuta.
- Comprobar la necesidad de desarrollar estas competencias en la formación profesional.

Para alcanzar estas metas se solicita la colaboración de Fonoaudiólogos que trabajan en el área de voz, en las regiones quinta y metropolitana. Este grupo de estudio deberá ser entrevistado y grabado junto a su paciente en su primera sesión de evaluación. Esta grabación será llevada a análisis de grupo de expertos. Además cada Fonoaudiólogo deberá realizar una autoevaluación de sus competencias emocionales completando la misma pauta antes mencionada.

Por otro lado, para hacer más completa la investigación se recogerán las experiencias y opiniones de pacientes atendidos por dichos Fonoaudiólogos. Esto se realizará mediante encuestas a pacientes y pautas de cotejo.

Los datos obtenidos serán de absoluta confidencialidad, por consiguiente los participantes, tanto Fonoaudiólogos como pacientes, permanecerán en el anonimato. Por otra parte el video será de uso exclusivo para el estudio.

Es importante señalar que su adhesión a este estudio es voluntaria y usted tiene la decisión de retirar su cooperación si lo estima necesario, sin perjuicio alguno.

Aclarados los términos, condiciones y beneficios del estudio, se solicita que usted declare si desea colaborar con éste, y en el caso de ser afirmativa su decisión, complete la hoja de consentimiento adjunta.

CONSENTIMIENTO

Yo.....
declaro haber sido informado (a) por Natalia Arriagada C., Rut: 15.553.000-6, Carla Casas-Cordero M., Rut: 16.573.372-k y Pablo Guerrero B. Rut: 16.107.783-6 de los motivos académicos por los cuales se me solicita permitir la grabación de una primera sesión Fonoaudiológica a un paciente para colaborar en la tesis “Competencias emocionales en Fonoaudiólogo del Área de voz”.

Declaro haber sido informado(a) de todos los términos y condiciones implicadas. Además manifiesto que han sido aclaradas preguntas y dudas en relación al estudio.

He tomado conocimiento de la información dada en este documento y acepto participar en la investigación presentada.

Nombre Fonoaudiólogo:

Firma:

Rut:

.....
Nombre Recepcionista

Anexo Ic: Consentimiento para grabación de paciente.

INFORMATIVO

El objetivo de la presente es solicitar su colaboración en la Tesis de pregrado titulada “Competencias emocionales en el Fonoaudiólogo del Área de voz”. Esta tiene por objetivo:

- Describir las competencias emocionales que posee el Fonoaudiólogo que trabaja en el área de voz mediante la aplicación de una pauta de cotejo de competencias emocionales.

Los beneficios de este estudio son:

- Obtener resultados acerca del nivel de desarrollo de las competencias emocionales en los Fonoaudiólogos que trabajan en voz.
- Conocer la percepción personal que tiene el fonoaudiólogo en relación a sus competencias emocionales.
- Conocer la perspectiva del paciente en cuanto a la relación con su terapeuta.
- Comprobar la necesidad de desarrollar estas competencias en la formación profesional.

Para alcanzar estas metas se solicita la colaboración de Fonoaudiólogos que trabajan en el área de voz, en las regiones quinta y metropolitana. Este grupo de estudio deberá ser entrevistado y grabado junto a su paciente en su primera sesión de terapia. Esta grabación será llevada a análisis de grupo de expertos. Además cada Fonoaudiólogo deberá realizar una autoevaluación de sus competencias emocionales completando la misma pauta antes mencionada.

Por otro lado, para hacer más completa la investigación se recogerán las experiencias y opiniones de pacientes atendidos por dichos Fonoaudiólogos. Esto se realizará mediante encuestas a pacientes y pautas de cotejo.

Los datos obtenidos serán de absoluta confidencialidad, por consiguiente los participantes, tanto Fonoaudiólogos como pacientes, permanecerán en el anonimato. Por otra parte el video será de uso exclusivo para el estudio.

Es importante señalar que su adhesión a este estudio es voluntaria y usted tiene la decisión de retirar su cooperación si lo estima necesario, sin perjuicio alguno.

Aclarados los términos, condiciones y beneficios del estudio, se solicita que usted declare si desea colaborar con éste, y en el caso de ser afirmativa su decisión, complete la hoja de consentimiento adjunta.

CONSENTIMIENTO

Yo.....
declaro haber sido informado (a) por Natalia Arriagada C., Rut: 15.553.000-6, Carla Casas-Cordero M., Rut: 16.573.372-k y Pablo Guerrero B. Rut: 16.107.783-6 de los motivos académicos por los cuales se me solicita permitir la grabación de una de mis sesiones de terapia Fonoaudiológica para colaborar en la tesis “Competencias emocionales en el Fonoaudiólogo del Área de voz”.

Declaro haber sido informado(a) de todos los términos y condiciones implicadas. Además manifiesto que han sido aclaradas preguntas y dudas en relación al estudio.

He tomado conocimiento de la información dada en este documento y acepto participar en la investigación presentada.

Nombre Paciente:

Firma:

Rut:

.....
Nombre Recepcionista

Anexo Id: Consentimiento para encuestar a paciente.

INFORMATIVO

El objetivo de la presente es solicitar su colaboración en la Tesis de pregrado titulada “Competencias emocionales en el Fonoaudiólogo del Área de voz”. Ésta tiene por objetivo:

- Describir las competencias emocionales que posee el Fonoaudiólogo que trabaja en el área de voz mediante la aplicación de una pauta de cotejo de competencias emocionales.

Los beneficios de este estudio son:

- Obtener resultados acerca del nivel de desarrollo de competencias emocionales en los Fonoaudiólogos que trabajan en voz.
- Conocer la percepción personal que tiene el fonoaudiólogo en relación a sus competencias emocionales.
- Conocer la perspectiva del paciente en cuanto a la relación con su terapeuta.
- Comprobar la necesidad de desarrollar estas competencias en la formación profesional.

Para alcanzar estas metas se solicita la colaboración de Fonoaudiólogos que trabajan en el área de voz, en las regiones quinta y metropolitana. Este grupo de estudio deberá ser entrevistado y grabado junto a su paciente en su primera sesión de evaluación. Esta grabación será llevada a análisis de grupo de expertos. Además cada Fonoaudiólogo deberá realizar una autoevaluación de sus competencias emocionales completando la misma pauta antes mencionada y un apartado de habilidades personales.

Por otro lado, para hacer más completa la investigación se recogerán las experiencias y opiniones de pacientes atendidos por dichos Fonoaudiólogos. Esto se realizará mediante encuestas a pacientes y pautas de cotejo.

Los datos obtenidos serán de absoluta confidencialidad, por consiguiente los participantes, tanto Fonoaudiólogos como pacientes, permanecerán en el anonimato. Por otra parte el video será de uso exclusivo para el estudio.

Es importante señalar que su adhesión a este estudio es voluntaria y usted tiene la decisión de retirar su cooperación si lo estima necesario, sin perjuicio alguno.

Aclarados los términos, condiciones y beneficios del estudio, se solicita que usted declare si desea colaborar con éste, y en el caso de ser afirmativa su decisión, complete la hoja de consentimiento adjunta.

CONSENTIMIENTO

Yo..... declaro haber sido informado (a) por Natalia Arriagada C., Rut: 15.553.000-6, Carla Casas-Cordero M., Rut: 16.573.372-k y Pablo Guerrero B. Rut: 16.107.783-6 de los motivos académicos por los cuales se me solicita contestar una encuesta sobre las competencias que posee mi terapeuta para colaborar en la tesis “Competencias emocionales en el Fonoaudiólogo del Área de voz”.

Declaro haber sido informado (a) de todos los términos y condiciones implicadas. Además manifiesto que han sido aclaradas preguntas y dudas en relación al estudio.

He tomado conocimiento de la información dada en este documento y acepto participar en la investigación presentada.

Nombre Paciente:

Firma:

Rut:

.....
Nombre Recepcionista

ANEXO II: Instrumentos

Anexo IIa

CUESTIONARIO A FONOAUDIÓLOGO (A)

INDICACIONES:

- Marque con una X en el casillero que corresponda.
- Fundamente su respuesta cuando sea necesario.

		Si	No								
1.	¿Antes de la investigación conocía el término competencias emocionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
¿Qué entiende por competencias emocionales? _____ _____ _____ _____ _____											
2.	¿Por qué medio adquirió este conocimiento? Marque con una cruz:										
	<table border="1"> <tr> <td>• Pregrado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>• Posgrado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>• Libros</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>• Revistas científicas</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	• Pregrado	<input type="checkbox"/>	• Posgrado	<input type="checkbox"/>	• Libros	<input type="checkbox"/>	• Revistas científicas	<input type="checkbox"/>		
• Pregrado	<input type="checkbox"/>	• Posgrado	<input type="checkbox"/>	• Libros	<input type="checkbox"/>	• Revistas científicas	<input type="checkbox"/>				
	• Otro: _____										
3.	¿Cree que sería necesario adquirir este conocimiento en la Universidad o solo se desarrolla con la experiencia laboral? ¿Por qué?										
_____ _____ _____ _____ _____ _____											
4.	¿Considera útil poseer estas competencias en el contexto terapéutico? ¿Por qué?										
_____ _____ _____ _____ _____ _____											

Anexo IIb

PAUTA DE AUTOEVALUACIÓN DE COMPETENCIAS EMOCIONALES

INDICACIONES:

- Marque con una x en el casillero que corresponda, siguiendo los criterios presentados a continuación. En el espacio de observaciones registre todo lo que considere importante para aclarar sus apreciaciones.
- Los criterios son:

1	La conducta nunca está presente o su nivel es insatisfactorio .
2	Está presente a veces o alcanza un nivel básico .
3	Está siempre presente o se destaca .

Competencia Personal

1. Conciencia de uno mismo

COMPETENCIAS	INDICADORES	1	2	3
Conciencia emocional.	Reconozco mis emociones y los efectos que éstas pueden producir en mi relación con los demás.			
	Conozco el modo en que mis sentimientos influyen sobre mi rendimiento.			
	Sé cuáles son mis valores y objetivos.			
Valoración de uno mismo.	Reconozco mis fortalezas y debilidades.			
	Poseo sentido del humor			
Confianza de uno mismo.	Expreso mis puntos de vista, aunque sean impopulares, y defiendo sin apoyo de nadie lo que considero correcto.			
	Soy emprendedor y asumo mis decisiones.			
OBSERVACIONES: _____				

2. Autorregulación

COMPETENCIAS	INDICADORES	1	2	3
Autocontrol	Mantengo bajo control mis emociones y sentimientos conflictivos.			
	Permanezco equilibrado aún en los momentos más críticos.			
	Permanezco concentrado a pesar de las distracciones.			
	Pienso con claridad.			
Confiable	Soy responsable con el paciente.			
	Reconozco mis errores.			
	Proporciono confianza a mi paciente.			

	Soy sincero.			
Integridad	Soy responsable con mi trabajo (llego a la hora, no cancelo sesiones súbitamente, etc.)			
Adaptabilidad	Afronto cambios y desafíos con adecuada flexibilidad.			
	Planteo soluciones a los problemas de acuerdo a las herramientas disponibles en el momento.			
Innovación	Estoy abierto(a) a nuevas ideas, perspectivas e información.			
	Organizo los tiempos y las prioridades en la sesión.			
OBSERVACIONES: _____ _____ _____				

3. Motivación

COMPETENCIAS	INDICADORES	1	2	3
Logro	Me motiva cumplir los objetivos y las exigencias de mi trabajo.			
	No dudo en afrontar objetivos desafiantes, si es necesario recopilo antecedentes que puedan complementar mis conocimientos.			
	Descubro formas de llevar a cabo mis tareas y aprendo a mejorar mi desempeño.			
Compromiso	Cumplo con los compromisos, ya sean terapéuticos o personales.			
Iniciativa	Estoy dispuesto(a) a aprovechar las oportunidades.			
	Hago y doy mi máximo posible, no me conformo.			
	No dudo en cambiar mi rutina cuando sea necesario para llevar a cabo mi trabajo, adaptándome a las circunstancias y al paciente.			
	Movilizo a otros a esforzarse, para que den su máximo posible.			
Optimismo	Insisto en conseguir mis objetivos a pesar de los obstáculos y contratiempos que se presentan.			
	Opero desde la expectativa del éxito y no desde el miedo al fracaso.			
	Considero que los contratiempos se deben más a circunstancias no controlables que a fallos personales.			
OBSERVACIONES: _____ _____ _____				

Habilidades Blandas: Competencia Social

1. Empatía

COMPETENCIAS	INDICADORES	1	2	3
Comprensión de los demás	Soy sensible, comprendo las emociones y sentimientos de los pacientes.			

	Sé escuchar.			
	Entiendo los puntos de vista del atendido.			
Orientación hacia el Servicio	Satisfago las necesidades terapéuticas de los pacientes.			
	Brindo mi ayuda de forma desinteresada.			
OBSERVACIONES: _____				

2. Habilidades Sociales

COMPETENCIAS	INDICADORES	1	2	3
Influencia	Realizo explicaciones a los pacientes.			
	Capto su atención.			
	Explico adecuadamente al paciente la importancia de su tratamiento, para generar en él la toma de conciencia.			
	Explico a mi paciente la importancia de seguir la pauta de higiene.			
Comunicación	Entrego mensajes convincentes a los pacientes.			
	Mantengo un adecuado contacto visual.			
	Adecoo la proxémica a la situación terapéutica.			
	Utilizo lenguaje adecuado para la ocasión.			
	Respeto turnos en la conversación.			
Liderazgo	Guío e inspiro al paciente.			
	Promuevo el entusiasmo en el paciente.			
	Actúo como modelo a seguir, doy el ejemplo.			
Resolución de conflictos	Manejo situaciones tensas en la terapia con diplomacia, tacto y destreza.			
	Saco a la luz los desacuerdos, para solucionarlos.			
	Aliento el debate y la discusión abierta acerca de temas de la terapia.			
	Busco el consenso entre mis puntos de vista y los del paciente.			
Establecer vínculos	Me muestro como una persona confiable.			
	Establezco un adecuado rapport con el paciente.			
	Intento establecer un buen vínculo con el paciente			
OBSERVACIONES: _____				

Anexo IIc

PAUTA DE COTEJO DE COMPETENCIAS EMOCIONALES EVALUACIÓN EXTERNA

INDICACIONES:

- Marque con una x en el casillero que corresponda, siguiendo los criterios presentados a continuación. En el espacio de observaciones registre todo lo que considere importante para aclarar sus apreciaciones.
- Los criterios son:

1	La conducta nunca está presente o su nivel es insatisfactorio .
2	Está presente a veces o alcanza un nivel básico .
3	Está siempre presente o se destaca .
N.O	La conducta no ha sido observada

Competencia Social

1. Empatía

COMPETENCIAS	INDICADORES	1	2	3	N/O
Comprensión de los demás	Es sensible, comprende las emociones y sentimientos de su paciente.				
	Sabe escuchar (se muestra interesado en lo que su paciente le relata).				
Orientación hacia el Servicio	Entiende las necesidades terapéuticas de su paciente.				
	Brinda su ayuda de forma desinteresada.				

OBSERVACIONES: _____

2. Habilidades Sociales

COMPETENCIAS	INDICADORES	1	2	3	N/O
Influencia	Realiza explicaciones a su paciente.				
	Capta su atención.				
	Explica adecuadamente al paciente la importancia de su				

	tratamiento.				
	Explica a su paciente la importancia de seguir la pauta de higiene.				
Comunicación	Entrega mensajes claros a su paciente.				
	Mantiene contacto visual adecuado.				
	Adecúa la proxémica a la situación terapéutica.				
	Utiliza lenguaje adecuado para la ocasión.				
	Adapta sus preguntas a las características del paciente.				
	Respetar turnos en la conversación.				
	Liderazgo	Guía e inspira a su paciente.			
Promueve el entusiasmo en su paciente.					
Actúa como modelo a seguir, da el ejemplo.					
Resolución de conflictos	Maneja situaciones tensas en la sesión adecuadamente.				
	Saca a la luz los desacuerdos.				
	Alienta el debate y la discusión abierta acerca de temas de la sesión.				
	Busca el consenso entre los puntos de vista de él y su paciente.				
Establecer vínculos	Se muestra como una persona confiable.				
	Establece un adecuado rapport con el paciente.				
	Intenta establecer un buen vínculo con el paciente				
OBSERVACIONES: _____					

Anexo II d

ENCUESTA PACIENTE

INDICACIONES:

- Marque con una x en el casillero que corresponda.
- Fundamente su respuesta cuando sea necesario.

	Muy Buena	Buena	Regular	Distante
La relación con mi terapeuta es:				
Comentarios _____				

	El Fonoaudiólogo:	Nunca	A veces	Siempre	N/O
Comprensión de los demás	Es sensible, comprende mis emociones y sentimientos.				
	Sabe escuchar y entiende mis puntos de vista.				
Orientación hacia el servicio	Comprende mis necesidades terapéuticas.				
	Brinda su ayuda de forma desinteresada.				
Influencia	Explica de manera adecuada los hechos más importantes de la sesión.				
Comunicación	Escucha abiertamente y entrega mensajes claros.				
	Aclara mis dudas.				
	Es receptivo ante mis mensajes. Está atento.				
Liderazgo	Me guía adecuadamente durante la terapia.				
	Promueve el entusiasmo.				
	Actúa como modelo a seguir, da el ejemplo.				
	Reconoce y recompensa mis fortalezas y logros dentro de la terapia.				
Resolución de conflictos	Sabe abordar situaciones difíciles, y logra disminuir la tensión.				
Establecer	Se muestra como una persona confiable.				

vínculos					
Sin asociación a habilidades	Propone ejercicios que ponen a prueba y estimulan al máximo mis capacidades.				
	Incentiva a que cambie hábitos que perjudican mi voz.				
	Comparte sus conocimientos.				
OTROS: _____					

