

---

# El trabajo en equipo en la intervención logopédica

---

PID\_00272202

Daniel Óscar Rodríguez Boggia

---

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 2 horas

---





**Daniel Óscar Rodríguez  
Boggia**

Licenciado en Psicopedagogía por la Universitat Oberta de Catalunya (UOC), y en Ciencias de la Educación con especialidad en Educación Especial por la Universidad de La Plata. Cursó el máster de Patología del lenguaje y el habla (logopedia) de la Universitat Politècnica de Catalunya y el máster en Documentación informatizada y telemática para el profesorado en la Universitat de Barcelona. También tiene un posgrado en Psicomotricidad por la Universidad Pontificia de Comillas. Fue coordinador pedagógico del centro de personas con daño cerebral adquirido de la Asociación Catalana de Traumatismo Craneoencefálico y Daño Cerebral del 2004 hasta el 2013. Actualmente es profesor en la Universidad Udelas, dentro del programa de Bilinguals Inc de Nueva York, donde imparte clases sobre eufonía, patología del lenguaje y el habla y sobre sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación. Es logopeda en la Unidad de Estimulación Neurológica de Barcelona y profesor de cursos de disfagia para el personal sanitario del Centro sociosanitario y residencial La Creueta, de Sabadell.

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por la profesora: Nadia Ahufinger Sanclemente

Primera edición: febrero 2020  
© Daniel Óscar Rodríguez Boggia  
Todos los derechos reservados  
© de esta edición, FUOC, 2020  
Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona  
Realización editorial: FUOC

*Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita del titular de los derechos.*

# Índice

<b>1. El trabajo en equipo en el ámbito de la logopedia.....</b>	<b>5</b>
1.1. Enfoques del trabajo en equipo .....	5
<b>2. El paradigma del trabajo en equipo.....</b>	<b>7</b>
2.1. El tejido profesional y el vínculo con la logopedia .....	9
2.2. El logopeda en la reunión de equipo .....	11
2.3. Habilidades y destrezas en un trabajo en equipo .....	12
2.4. ¿Qué se puede aportar desde la logopedia? .....	12
2.5. ¿Cuáles son los riesgos de trabajar en equipo? .....	14
<b>3. El perfil del gestor de casos.....</b>	<b>15</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>16</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>17</b>



## 1. El trabajo en equipo en el ámbito de la logopedia

Hablar de equipos de trabajo involucra una serie de conceptos, enfoques y encuadres que nos posibilitan actuar con mayor soltura y eficiencia dentro de un protocolo. Cada lugar y puesto de trabajo presenta sus dinámicas de actuación y sus relaciones comunicacionales y laborales. Es necesario ponerse al día de los protocolos que sustentan el grupo en el que se participa, consultando dudas y organizando la actuación profesional dentro del equipo. Los logopedas están destinados a trabajar en grupo. Esta afirmación surge porque hoy en día es muy complicado pensar en un abordaje unilateral y unidireccional, con una concepción única, una programación solitaria y una evaluación cerrada para llegar a un destino exitoso tanto en la terapia individual como en la grupal.

### 1.1. Enfoques del trabajo en equipo

Hay diferentes enfoques de trabajo en equipo en los que participan distintas disciplinas, y que se pueden dar en el ámbito de la intervención logopédica.

Enfoques disciplinarios	Definiciones	Abordaje	Participación	Objetivo
<b>Multidisciplinario</b> Incluye varias disciplinas académicas o especializaciones profesionales (Soanes y Hawker, 2005).	Abordaje de una metodología profesional, con metas individuales en la rehabilitación de la persona que se atiende. Tiene lugar cuando para solucionar un problema se busca información y ayuda en varias disciplinas, confiando que tal interacción contribuya a modificarlas o a enriquecerlas.	No se cuestionan los límites de las disciplinas. El resultado es la suma de las partes intervinientes.	Cada integrante del equipo presenta un estamento separado, pero estos se vinculan entre ellos, aportando sus procedimientos.	Fortalecer su disciplina con nuevos conocimientos teóricos y prácticos.
<b>Interdisciplinario</b> Un equipo interdisciplinario aspira a un nivel más profundo de colaboración, en el que quienes constituyen diferentes acervos combinan su conocimiento mutuamente para completar distintos niveles de intereses planeados (Bernard-Bonnin, Stachenko, Bonin, Charette, y Rousseau, 1995).	El abordaje se centra en la reciprocidad entre las disciplinas y las ciencias. Aplicación de métodos y procedimientos de una disciplina a un problema definido dentro de otra área disciplinaria.	Los miembros del equipo son capaces de crear nuevos conocimientos, puntos de cohesión y nuevos formatos de abordaje.	Destaca una coherencia interna, interactiva y colaborativa.	Los objetivos y las metas son compartidos. Se desdibujan las zonas fronterizas entre las disciplinas.

Enfoques disciplinarios	Definiciones	Abordaje	Participación	Objetivo
<p><b>Transdisciplinario</b> La transdisciplinariedad es una forma específica de interdisciplinariedad en la que los límites trascienden el conocimiento de las disciplinas y se integran en nuevas perspectivas, procedimientos y abordajes (Kipfer, 2006; Webster, 2006).</p>	<p>El abordaje se centra más allá de la disciplina e involucra no solo a los profesionales, sino también a miembros no científicos, como, por ejemplo, a miembros de la comunidad y de la familia. Aquellos procesos de formación de áreas del conocimiento se constituyen por la alianza y el intercambio entre varias disciplinas, las que van a crear nuevos campos o matrices disciplinarias (Kipfer, 2006; Webster, 2006).</p>	<p>Se fusionan, se unifican y se destacan la armonía, los puntos de encuentro entre las disciplinas, sus miembros y otros colectivos no pertenecientes a la disciplina (Hegde y Davis, 2009).</p>	<p>Los roles no tienen límites, trascienden la disciplina, y la metodología se centran en un abordaje transversal.</p>	<p>Los objetivos y las metas y las habilidades y las destrezas se comparten en formatos inclusivos.</p>

<p><b>Abordaje multidisciplinario</b></p>	<p>En el abordaje hospitalario suele utilizarse el modelo multidisciplinario, con la figura prevalente del profesional médico rehabilitador que trabaja con profesionales de otorrinolaringología, odontología, logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional; por ejemplo, en el caso de la rehabilitación de un paciente a quien se aplica una terapia clínica miofuncional, cada uno de sus miembros usa los conocimientos teóricos y prácticos, propios de su disciplina, en beneficio del paciente.</p>
<p><b>Abordaje interdisciplinario</b></p>	<p>En el abordaje sociosanitario y residencial suele gestionarse con mayor frecuencia el modelo interdisciplinario, en el que el equipo de profesionales (enfermeras, auxiliares, fisioterapeutas, logopedas, nutricionistas, etc.) interactúa, participa en la elaboración de un programa integral de atención individualizada (PIAI) y orienta al paciente y a su núcleo familiar. Suelen abordar casos de afasia, disfagia, enfermedades neurodegenerativas, demencias, etc. Cada uno de los profesionales está pendiente de las aportaciones de los otros profesionales y se trazan objetivos en común.</p>
<p><b>Abordaje transdisciplinario</b></p>	<p>En el plano del tejido asociativo y de las fundaciones se suele emplear el modelo transdisciplinario, donde se fusionan profesionales, personas voluntarias, pacientes y familia, y se trazan objetivos transversales, como por ejemplo el abordaje comunitario, la prevención, la investigación y la aplicación de nuevos modelos de intervención (musicoterapia, arteterapia, inclusión comunitaria, etc.).</p>

La primera reflexión que surge después de conocer las tipologías de trabajo en equipo es que el enfoque del **modelo de trabajo en equipo** ofrece una convergencia entre las disciplinas, un diálogo y la colaboración entre diferentes ciencias, como también reciprocidad en los intercambios y en el enriquecimiento del enfoque.

«La interdisciplinariedad cobra sentido en la medida en la que flexibiliza y amplía los marcos de referencia de la realidad a partir de la permeabilidad entre las verdades de cada uno de los saberes.»

Cannon y Bowers (1995)

Por ello, creemos que los profesionales de logopedia deben ajustarse a este tipo de modelos con la finalidad de ofrecer su praxis y compartir el ideario del grupo profesional, en beneficio de la rehabilitación y mejora del paciente.

## 2. El paradigma del trabajo en equipo

La competencia de trabajo en equipo incluye el conocimiento, los principios y los conceptos de las tareas y del funcionamiento de un equipo efectivo, y el conjunto de habilidades y de comportamientos necesarios para realizar las tareas eficazmente, sin olvidar las actitudes apropiadas o pertinentes por parte de cada miembro del equipo que promuevan el funcionamiento eficaz del equipo (Cannon y Bowers, 1995).

La logopedia se fusionó en sus inicios en un paradigma asistencialista. El médico era la persona referente, quien planificaba las acciones y las directrices unilateralmente y bajo la lupa de su óptica de aquello que sería mejor para los pacientes.

Con el transcurso de los años y del recorrido de la logopedia, y de otras ciencias y disciplinas, se abrió un nuevo abanico gracias a las investigaciones, a la inclusión de las nuevas tecnologías informáticas y al desarrollo de metodologías constructoras. Todo ello ha redundado en una transición de ese paradigma inicial, puramente asistencialista y médico, a un nuevo paradigma que contempla la realidad de la persona que necesita intervención desde una perspectiva biopsicosocial y cultural. Se podría decir que se ha reactivado un aprendizaje cooperativo, constructivo y significativo de la persona, en el que, además de los roles profesionales, hay espacio para las modificaciones, el cambio y la flexibilidad, y para la idea de la no fragmentación de las personas y la idea de su contemplación como lo que son: seres únicos e irrepetibles.

Este paradigma biopsicosocial y cultural requiere:

- calidad en vez de cantidad,
- mayores recursos,
- legitimar los liderazgos rotatorios,
- que la toma de decisiones sea dialogada, consensuada y democrática, y
- que los conflictos se resuelvan con propuestas o aportaciones colaborativas.

La primera iniciativa es que cada profesional crea que el cambio es lo suficientemente importante, valioso y probable. Además, se debe promover una visión inclusiva que describa el cuadro general del paciente, su situación actual, sus oposiciones, sus reticencias, sus vivencias y sus deseos.

El proceso terapéutico debe estar siempre en el punto de mira, ya que en todo momento se debe conocer en qué marca se está, qué se espera de las propuestas y plantear alternativas en caso de que las propuestas iniciales no acaben de funcionar adecuadamente. Para que todo ello se produzca de manera ágil,

comunicativa, respetuosa y enriquecedora, debe fomentarse un circuito de retroalimentación, ya sea mediante diferentes formatos verbales (en las reuniones de equipo, de orientación y de acompañamiento a las familias) o escritos, como por ejemplo por medio de:

- **El informe social.** Es un documento técnico, elaborado por el trabajador social, donde se reflejan dentro de sus contenidos: 1) la recopilación de los datos personales del paciente, 2) la red de apoyo familiar con la que cuenta el paciente, 3) los antecedentes de salud y sociales, y 4) un dictamen técnico con propuestas de intervención o de recomendaciones.
- **El informe de evolución o de seguimiento logopédico.** Documento, elaborado por el logopeda con la siguiente estructura: 1) datos del paciente, diagnóstico, sesiones semanales, etc., 2) aspectos prelingüísticos (atención, discriminación visual y auditiva, ritmo, comprensión e imitación de gestos, etc.), 3) aspectos anatómicos y funcionales, 4) aspectos fonéticos y fonológicos, 5) aspectos léxicos y semánticos, 6) aspectos morfosintácticos, 7) aspectos pragmáticos, y 8) observaciones o recomendaciones. Este documento refleja los acontecimientos más importantes durante un determinado período de intervención. Algunos profesionales suelen hacerlo mensualmente, y otros cada tres o seis meses, dependiendo del caso.
- **El informe de habilidades adaptativas y de competencias académicas.** Estas habilidades hacen referencia a capacidades, conductas y destrezas de las personas para adaptarse y satisfacer las exigencias de sus entornos habituales, en sus grupos de referencia, y acordes a su edad cronológica. Los contenidos de este informe se elaboran después de pasar un protocolo completo de competencias, habilidades y destrezas, elaborado por un psicopedagogo, y consta de los siguientes apartados: 1) datos personales, 2) motivo de la consulta, 3) protocolo de habilidades adaptativas, 4) conducta durante la evaluación, y 5) conclusiones y recomendaciones.
- **El informe de alta.** Es el documento emitido por el profesional responsable de un centro sanitario al final de cada proceso asistencial de un paciente en el que se especifican sus datos, un resumen de su historia clínica, las actividades asistenciales prestadas, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas<sup>1</sup>. Este documento es elaborado por el logopeda con la finalidad de dar el alta, mayoritariamente en un entorno sanitario, hospitalario o de sesiones individualizadas, con los siguientes apartados: 1) datos de identificación, 2) diagnóstico inicial o antecedentes del paciente, 3) objetivos, 4) tratamiento realizado y estado actual, y 5) conclusiones y recomendaciones. Todos los pacientes tienen derecho a recibir el informe de alta al finalizar la intervención logopédica.

<sup>(1)</sup>Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



## 2.1. El tejido profesional y el vínculo con la logopedia

Cada profesional aporta al equipo de trabajo su figura, su quehacer, su saber estar, sus competencias y su tejido profesional. Si bien es cierto que hoy en día las disciplinas se diversifican y se enlazan en nuevos formatos, cada una de ellas requiere la figura firme, el apoyo y el acompañamiento del logopeda.

Profesión	Funciones del/la profesional	Abordaje del trabajo en equipo con el/la logopeda
Otorrinolaringología	Especialista que se encarga de la evaluación y del tratamiento de los desórdenes relacionados con la pérdida auditiva, los nódulos vocales, la disfonía, los trastornos de la muda de voz, la otitis media crónica, el cáncer laríngeo, etc.	El profesional de la logopedia debe trabajar de manera mancomunada y consultar con detalle sus pautas. Se le facilitará el diagnóstico inicial otorrinolaringológico del paciente, recibirá la historia clínica y llevará a cabo un seguimiento del programa rehabilitador. Por ejemplo: si se realiza un abordaje de una persona laringectomizada, informará sobre las estrategias y el método más acorde para el paciente.
Pediatría	Especialista en el cuidado de la salud de los niños en términos generales. La información que facilita está relacionada con pérdidas auditivas, dificultades visuales, síndromes, problemas de salud crónicos (como alergias, deglución atípica, etc.).	Uno de los grandes vínculos que deben fomentar los logopedas con el pediatra deberá estar relacionado con los servicios de estimulación y de atención precoz, el diagnóstico inicial de los niños en la primera infancia, el seguimiento y el alta del paciente. Se puede realizar el abordaje terapéutico y asistencial con la finalidad de reducir, reconducir o modificar los déficits que presenta el niño. En este grupo se incluyen, por ejemplo, los niños de alto riesgo con anomalías genéticas o cromosómicas, alteraciones en la gestación o sufrimientos perinatales. Es recomendable realizar un informe y mantener el intercambio constante durante todo el proceso evolutivo y madurativo del niño.
Psiquiatría	Especialista en el tratamiento de la rehabilitación psiquiátrica. Puede diagnosticar, por ejemplo, la discapacidad por causas traumáticas.	Este especialista puede derivar a los pacientes al logopeda, referenciando el diagnóstico y el pronóstico, y acompañando en el tratamiento especializado y ofreciendo sugerencias para la mejor intervención en sus diferentes entornos: escolar, en el hogar, en la comunidad, etc.
Especialidad médico/médica rehabilitador	Especialista en la medicina física y de rehabilitación. Tiene una amplia formación en lesiones cerebrales, medulares y del aparato locomotor. Se centrará en mejorar y restaurar la capacidad funcional del paciente.	Facilita las pautas e indicaciones más específicas a todo el equipo de profesionales, y en especial orienta al logopeda en la rehabilitación de casos complejos, como por ejemplo el de personas que han padecido un daño cerebral sucedido que puede afectar el área de la comunicación, disfagias, afasias, disartrias, etc.
Psicología	Terapeuta que realiza la valoración del estado psicoemocional de la persona y facilita el asesoramiento más adecuado al caso, y el tratamiento relacionado con los desórdenes psicológicos y emocionales.	Se encarga de abordar a la persona y a su entorno (por ejemplo: los diferentes contextos familiares y la complejidad y la vinculación con el centro educativo) minimizando las dificultades y potenciando las competencias. Los logopedas comparten casos de niños que presentan mutismo selectivo. El psicólogo puede dar una visión general de esos casos y orientar los objetivos y las competencias generales para intervenir y promover orientaciones al grupo familiar o al profesorado.

<b>Profesión</b>	<b>Funciones del/la profesional</b>	<b>Abordaje del trabajo en equipo con el/la logopeda</b>
<b>Neuropsicología</b>	Psicólogo clínico que se especializa en la evaluación y la neurorehabilitación de las funciones mentales superiores en relación con el cerebro de la persona.	Este profesional se especializa en la estimulación cognitiva, como también en las técnicas para intervenir los déficits cognitivos. Los logopedas están vinculados con el neuropsicólogo mediante los abordajes relacionados con demencias, esclerosis múltiple, epilepsia, enfermedades metabólicas, etc.
<b>Odontología</b>	Se encarga de promover el equilibrio, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades dentales. Valora el estado general bucodental con técnicas de exploración y el uso eficiente de tecnología.	La relación vinculante entre el perfil del odontólogo y el logopeda se sustancia en la masticación, la deglución, el habla y la respiración (que pueden interferir en los registros dentales), la funcionalidad de los músculos faciales y el equilibrio vestibular y lingual. Como ejemplos, podemos destacar el bruxismo, la mordida abierta o cruzada, el inadecuado uso del chupete, la respiración oral, la ortodoncia, etc.
<b>Enfermería</b>	Responsable del mejor cuidado de la salud del paciente en el ámbito sanitario (hospitales, centros sociosanitarios, residencias).	El enfermero es quien nos facilitará toda la información de los registros diarios sobre la evolución del paciente, los cuidados deglutorios, los signos vitales y las habilidades expresivas. Puede facilitar información sobre el estado de ánimo, la intención comunicativa, el núcleo familiar y las necesidades básicas comunicativas del paciente. Es muy importante que como logopedas participemos activamente en el curso clínico y realicemos devoluciones ante inquietudes o solicitudes de los enfermeros.
<b>Geriatría</b>	Figura del ámbito sanitario que se encarga de la atención más directa de los pacientes. Son quienes dan de comer y observan diariamente la deglución del paciente.	Tienen la información más actualizada del paciente en términos de disfagia. Debemos establecer con ellos un vínculo constante, recibir la información, adaptarla a las nuevas necesidades e inquietudes de la persona y dar pautas orientativas para una mejor alimentación, principalmente en casos de disfagia.
<b>Terapia ocupacional</b>	Profesional que se especializa en mejorar la calidad de vida del paciente para conseguir el máximo nivel de autonomía, integración e inclusión de la persona.	Dado que muchas veces las personas están afectadas físicamente, el objetivo que comparten con el logopeda es la rehabilitación funcional centrada en las dificultades y en los potenciales que cada persona presenta, como por ejemplo el abordaje postural, utilizando técnicas de percepción cinestésica y patrones de integración sensoriales, que son tan importantes en nuestra labor para enfocar el tratamiento de la respiración y la proyección de la voz.
<b>Educación en ámbito especializado</b>	Profesorado especializado en audición y lenguaje o en necesidades educativas específicas. Realiza un abordaje escolar que responde a un programa de habilidades adaptativas y competencias educativas de niños con desórdenes emocionales, dificultades de aprendizaje o atencional, trastornos del espectro autista, parálisis cerebral, discapacidades múltiples, ceguera y ambliopía, hipoacusias, etc.	El logopeda deberá intervenir y coordinarse con el educador especializado teniendo muy presentes los objetivos, los contenidos y las propuestas de actividades relacionadas con el abordaje rehabilitador del lenguaje, del habla y de la comunicación. Uno de los grandes contenidos es desarrollar los SAAC para las personas usuarias con graves dificultades comunicativas.

Profesión	Funciones del/la profesional	Abordaje del trabajo en equipo con el/la logopeda
<b>Trabajo social</b>	Responsable de abordar el encuadre social y cultural de la persona que recibe la intervención. Se encarga de realizar la primera entrevista y de elaborar la historia social del paciente, y de los recursos, las ayudas y los apoyos que puede recibir en el ámbito social y adaptativo.	Se deberán establecer reuniones con el trabajador social con la finalidad de encontrar la mejor manera de comunicarse con las familias, orientarlas y favorecer el potencial, las inquietudes y las demandas del paciente. Además, se deberá fortalecer el vínculo con los trabajadores sociales, ya que son la figura que lleva los grupos de ayuda mutua de familiares y pacientes (GAM), y pueden proporcionar información importante para tramitar recursos y ayudas sociales y adaptativas para el paciente y su hogar.
<b>Fisioterapia</b>	Perfil profesional con la misión de la continuidad de la rehabilitación física en todas sus dimensiones.	Suelen utilizar metodologías y dinámicas propias de la fisioterapia, como por ejemplo los métodos Bobath, Vojta, etc., con la visión orientada a que el paciente mejore su desarrollo personal y fortalezca su integración social (Hegde y Davis, 2009).

El trabajo en equipo requiere que todos estos perfiles tengan presente la observación de la realidad desde las diferentes perspectivas profesionales, sin juzgarlas ni intentar cambiarlas drásticamente o unilateralmente. Deberán proponer, discutir, comparar opciones, compartir, descubrir nuevas posibilidades, buscar líneas alternativas, poner en común, valorar el ángulo en el que se encuadra la participación constructiva y la pluralidad de opinión. Finalmente, deberá hacer un seguimiento con el fin de poder enriquecer ese proceso terapéutico y que la persona a la que se atiende desarrolle todas sus potencialidades, habilidades adaptativas y destrezas.

## 2.2. El logopeda en la reunión de equipo

La praxis de logopedia se representa como un gran mapa de ruta que debe desplegarse y en el que se deben fijar varios puntos de inflexión para llegar a poner en común el trabajo en equipo. Cada una de las acciones debe ir destinada a esa travesía, que es, en definitiva, poder llegar a entender la realidad biopsicosocial y cultural de los pacientes a quien se atiende.

Cabe señalar que, en ocasiones, ese mapa no refleja un recorrido fácil; se deben compartir, prevenir y respetar los tiempos de cada persona que se atiende, orientar a la familia, replantear actividades y estrategias que no se han consolidado, visionar nuevos destinos en forma de objetivos y estar presente y ser referente en todo el proceso terapéutico que se inicia. Los mecanismos que se ponen en juego son los mismos que en cualquier reunión de trabajo, la gran diferencia es que se trabaja al servicio de personas que presentan alteraciones, discapacidad o vulnerabilidad en muchos casos, así como desorientación para afrontar las dificultades. Estos mecanismos son como un gran engranaje que se activa y que requiere atención: el compromiso, la complementariedad, la confianza, la coordinación, la creatividad y la comunicación se dan en cada una de las reuniones en las que se participa. Hay muchas premisas profesionales que se deben gestionar: compartir, diseñar, valorar, llegar a pactos y hacer un seguimiento de las dinámicas a implementar. Desde la perspectiva logopé-

dica se deben reforzar estos ideales y crear un perfil profesional que derribe las barreras que aparezcan y que se multiplique en nuevos postulados, en vez de restar, imposibilitar u oponerse.

### **2.3. Habilidades y destrezas en un trabajo en equipo**

En el trabajo en equipo se deben reforzar las conductas positivas, los logros, las adquisiciones, el desglose de los ítems que han servido para mejorar, tanto en el ámbito del paciente como de su familia. Sin duda, estamos hablando de un aprendizaje continuo donde el error no hace vulnerables a los profesionales que planifican su actuación, todo lo contrario, los refuerzan.

Al establecer metas también se están previendo los recursos, gestionando los que hay por delante y darles un sentido protagónico. Escalonar las metas permitirá tener la sensación de que se avanza en el ámbito terapéutico. La información es fundamental a lo largo de todo el proceso, pero informar implica muchas cosas, entre ellas saber transmitir, saber escuchar, saber analizar, saber sintetizar y saber desestimar la información que no es tan útil en cada momento.

El trabajo en equipo también es fundamental para dar una noticia que no es agradable a la persona que se atiende o a su familiar referente. El equipo debe acompañar, hacer que la persona se sienta segura, cómoda, y debe empatizar con quien recibirá esa noticia; también debe tener argumentos y sostener lo que se está diciendo de una manera no rígida, ni ruda, ni distante, sino todo lo contrario, de calidad, cercana y directa.

Otro aspecto importante es el empoderamiento de los agentes que participan en el abordaje de equipo, para que sientan confianza y seguridad ya que están en un espacio terapéutico y de contención. Todas estas herramientas de empoderamiento hacen que el grupo de profesionales fluya, que sus medidas y sus operaciones lleguen donde deben llegar, y que haya un espacio distendido, ameno y creativo.

### **2.4. ¿Qué se puede aportar desde la logopedia?**

Desde el ámbito de la logopedia se pueden poner en marcha los conocimientos sobre los axiomas de la comunicación y sus efectos en las reuniones de equipo, que son los siguientes:

- La comunicación no es solo hablar, ya que el silencio también sirve para comunicar. Los gestos, las expresiones faciales y las miradas conforman una comunicación no verbal que puede influir directamente en las otras personas del equipo y dejar huella.

- Debe tenerse cuidado con lo que se transmite verbalmente para que coincida con lo que se dice con la comunicación no verbal, ya que si no es así, se puede dar una interferencia o un mensaje inapropiado.
- La comunicación es operativa y siempre tiene un objetivo general, ya que lo que se comunica desencadena imágenes, emociones, datos, ideas, risas e impresiones en las otras personas.
- Cada uno de los profesionales puede y debe regular su comunicación en las reuniones de equipo: saber escucharse a uno mismo facilitará que el mensaje salga con mayor implicación y nitidez, con la cuota de emoción que se desea y con la empatía que se necesite en cada circunstancia.
- Es necesario narrar los acontecimientos tal y como se van presentando, hacer pequeñas síntesis y recordar conclusiones a las que se ha llegado entre todos los agentes involucrados. Estas prácticas hacen que la reunión sea más eficaz comunicativamente hablando y tenga un mayor efecto productivo.
- Antes que profesionales somos personas, y si un tema se desconoce u ocasiona una serie de inquietudes, o si conduce a proyectarse en algo personal, es mejor decirlo en la reunión y pedir la colaboración del resto de profesionales para solventar esa identificación con la situación problemática y buscar una válvula de escape, soluciones compartidas, acuerdos, etc.
- Todo lo que se dice en una reunión es importante y se deben identificar los límites y los alcances y saber decir «no lo sé», «no estoy al corriente de...» o «no logro comprenderlo». Es una manera de definir profesionales de calidad, no arrogantes, y respetuosos con los pacientes y sus familias.
- La empatía y la comunicación están hermanadas. Estas dos habilidades requieren que este axioma se afiance y se ejecute, principalmente cuando hay puntos álgidos del debate de la reunión, cuando deben ajustarse y decidirse posicionamientos, o cuando hay que tomar una decisión importante para mejorar la calidad de vida del paciente o de su grupo familiar.
- La resiliencia para abordar cicatrices grupales es fundamental si el diálogo se rompe y hay que reconstruir cada una de las partes. En primer lugar, se deben reconocer e identificar las emociones emergentes, comentarlas con claridad, dar ejemplos concretos y validarlas, para posteriormente buscar estrategias que beneficien al grupo.

**Resiliencia**

Capacidad del individuo para afrontar con éxito una situación desfavorable o de riesgo, y para recuperarse, adaptarse y desarrollarse positivamente ante las circunstancias adversas.

## 2.5. ¿Cuáles son los riesgos de trabajar en equipo?

Deben conocerse cuáles son los elementos que obstaculizan el trabajo en equipo y estar alerta para que cuando uno de ellos surja, no provoque graves grietas en la dinámica de trabajo y se proceda resolutivamente.

A continuación, se destacan algunos elementos que obstaculizan el trabajo en equipo con el objetivo de que, cuando se produzcan, se puedan reconducir.

- Las decisiones tomadas velozmente y sin ser consensuadas suelen dejar grandes estragos en los procesos terapéuticos y, si se repiten, pueden llevar al caos, a la pérdida de objetivos y de metas.
- Las dificultades en la convivencia dentro y fuera de las reuniones de trabajo se suele hacer evidentes con la descalificación o el descrédito entre profesionales.
- La pérdida de tiempo desmedido es un factor que puede comenzar con bromas sin sentido, comentarios insignificantes, imprudencias que desvirtúen el abordaje, y que pueden llevar incluso a ridiculizarlo.
- La desinformación implica trabajar sin un encuadre claro, sin proyectos y sin investigaciones que sustenten nuestra labor, y en casos extremos puede llevar a la negligencia. Este riesgo se reduce cuando hay formación interna, supervisión de casos por medio de un profesional externo y un seguimiento de cada una de las acciones. Es más común de lo que se cree.
- La competencia exagerada entre los participantes en el trabajo en equipo es un factor que muchas veces se da por conflictos que se han extendido en el tiempo, por disputas sin sentido, por mantener al paciente cuando se le debería dar de alta o por intentar imponer ideas o creencias.
- La desnaturalización del trabajo en equipo y de las reuniones implica la pérdida de objetividad, el reduccionismo, el distanciamiento y la visión de que el trabajo en equipo es un momento para pasar el rato.

### 3. El perfil del gestor de casos

En la década de los sesenta era el médico quien llevaba la comunicación del caso en primera línea con el paciente y quien tomaba todas las decisiones para que progresara. Era un modelo netamente medicoasistencial. Actualmente, las dinámicas han cambiado. El número de pacientes de los servicios de logopedia se ha multiplicado y la labor ya no se centra únicamente en el ámbito de la reeducación, sino que empieza a darse a conocer y es muy demandada en los centros hospitalarios, las asociaciones, las fundaciones, los servicios de unidad neurológica, los centros sociosanitarios, los centros de día, en los peritajes de los departamentos de justicia, en la estimulación precoz, en los centros de menores en riesgo, etc.

**El gestor de casos** tiende a poner el foco en la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares, lo que implica que se reduzca la fragmentación y la duplicación de servicios y que se genere una mejora y una visión más ecológica y con mejores resultados en la población diana.

Según indican Geron, Chassler, Quinn y Elgart (1994), la gestión de casos es

«un servicio que vincula y coordina la asistencia tanto procedente de proveedores de servicios pagados como de familiares y de amistades que actúan a título gratuito, que permite a los pacientes obtener el máximo nivel de independencia coherente con sus capacidades y con sus preferencias de apoyo/cuidado.»

El objetivo se centra en que en los contextos hospitalarios y sociosanitarios, ya sean públicos o privados, las familias y los pacientes tengan un profesional de enlace que sea el eje del proceso clínico, que les oriente y que esté presente cuando le requieran. Esta persona crea el mejor vínculo y es quien se encarga de ser el referente, enseñar las instalaciones e informar de los objetivos, de los logros y de las nuevas adquisiciones o de los cambios de estrategia en la intervención. Esta figura puede ser un trabajador social, un médico, un psicólogo o un logopeda. El marco en el que se encuadra se afianza en una comunicación horizontal que incluye a la persona que recibe la intervención en la toma de decisiones. El gestor de casos no está solo, siempre le respalda un conjunto de profesionales.

## Resumen

Trabajar en equipo exige disciplina e implica un arduo esfuerzo. Requiere una apertura individual, talante de aprender y de reaprender, descubrir situaciones nuevas, ponderarlas y ser realista y consecuente con las iniciativas y las decisiones que se acuerden. Como regla de oro, hay que saber dimensionar la actitud en cada momento.

Si se es capaz de regular el encuadre y cargarse de razonamientos y sentimientos, el grupo de trabajo irá sobre ruedas. Si se tiene una visión reduccionista, se limitará el objetivo de la intervención a desarrollar en la propia labor, sin impregnarse de otras disciplinas. Si por lo contrario se potencia la visión de un trabajo en equipo como un sistema sinérgico, se podrán dar y recibir y gestionar las emociones que se presentan de manera hostil y transformarlas en adaptativas. Así se garantizará que los integrantes se involucren y se humanizará la profesión.



## Bibliografía

Bernard-Bonnin, A. C., Stachenko, S., Bonin, D., Charette, C., y Rousseau, E. (1995). Self-management teaching programs and morbidity of pediatric asthma: a meta-analysis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 95 (1), 34-41.

Cannon, G. y Bowers, J. (1995). Defining team competencies and establishing team training requirements. Their training and performance. En R. Guzzo y E. Salas (Ed.), *Team effectiveness and decision making in organizations* (pp. 333-380).

Geron, S. M., Chassler, D., Quinn, J., y Elgart, M. (1994). *Guidelines for case management practice across the long-term care continuum*. Bristol: Connecticut Community Care.

Hegde, M. N. y Davis, D. (2009). *Clinical Methods and Practicum in Speech-Language Pathology*. Toronto: Nelson Education.

Kipfer, B. (2006). *Webster's New Millennium Dictionary of English*. Long Beach: Lexico Publishing Group.

Soanes, C. y Hawker, S. (Ed.). (2005). *Compact Oxford English Dictionary*. United Kingdom: Oxford University Press.

Webster, M. (2006). *Merriam-Webster online dictionary*.

