

# **Universidad CEU-Cardenal Herrera**

**Departamento de fisioterapia**



**EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES DE LA CALIDAD DE LA RELACIÓN  
TERAPÉUTICA ENTRE FISIOTERAPEUTAS Y PACIENTES DE LOS  
SERVICIOS PÚBLICOS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.**

**TESIS DOCTORAL**

**Presentada por: Oscar Rodríguez Nogueira**

**DIRIGIDA POR:**

**Dr. Jaume Morera Balaguer**

**Elche, 2016**



## **AGRADECIMIENTOS**

A mi director de tesis Jaume Morera por haber confiado en mí y haberme ayudado desde la cercanía y amistad a realizar este trabajo. Gracias por ser un director diferente, auténtico y empático, y gracias por los buenos momentos que hemos pasado trabajando juntos.

Gracias a José y Araceli, Susana y Juan y a los enanos Pablo y Marina, mi familia, por su cariño y apoyo incondicional a lo largo de este camino. Un abrazo y un beso grande a todos.

Gracias a mis amigos Patri, Toni, Raquel, Jose y especialmente a la Princesa de la General por ayudarme, escucharme y acompañarme cuando no todo era maravilloso. Un abrazo y un beso grande a todos.

Gracias a los pacientes, fisioterapeutas y miembros del equipo de investigación que han hecho posible este estudio. Muchas gracias a todos.

Y gracias finalmente, a todos los pacientes y estudiantes de fisioterapia que he conocido y que me han enseñado tanto.

Mil gracias y un abrazo a todos



## ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
<b>I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>II. OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
<b>III. REVISIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....</b>	<b>13</b>
1. PARADIGMA DE CALIDAD.....	15
1.1. Concepto de calidad percibida en los servicios de salud.....	15
1.2. Relevancia de la calidad percibida en los servicios de salud.....	15
1.3. Importancia de la relación terapéutica dentro del paradigma de calidad percibida en los servicios de salud: modelo de Brady y Cronin.....	17
2. RELACIÓN TERAPÉUTICA.....	21
2.1. La relación terapéutica centrada en el paciente.....	24
2.2. Alianza terapéutica.....	26
2.3. Empatía.....	28
2.4. Autenticidad.....	33
2.5. Aceptación incondicional.....	36
2.6. Escucha activa.....	40
3. RELACIÓN TERAPÉUTICA EN FISIOTERAPIA.....	42
3.1. Percepción de control.....	44
3.2. La toma de decisiones conjunta.....	46
3.3. Educación en salud.....	48
3.4. Relación terapéutica y dolor.....	51

<b>IV. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>55</b>
Diseño del estudio.....	57
Fase 1. Experiencias y percepciones de los fisioterapeutas.....	58
<i>F.1.1. Ámbito y participantes en el estudio.....</i>	<i>58</i>
<i>F.1.2. Reclutamiento de participantes.....</i>	<i>59</i>
<i>F.1.3. Recogida de información.....</i>	<i>59</i>
<i>F.1.4. Análisis de los datos.....</i>	<i>62</i>
Fase 2. Experiencias y percepciones de los pacientes.....	63
<i>F.2.1. Ámbito y participantes en el estudio.....</i>	<i>63</i>
<i>F.2.2. Reclutamiento de participantes.....</i>	<i>64</i>
<i>F.2.3. Recogida de información.....</i>	<i>65</i>
<i>F.2.4. Análisis de los datos.....</i>	<i>68</i>
<b>V. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>71</b>
1. Experiencias y percepciones de los fisioterapeutas de los servicios sanitarios públicos sobre la calidad de la relación terapéutica con el paciente.....	73
<i>1.1. Barreras de la relación terapéutica de calidad percibidas por los fisioterapeutas...79</i>	<i>79</i>
1.1.1. Barreras del profesional percibidas por los fisioterapeutas.....	79
1.1.2. Barreras del paciente percibidas por los fisioterapeutas.....	93
1.1.3. Barreras del ambiente percibidas por los fisioterapeutas.....	108
<i>1.2. Facilitadores de la relación terapéutica de calidad percibidos por los fisioterapeutas.....</i>	<i>117</i>
1.2.1. Facilitadores del profesional percibidos por los fisioterapeutas.....	117

1.2.2. Facilitadores del paciente percibidos por los fisioterapeutas.....	134
1.2.3. Facilitadores del ambiente percibidos por los fisioterapeutas.....	136
2. Experiencias y percepciones de los pacientes de los servicios sanitarios públicos sobre la calidad de la relación terapéutica con el fisioterapeuta.....	139
2.1. <i>Barreras de la relación terapéutica de calidad percibidas por el paciente.....</i>	<i>143</i>
2.1.1. Barreras del profesional percibidas por el paciente.....	143
2.1.2. Barreras del paciente percibidas por el paciente.....	151
2.1.3. Barreras del ambiente percibidas por el paciente.....	151
2.2. <i>Facilitadores de la relación terapéutica de calidad percibidos por el paciente.....</i>	<i>153</i>
2.2.1. Facilitadores del profesional percibidos por el paciente.....	157
2.2.2. Facilitadores del paciente percibidos por el paciente.....	172
2.2.3. Facilitadores del ambiente percibidos por el paciente.....	174
3. Comparación e identificación de aspectos comunes y divergentes de las experiencias y percepciones de los fisioterapeutas y de los pacientes de los servicios sanitarios públicos sobre la calidad de la relación terapéutica que se establece entre ambos.....	178
3.1. <i>Aspectos comunes y divergentes de las percepciones de fisioterapeutas y pacientes en cuanto a las barreras a la relación terapéutica de calidad.....</i>	<i>179</i>
3.1.1. Aspectos comunes y divergentes en cuanto a las barreras del profesional a la relación terapéutica.....	179
3.1.2. Aspectos comunes y divergentes en cuanto a las barreras del paciente a la relación terapéutica.....	186
3.1.3. Aspectos comunes y divergentes en cuanto a las barreras del ambiente a la relación terapéutica.....	191
3.2 <i>Aspectos comunes y divergentes de las percepciones de fisioterapeutas y pacientes en cuanto a los facilitadores a la relación terapéutica de calidad.....</i>	<i>195</i>
3.2.1. Aspectos comunes y divergentes en cuanto a los facilitadores del profesional a la relación terapéutica.....	195

3.2.2. Aspectos comunes y divergentes en cuanto a los facilitadores del paciente a la relación terapéutica.....	201
3.2.3. Aspectos comunes y divergentes en cuanto a los facilitadores del ambiente a la relación terapéutica.....	202
Implicaciones para la práctica y la investigación.....	204
Limitaciones del estudio.....	207
<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>209</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>213</b>
<b>VIII. FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN.....</b>	<b>233</b>
<b>IX. ANEXOS.....</b>	<b>239</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Dimensiones y subdimensiones de calidad percibida, según Brady Y Cronin(2001)</i> .....	19
<i>Tabla 2. Guion de preguntas del grupo focal de fisioterapeutas</i> .....	61
<i>Tabla 3. Guion de preguntas del grupo focal de pacientes</i> .....	67
<i>Tabla 4. Características de los participantes en los pre-test cognitivos</i> .....	74
<i>Tabla 5. Características de los participantes en los grupos focales de fisioterapeutas</i> .....	76
<i>Tabla 6. Temas, subtemas y categorías según las percepciones y experiencias expresadas en los grupos focales de fisioterapeutas</i> .....	78
<i>Tabla 7. Características de los participantes en los grupos focales de pacientes</i> .....	140
<i>Tabla 8. Temas, subtemas y categorías según las percepciones y experiencias expresadas en los grupos focales de pacientes</i> .....	142

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Modelo jerárquico y multidimensional de la calidad del servicio (Brady y Cronin, 2001)</i> .....	18
<i>Figura 2. Diagrama secuencia de reclutamiento de fisioterapeutas</i> .....	75
<i>Figura 3. Diagrama secuencia de reclutamiento de pacientes</i> .....	139

# **I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN**



## I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Una organización que pretenda alcanzar altos niveles de calidad del servicio, debe prestar especial atención a los atributos y dimensiones en los que se fijan los clientes para juzgarla(1). En los servicios de salud, la calidad se ha abordado fundamentalmente desde dos enfoques: un primer enfoque basado en la perspectiva técnica(2), y un segundo enfoque basado en las percepciones del receptor(3).

El primer enfoque está respaldado por los trabajos de Donabedian, quien define la calidad como “la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos”(2). Según Donabedian, se puede estudiar la calidad desde tres enfoques: estructura, proceso y resultado. No obstante, Donabedian argumenta que el camino más directo para evaluar la calidad es examinar los procesos(4).

El segundo enfoque sostiene que la percepción del paciente sobre la prestación del servicio determina, en forma definitiva, su calidad(5). Este segundo enfoque es el que ha dado origen al concepto de calidad percibida. Podemos definir calidad percibida como “un juicio global de la calidad de un servicio”(6). Un juicio subjetivo del paciente acerca de la excelencia del servicio recibido tomando como referencia experiencias y estándares evocados por el propio consumidor(7).

Las investigaciones muestran que la calidad técnica se queda corta en cuanto a su utilidad real para medir y describir cómo los pacientes evalúan la calidad del servicio en el contexto de la salud(8). Esto fundamenta la necesidad de realizar mediciones enfocadas en las percepciones de los pacientes (calidad percibida), aunque no posean los conocimientos para evaluar la calidad de los diagnósticos y los procesos de intervención terapéutica a los que se someten(9).

La medición de la calidad percibida, en cualquier tipo de organización, se basa en identificar y evaluar los elementos que pueden ser responsables de pérdidas de calidad en la prestación de un servicio. Este enfoque ha permitido identificar múltiples dimensiones y áreas de los servicios relevantes en la calidad, motivo por el que se dice que la calidad percibida es multidimensional(8,10,11).

Dentro de este enfoque se han desarrollado dos grandes perspectivas a la hora de medir cada uno de los elementos relevantes en la percepción de calidad. Una primera, basada en medir el grado en que las percepciones satisfacen las expectativas del consumidor en cada uno de esos elementos(9). Una segunda, basada en medir únicamente las percepciones del consumidor sobre el servicio recibido(12). Desde esta perspectiva se han identificado numerosos modelos de dimensiones clave relevantes en la calidad percibida. Entre todos los modelos existentes, uno de los más aceptados es el de Brady y Cronin(13) (2001). Según este modelo, la calidad en una experiencia de servicio está determinada en relación a tres áreas o dominios: la interacción con el personal, la organización, y los resultados.

Dentro de los servicios de salud, diversos autores demuestran que el área de interacción con el personal es la más determinante en la percepción de calidad por parte de los usuarios(1,14–16). Dentro de esta área, uno de los aspectos más importantes es la calidad de la comunicación entre el profesional y el usuario(14,16–21).

En las últimas décadas el modelo de relación entre los profesionales sanitarios y el paciente está sufriendo una profunda transformación(22). El poder y el control en la relación, hasta ahora mayoritariamente en manos de los profesionales, tienden en la actualidad a ser compartidos con el paciente, promoviéndose así la participación de este en el proceso de salud – enfermedad(23). Los pacientes están adquiriendo progresivamente un papel más activo, siendo más conscientes de sus derechos y responsabilidades, que son amparados por la ley, como la Ley de Autonomía del Paciente (2002), promovidos por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (Doctor patient interaction and communication, 1993) y proveedores de salud como el National Health Service británico (General medical council, 2001).

El contacto del paciente con el sistema de cuidados de salud tiene, como resultado inmediato, el establecimiento de una relación terapéutica con los profesionales sanitarios. En la actualidad no existe duda alguna, al menos desde las principales instituciones nacionales (ANECA. Libro blanco. Título de grado en medicina, enfermería, psicología, odontología, farmacia, podología, fisioterapia y terapia ocupacional) e internacionales (Hamilton, 2008; Swing, 2007), dedicadas a la educación en ciencias de la salud, de que esta relación constituye una de las partes nucleares de la competencia de los diferentes profesionales de la salud, pudiéndose aseverar con rotundidad que no es algo que depende de la manera de ser de cada profesional o una dimensión secundaria frente a las dimensiones clínicas. Actualmente se considera dicha relación como una dimensión de la competencia de las profesiones sanitarias susceptible de enseñarse, aprenderse y evaluarse.

La relación en salud es considerada como una tecnología sanitaria de primer orden, ya que afecta directamente a la eficiencia de las intervenciones de los profesionales sanitarios. Entendida como un intercambio de sentimientos, pensamientos, acciones y experiencias, entre el profesional sanitario y los otros sujetos de su entorno, ejerce una influencia recíproca que puede tener efectos protectores o de riesgo(24).

Establecer una relación terapéutica caracterizada por el entendimiento mutuo, la confianza, el respeto, la empatía, el centrarse en las necesidades del paciente y compartir la responsabilidad se ha relacionado en diversos estudios observacionales y experimentales con resultados como:

- Mayor satisfacción tanto del profesional sanitario(25) como del paciente(26–28)
- Contención de costes(29).
- Adherencia al tratamiento(26,30,31).
- Prevención del desgaste profesional(32)
- Prevención de problemas médico-legales(33).
- Mejora de los indicadores de calidad asistencial(34).

□ Mejora de resultados en salud(26,29,35)

La relación con los pacientes es una gran fuente de estrés para el personal sanitario(36,37). Sabemos que no es fácil, porque no sólo se reduce a informarles sobre su enfermedad y tratamiento, también es necesario establecer una relación terapéutica adecuada, a través de la evaluación de sus miedos y preocupaciones, mostrándoles que les entienden, empatizando con ellos y proporcionándoles apoyo y cuidado.

El fisioterapeuta, al igual que el resto de personal sanitario, está en continuo proceso de interacción con el/la usuario/a receptor/a de sus cuidados. Una variable esencial e indiscutible para el éxito de estos últimos sería el establecimiento de una relación terapéutica de alta calidad, lo que redundaría en una disminución del tiempo de hospitalización, en una mejora del proceso terapéutico y en una mayor satisfacción del paciente, lo cual, a su vez, aumentaría la autosatisfacción y autoestima de los profesionales.

Diariamente, el fisioterapeuta se enfrenta con situaciones difíciles que tiene que manejar y a las que debe dar una respuesta. Es habitual que estos profesionales tengan que hacer frente a la ansiedad e incertidumbre que genera en los pacientes y familiares el diagnóstico y pronóstico de una enfermedad; los temores a las intervenciones terapéuticas agresivas o los efectos secundarios de las mismas, así como al sufrimiento y el dolor de los pacientes; situaciones ante las que tanto profesionales como estudiantes(38) se muestran insatisfechos y ansiosos en su trabajo de relación.

Por otro lado, la propia presión asistencial, la necesidad de tomar decisiones críticas, incluso sobre una base de información escasa o ambigua, la falta de apoyo percibido por parte del equipo de trabajo y, frecuentemente, la falta de entrenamiento en habilidades de interacción, son fuentes casi constantes de estrés que pueden influir en que el fisioterapeuta perciba que sus recursos son sobrepasados por las demandas de la situación y, por tanto, puede facilitar la aparición de estrés asistencial o el síndrome de burnout.



Swenson *et al*(2004)(39) asumen que las preferencias de comunicación de los pacientes actúan como un importante mediador entre el estilo de comunicación del personal sanitario y los resultados. Los autores afirman que se debe prestar atención a las preferencias del paciente a la hora de comunicarse con él ya que, en contra de las recomendaciones de los profesionales e investigadores que promueven la comunicación centrada en el paciente, casi un tercio de los sujetos del estudio prefirieron un estilo de comunicación directivo, y que fuera el médico el que tomara las decisiones.

Uno de los objetivos de cualquier sistema de salud es alcanzar un alto nivel de calidad, considerada a partir del juicio del receptor del servicio. A esto se denomina calidad percibida. Esta se establece en base a los resultados, la relación con los profesionales de salud y la organización de los servicios(13). Numerosos estudios otorgan una correlación muy significativa entre una relación terapéutica de calidad, y el éxito en el resultado del tratamiento(26,29,35), encontrándose aquí dos de los tres ítems valorados en el juicio de la calidad percibida por el paciente.

Aunque este tema ha suscitado el interés de diversas especialidades sanitarias, es poco lo que hemos encontrado centrado en el campo de la Fisioterapia y la rehabilitación. Autores como Beattie *et al*(40) investigaron la importancia de la importancia del establecimiento de una buena relación entre el fisioterapeuta y el paciente en la satisfacción de este último con el servicio de Fisioterapia; Medina-Mirapeix(41) y otros han estudiado la influencia de diversos aspectos vinculados con la relación terapéutica en la satisfacción del usuario, tales como la continuidad del tratamiento con un mismo profesional; Dibbelt *et al*(17) en 2009, estudiaron la influencia de la interacción entre el médico rehabilitador y el paciente en los resultados del tratamiento; Cott(42) en 2004, llevó a cabo un estudio con el objetivo de comprender los componentes de la rehabilitación centrada en la persona desde la propia perspectiva de los pacientes; Hall *et al* 2011(43) realizó una revisión bibliográfica para tratar de cuantificar si la alianza terapéutica tiene relación con los resultados del tratamiento en el contexto de la rehabilitación; Potter *et al*(15), en 2003, realizaron un estudio con el objetivo de identificar las cualidades de un buen fisioterapeuta desde el punto de vista del usuario en servicios sanitarios privados; Del Baño *et al*(44) llevaron a cabo un estudio en el 2014 con el fin de identificar qué

elementos consideran los pacientes cuando evalúan la calidad de la interacción paciente-fisioterapeuta....

Sin embargo, no hemos encontrado estudios que traten de averiguar cuáles son los aspectos que el paciente tiene en cuenta para establecer su percepción de una buena calidad en la relación terapéutica, ni conocemos cuál es la percepción de los fisioterapeutas sobre los aspectos que favorecen o dificultan esta relación y, por tanto, tampoco podemos comparar las percepciones de ambos agentes de la relación para comprender en qué aspectos deberían incidir los profesionales para mejorar ésta y, con ello, los resultados que más arriba hemos explicado que se derivan de ella.

Dada la importancia que se otorga en el juicio de la calidad percibida a la relación terapéutica, el presente estudio pretende explorar los aspectos relevantes de la relación fisioterapeuta-paciente que afectan a la percepción que ambos tienen sobre la calidad de la misma durante la atención fisioterápica, con la intención aumentar el cuerpo de conocimientos sobre esta temática, y facilitar una atención de calidad en los servicios de fisioterapia.

## **II. OBJETIVOS**



## II. OBJETIVOS

- 1) Explorar las experiencias relevantes para la percepción de la calidad de la relación terapéutica entre fisioterapeutas y pacientes de servicios sanitarios públicos.
  - 1.1) Explorar las experiencias de los fisioterapeutas de servicios sanitarios públicos e identificar aspectos de la atención que pueden influir en sus percepciones sobre la calidad de la relación terapéutica con el paciente.
  - 1.2) Explorar las experiencias de los pacientes de servicios sanitarios públicos que han recibido tratamiento de fisioterapia e identificar aspectos de la atención que pueden influir en sus percepciones sobre la calidad de la relación terapéutica con el fisioterapeuta.
  - 1.3) Comparar las percepciones de pacientes y fisioterapeutas de servicios sanitarios públicos sobre la calidad de la relación terapéutica que se establece entre ambos e identificar aspectos comunes y divergentes de las mismas.



### **III. REVISIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA**





### **III. REVISIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

#### **1. PARADIGMA DE CALIDAD**

##### **1.1. Concepto de calidad percibida en los servicios de salud**

Desde el área empresarial se define la calidad percibida como un constructo resultante de las percepciones que tienen los clientes del servicio. Algunos autores lo han descrito como un juicio global de la calidad de un servicio(6), mientras que otros lo han definido como un constructo similar a una actitud(1).

La intangibilidad del servicio hace que dichas percepciones se basen en la experiencia y absolutamente subjetivas(45). De hecho, Valls y colaboradores (2003) definen el concepto de percepción e indican que es “la forma en que cada cliente recoge, procesa e interpreta la información que proviene del entorno, siendo una representación del mundo real”(46). Esta aproximación para evaluar la calidad difiere de la llamada “calidad objetiva” basada en la evaluación objetiva de eventos(45).

##### **1.2. Relevancia de la calidad percibida en los servicios de salud**

La prestación de un servicio sanitario es muy diferente al resto de servicios clásicamente estudiados en la literatura sobre calidad del servicio (bancos, comercios, restaurantes, etc.) por diversos motivos: I) la interacción entre el profesional y el usuario suele ser de larga duración y de naturaleza más íntima, II) la terapia conlleva mucho contacto físico que normalmente requiere la participación activa del usuario y, en ocasiones, puede ser dolorosa; III) parte del tratamiento se realiza en el mismo lugar en que se encuentran otros usuarios, debiendo compartir espacio físico y equipamiento, y IV) el resultado esperado no siempre es la mejoría absoluta del estado de salud sino que parte del tratamiento puede consistir en aprender a vivir con la discapacidad(19).

Estas y otras diferencias sugieren que la conceptualización de la calidad en este tipo de servicios debe ser específica(47).

La evaluación de la calidad de los servicios de salud ha sufrido una evolución considerable. Inicialmente se centró en la calidad de la realización del servicio y su adaptación a las especificaciones fijadas por los proveedores, abordándose como si se tratara de calidad de un objeto material(11,48). Más tarde, el concepto se desplaza hacia la perspectiva del consumidor pasando de una calidad objetiva a una calidad subjetiva basada en las percepciones del consumidor, motivo por el cual algunos autores han venido a llamarla calidad percibida(3).

En la actualidad, la perspectiva del usuario aparece como un indicador significativo de calidad en el área de la salud, y puede representar la perspectiva más importante(49,50). Las investigaciones muestran que la calidad técnica se queda corta en cuanto a su utilidad real para medir y describir cómo los usuarios perciben la calidad del servicio en el contexto de la salud(8). Esto fundamenta y refuerza la necesidad de realizar mediciones enfocadas en la perspectiva de los usuarios (calidad funcional), aunque no posean los conocimientos para evaluar la calidad de los diagnósticos y los procesos de intervención terapéutica a los que se someten(9).

La medición de la calidad percibida es aún más importante si tenemos en cuenta que la percepción del servicio que tienen los usuarios suele ser diferente de la que tienen los profesionales sanitarios(51). Las percepciones de los usuarios sobre la calidad del servicio están construidas de forma más general que las de los profesionales, y basadas en una visión más holística de su experiencia como usuarios del servicio. Además, aunque pueden incluir valoraciones sobre la calidad técnica, suelen centrarse en aspectos aparentemente periféricos como es la interacción con el profesional, los aspectos físicos y la calidad del ambiente donde se desarrolla la atención sanitaria(47).

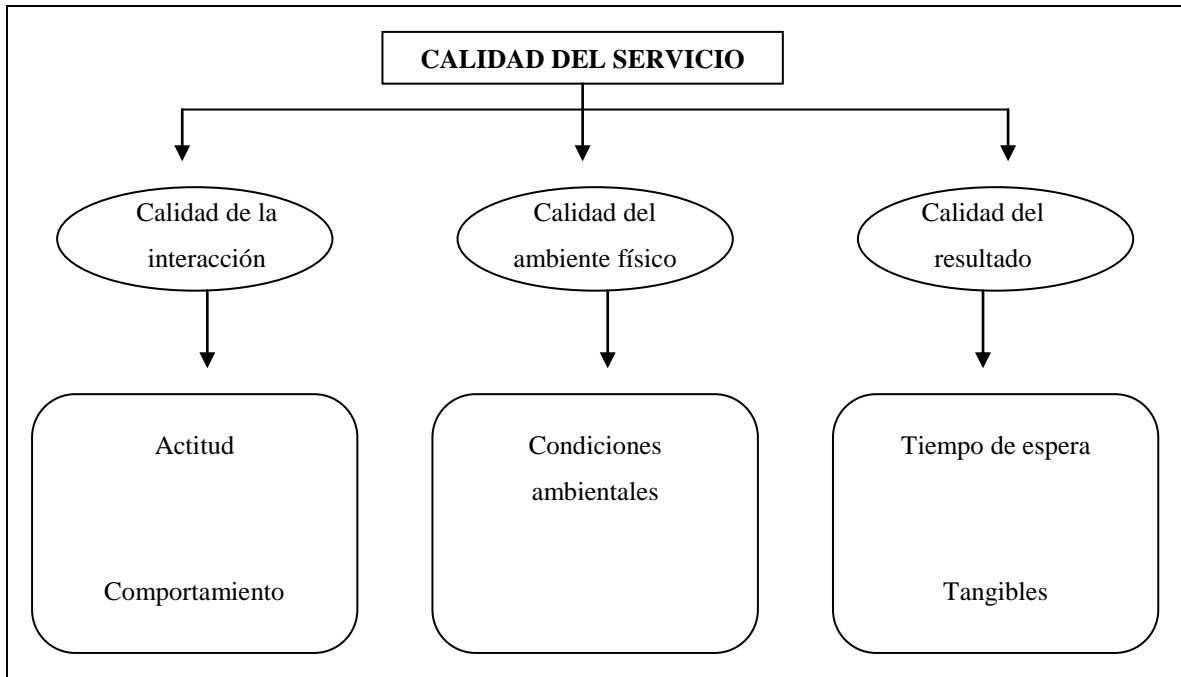
De acuerdo con este razonamiento, no importa si el usuario está en lo correcto o no en su juicio, lo realmente válido es cómo siente y percibe la experiencia del servicio(52).

### **1.3 Importancia de la relación terapéutica dentro del paradigma de calidad percibida en los servicios de salud: modelo de Brady y Cronin (2001)(13)**

Brady y Cronin (2001) proponen una estructura jerárquica de las dimensiones de la calidad percibida estableciendo tres dimensiones primarias del servicio: la interacción entre usuario y proveedor, el ambiente físico en que se desarrolla el servicio, y los resultados obtenidos(13). Su estructura dimensional es una adaptación de la propuesta por Rust y Oliver(53) en 1994, con alguna variación en su conceptualización y la novedad de que cada una de estas dimensiones tiene tres subdimensiones.

Según este modelo, el cliente forma inicialmente la percepción de la calidad del servicio sobre la base de la evaluación de diferentes subdimensiones relevantes y, de forma agregada, genera las percepciones en cada una de las tres dimensiones citadas. La suma de esas percepciones conduce a una percepción global de la calidad del servicio.

En la figura 1 se muestra el modelo desarrollado por estos autores a la luz del análisis de los datos de un estudio cualitativo realizado mediante entrevista a los usuarios de varias empresas de servicios diversos, en el que generó el nivel de las subdimensiones del modelo jerárquico que proponen.



*Figura 1. Modelo jerárquico y multidimensional de la calidad del servicio (Brady y Cronin, 2001)*

La definición de cada una de estas dimensiones y subdimensiones la encontramos en la Tabla 1.

Tabla 1. Dimensiones y subdimensiones de calidad percibida, según Brady y Cronin (2001)

DIMENSIÓN/SUBDIMENSIÓN	DEFINICIÓN
<b>Calidad de la interacción</b>	Abarca los distintos aspectos de la relación entre el proveedor y el usuario mientras se presta el servicio.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Actitud</b></li> </ul>	Modo en que los proveedores tratan a los usuarios en términos de cordialidad, respeto y cercanía.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Comportamiento</b></li> </ul>	Modo de proceder de los proveedores del servicio en su relación con el usuario.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Competencia</b></li> </ul>	Habilidades y conocimientos que los proveedores ponen a disposición de los usuarios, dando muestra de su experiencia.
<b>Calidad del ambiente físico</b>	Reúne las condiciones del entorno físico donde se presta el servicio.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Condiciones ambientales</b></li> </ul>	Son los aspectos no visuales del entorno: temperatura, olor, presencia de ruidos...
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diseño</b></li> </ul>	Se refiere a la disposición u organización del entorno y considera tanto aspectos funcionales como estéticos.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Factores sociales</b></li> </ul>	Número y tipo de personas presentes en el espacio donde se desarrolla el servicio, así como sus comportamientos.
<b>Calidad del resultado</b>	Lo que le queda al usuario cuando la prestación del servicio ha finalizado.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tiempo de espera</b></li> </ul>	Demora en la prestación del servicio más allá del tiempo previsto.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tangibles</b></li> </ul>	Evidencia física del servicio recibido.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valencia del servicio</b></li> </ul>	Reúne los aspectos del resultado del servicio que están fuera del control del proveedor.

Fuente: Elaboración propia a partir de Brady MK, Cronin J. *Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach*. Journal of marketing 2001;65(3):34-49

Para estos autores, las interacciones personales que tienen lugar durante la prestación del servicio suponen el factor más influyente en las percepciones de calidad del mismo, ya que, como sugieren Surprenant y Solomon (1987), la calidad del servicio es más consecuencia de los procesos que de los resultados. Los resultados de su estudio cualitativo indican que los tres factores que constituyen las percepciones en la calidad de la interacción son aspectos referidos a la actitud, el comportamiento y la competencia del proveedor del servicio, lo que es consistente con la literatura revisada(5,54,55).

## 2. RELACIÓN TERAPÉUTICA

Bados(56) afirma que “un aspecto fundamental de la situación terapéutica es la relación entre terapeuta y cliente. Esta puede definirse como los sentimientos y actitudes que los participantes en la terapia tienen entre sí y la manera en que los expresan.”

Desde que en 1946 la OMS definió la salud como el bienestar físico, psicológico y social, el enfoque holístico de la enfermedad ha adquirido una especial importancia. De esta manera los cuidados en salud pasan a centrarse en la persona más que en la patología en sí. Se pasa de un enfoque biomédico(57) que prima la importancia del daño de los tejidos, a un enfoque biopsicosocial donde los pensamientos, emociones y sensaciones adquieren especial relevancia(58). Estudios recientes indican que la fisioterapia ha comenzado a adoptar este modelo biopsicosocial(59,60) donde se reconoce al paciente y su contexto general. Su desarrollo social, psicológico, cultural y ambiental, da forma a la manera en que el individuo entiende y reacciona ante su enfermedad, en esencia se basa en un sistema de salud centrado en el paciente(61).

Bajo este nuevo paradigma biopsicosocial, la relación entre los profesionales de la salud y los beneficiarios de sus cuidados es una de las claves del éxito terapéutico (62,63).

La necesidad de explorar y tratar la patología y lo que esta significa para la persona, conlleva el establecimiento de una relación de ayuda técnica centrada en las necesidades del paciente(56). El consenso es que la calidad asistencial depende directamente de la relación entre terapeuta y paciente es cada vez mayor(64–66).

Tradicionalmente, la fisioterapia ha sido entendida como la utilización de una serie de técnicas manuales y agentes físicos con la finalidad de mejorar o recuperar aspectos

funcionales. Este enfoque queda claramente reflejado en las diferentes definiciones de Fisioterapia que han ido creando los máximos organismos competentes:

**World Confederation for Physical Therapy (WCPT):** *“El arte y la ciencia del tratamiento físico, es decir, el conjunto de técnicas que, mediante la **aplicación de agentes físicos**, curan, previenen, recuperan y readaptan a los pacientes susceptibles de recibir tratamiento físico”.*

La **OMS** en el año 1958 (revisado en 1966 y publicado en 1968): *“El arte y la ciencia del tratamiento por medio del **ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad**. Además la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y musculares para determinar el valor de la afectación, de la inervación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución. Entre los fines del tratamiento está el control del dolor, el aumento de la circulación, la prevención de la disfunción y la máxima recuperación de la fuerza, movilidad y coordinación”.*

**Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF):** *“...una profesión autónoma y con entidad propia dentro del ámbito sanitario, el objetivo de la cual es preservar, restablecer y aumentar el nivel de salud de los ciudadanos a fin de mejorar las condiciones de vida de la persona y de la comunidad y, específicamente, la prevención, la promoción y el mantenimiento y la recuperación de la funcionalidad **mediante los medios manuales, físicos y químicos a su alcance**”.*

**Consejo General de Colegios de Fisioterapia:** *“la ciencia y el arte del **tratamiento físico**; es decir, el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la **aplicación de medios físicos**, curan y previenen las enfermedades, promueven la salud,*



*recuperan, habilitan, rehabilitan y readaptan a las personas afectadas de disfunciones psicofísicas o a las que desean mantener un nivel adecuado de salud”.*

Todas ellas hacen especial hincapié en las técnicas y medios físicos, sin mencionar el enfoque integral y la relación con el paciente. Se hace pues necesaria la introducción del uso de la relación como una herramienta técnica, en su marco de la relación terapéutica, durante la exploración y el tratamiento de fisioterapia.

Dibbelt et al en 2009(17) realizaron un estudio con la intención de percibir la calidad de interacción entre el médico y el paciente en rehabilitación, examinando la relación entre la calidad percibida y los resultados de tratamiento a largo plazo. Se evaluó la calidad de la relación entre doctores y pacientes el primer día, al alta y en la visita sucesiva al alta. Los pacientes relataron su estatus de salud el primer día, al alta, y 6 meses después. Aquellos que habían disfrutado de una mayor calidad de relación con el médico obtuvieron mejores puntuaciones en cuanto a reducción del dolor, efecto que continuó a los seis meses. Este éxito fue atribuido a una mayor adherencia y cumplimiento del tratamiento, al intercambio fluido de información terapéutica, a un mayor ajuste de las expectativas del paciente, y a la autorregulación y superación de metas.

La relación con el paciente, el informarle del tratamiento y pronóstico, tratarle con respeto, y responder a sus preguntas se relacionan con una mayor satisfacción en los cuidados(67). Esto se hace más complicado cuando el paciente es tratado por más de un fisioterapeuta, cosa habitual en los servicios de sanidad públicos (bajas, vacaciones, cambios de turno, etc). Beattie P *et al*(40) confirmaron esta idea en un estudio realizado en 2005 con 1502 pacientes. El 71,2% de los que afirmaron al acabar el tratamiento estar plenamente satisfechos con el mismo habían sido tratados por un solo fisioterapeuta. Esto demuestra la importancia de la continuidad de los cuidados por un solo profesional en la satisfacción del paciente, confirmando además la necesidad del establecimiento de una buena relación entre estos dos.

## 2.1 La relación terapéutica centrada en el paciente

Richard Sterba en 1934 señaló como necesario un afecto positivo del paciente hacia el terapeuta para conseguir un trabajo en equipo(68). Este afecto positivo se consigue a través de una relación terapéutica de calidad centrada en la persona.

La teoría de la terapia centrada en la persona fue desarrollada por el psicólogo norteamericano Carl Rogers(69). Este creía que el paciente era el que debía relatar lo que le estaba pasando y hallar formas de mejorarlo, determinando la conclusión de la terapia. Rogers se basó en tres principios fundamentales(67): a) cada individuo posee unas cualidades que deben ser consideradas; b) dispone de recursos para actuar; y c) puede encontrar el camino para remediar sus dificultades. El mismo Rogers, en 1951, definió las características básicas o actitudes relacionales que el terapeuta debía trabajar para conseguir un enfoque centrado en la persona(70), siendo estas la empatía, la congruencia o autenticidad y la aceptación incondicional del cliente(67). Numerosos autores añaden la escucha activa como técnica de comunicación que incrementa las probabilidades de obtener una relación satisfactoria (71,72).

Mean and Bower(23), en el año 2000, llevaron a cabo una revisión de la literatura sobre los cuidados centrados en el paciente, creando un marco conceptual en el cual incluyeron cinco dimensiones prioritarias: la perspectiva biopsicosocial, el paciente como persona, el compartir el poder y la responsabilidad, la alianza terapéutica y el profesional como persona. Estos autores reconocen que los cuidados centrados en la persona son un plus de calidad de los cuidados de salud, y que sus elementos relevantes son la capacidad del profesional de entender las necesidades únicas de cada persona y el establecer una relación interpersonal saludable.

Morgan y Yoder(73) llevaron a cabo en el 2011 una revisión sobre el concepto de los cuidados centrados en la persona, el cual definieron como: enfoque holístico (bio-psico-social-espiritual) de cuidado respetuoso e individualizado, que permite negociar la

atención y ofrecer opciones a través de una relación terapéutica en la que se empodera a la persona para participar en decisiones de salud en la medida que esta desee.

Cott(42) define la rehabilitación centrada en la persona como una filosofía o enfoque para la prestación de servicios de rehabilitación que refleja las necesidades de los individuos y grupos de pacientes. Este autor llevó a cabo un estudio mediante la técnica de grupos focales con el objetivo de comprender los componentes de la rehabilitación centrada en la persona desde la propia perspectiva de los pacientes, los cuales indicaron que “es una filosofía global en la que los pacientes tienen una participación activa en la gestión de la asistencia sanitaria en colaboración con los profesionales, que comprenden y respetan sus necesidades”(42).

Para establecer una relación centrada en el paciente, en la que se tiene en cuenta a la persona, sus emociones, objetivos y necesidades, y se comparte el poder y las decisiones terapéuticas, Rogers definió como características fundamentales la empatía, la autenticidad y la aceptación incondicional del paciente, a las cuales se unió después la escucha activa. A la vez, dentro del marco de esta relación se ha prestado especial atención al concepto de Alianza terapéutica(74), el cual se desarrolla a través de los mismos componentes de la relación terapéutica centrada en el paciente(75). A continuación vamos a describir el constructo Alianza terapéutica y los cuatro componentes fundamentales para el establecimiento de la relación terapéutica centrada en el paciente.

## 2.2 Alianza terapéutica

Conseguir trabajar conjuntamente es parte fundamental en los procesos de recuperación funcional en Fisioterapia. La satisfacción y motivación del paciente son esenciales a la hora de abordar una recuperación activa, ya que incrementan el rendimiento físico(76) y la adquisición de conocimientos(77). El paciente debe formar un equipo con el fisioterapeuta, negociar juntos los objetivos del tratamiento y cómo llevarlos a cabo. Esto, junto con una relación de afecto positivo es lo que se denomina Alianza terapéutica.

La alianza terapéutica ha sido ampliamente estudiada en psicoterapia. Según afirman Iezzoni, Almond y Corbella(77–79), el primero en hablar de alianzas fue Sigmund Freud, quien en su teoría de transferencia afirma que el terapeuta tiene que demostrar interés y comprender al paciente para permitir que se establezca una relación de afecto positiva. Este afecto será beneficioso y aumentará la confianza en las explicaciones del profesional(78).

El concepto Alianza terapéutica fue utilizado por primera vez por Greenson en 1967(74). Bordin en 1979 definió el constructo Alianza terapéutica como la relación de colaboración entre el paciente y el terapeuta en la cual se establecen tres elementos esenciales: (43,76,78–81)

- 1) El acuerdo en los objetivos de tratamiento: la comunicación y acuerdo de los objetivos se realiza en base a las expectativas del paciente sobre su recuperación, qué espera obtener con el tratamiento y cuándo espera alcanzarlo.
- 2) El acuerdo en las tareas mediante las cuales se conseguirá el objetivo: el tratamiento no es instaurado unilateralmente por el terapeuta experto, sino que es un consenso entre los conocimientos del terapeuta y la percepción de autoeficacia del paciente. De esta manera aumenta la motivación por y para el tratamiento.

- 3) El desarrollo de sentimientos positivos el uno hacia el otro: estos sentimientos serán el hilo conductor mediante el cual el terapeuta ofrece su ayuda experta y el paciente colabora activamente en el tratamiento.

Hartley (1985) descompone la alianza terapéutica en dos partes, una primera denominada “relación real” y una segunda constituida por una “alianza de trabajo” (capacidad de trabajar conjuntamente)(77). Cuanto mejor sea la relación más implicado estará el paciente en su recuperación pasando a establecerse una colaboración activa en el tratamiento.

Los niveles de alianza terapéutica son un buen predictor de éxito terapéutico(40,67). Estos niveles varían a lo largo del tratamiento. Hartley y Strupp(81) estudiaron la relación entre los niveles de alianza terapéutica y el éxito en el tratamiento. Para ello midieron los niveles en la primera sesión, en la sesión equivalente al 25%, 50%, 75% del tiempo total de tratamiento y al alta. Establecieron que era fundamental para el éxito terapéutico un aumento en los niveles de alianza terapéutica durante el primer 25% del tiempo total de tratamiento, mientras que si no se establecía esta relación, el tratamiento fracasaba.

Ya en el ámbito de la fisioterapia Hall M, 2011(43) realizó una revisión bibliográfica para tratar de cuantificar si la alianza terapéutica tiene relación con los resultados del tratamiento en el contexto de la rehabilitación. El artículo concluye que hay estudios, sobre todo en pacientes con dolor músculo-esquelético, que indican que la relación entre alianza y resultados terapéuticos es positiva, consiguiéndose mejores resultados terapéuticos cuanto mayor es la alianza alcanzada. La autora sugiere la necesidad de construir un instrumento de medida para este constructo en la rehabilitación física, ya que los existentes son extraídos de mediciones de psicoterapia.

### 2.3 Empatía

La empatía es uno de los conceptos básicos de cualquier relación terapéutica y constituye un factor clave cuando nos referimos a calidad asistencial(72,82).

Daniel Catalán, doctor en Fisioterapia, define en su tesis la empatía del fisioterapeuta como *“la habilidad del fisioterapeuta de entrar en el mundo del paciente y experimentar cognitivamente y afectivamente el mundo como lo hace este”*(83).

Robert Vischer fue el primer autor en referirse al término empatía en el siglo XIX(84). Ateriormente filósofos como Rousseau y Leibniz ya habían señalado la necesidad de ser buenos ciudadanos a través de ponerse en el lugar de las personas con las que se convive(85). Desde entonces hasta la actualidad numerosos autores estudian y analizan el término empatía describiendo diferentes acepciones(85):

-Lips: Imitación interna que tiene lugar a través de la proyección de sí mismo en el otro.

-Kölher: Comprensión de los sentimientos de los otros.

-Mead (1934): Adoptar la perspectiva de los otros es la manera de comprender sus sentimientos.

-Hogan (1969): Construcción que uno tiene que llevar a cabo sobre los estados mentales ajenos.

Pero la empatía, ¿consiste en “ponerse mentalmente en el lugar del otro”? (empatía cognitiva) o en ¿“sentir la emoción de forma vicaria”? (empatía afectiva). Si pensamos que no es sólo la capacidad de entender emociones y sentimientos de los otros, sino que es un fenómeno en el cual también participan nuestras emociones (86), nos daremos cuenta de que hay una distinción entre los dos componentes(87,88).

Hasta los años 60 la mayor parte de autores se sitúan en la visión cognitiva de la empatía, al interpretar que consiste principalmente en la adopción de los pensamientos del otro. A partir de aquí toma más importancia una perspectiva afectiva definiéndola como un afecto compartido(85). Stotland (1969) se sitúa entre los primeros autores en describir la empatía desde este punto de vista, considerándola como “la reacción emocional de un observador que percibe que otra persona está experimentando o va a experimentar una emoción”(89).

**La empatía cognitiva** hace referencia al hecho de entender, comprender o ponerse en el lugar de los protagonistas, lo que se relaciona con la capacidad de tomar la perspectiva o adoptar el punto de vista del otro. Habilidad para decodificar el estado emocional de otros, percibir y responder a pensamientos y sentimientos de otra persona. Ello posibilitará percibir y seguir el desarrollo de la historia desde el punto de vista del paciente, comprender qué le pasa, qué siente y cómo ha llegado a este punto(56).

**La empatía afectiva** sugiere la capacidad de sentir lo que el paciente siente, implicarse afectivamente o preocuparse por sus problemas. No requiere un entendimiento cognitivo de por qué la otra persona está sufriendo(90). Sentimos lo mismo que la otra persona. También permitirá que nos preocupemos por su destino, lo que se asocia a sentir emociones como la compasión, la tensión o el suspense(56). Esto puede suponer una excesiva implicación en los problemas y circunstancias del paciente, dificultando la objetividad profesional. Por otro lado, este compartir sentimientos conlleva experimentar un estado compartido que hace que los dos se sientan mejor, aumenten su confianza y desplacen su atención lejos de los sufrimientos y de la emoción que comparten(91).

Ambos procesos, cognitivo o afectivo, dependen de la situación en la que se encuentre el individuo(84). Davis(85) propone una visión integradora de la empatía, incluyendo en el modelo multidimensional cuatro factores: la fantasía y la adopción de perspectivas, que

corresponderían a la parte cognitiva, y la angustia empática y la aflicción personal que corresponderían a la parte afectiva del constructo.

A partir de los 90, con Salovey y Mayer (1993)(92), aparece el modelo de inteligencia emocional que vincula la empatía con aspectos relacionados tanto con la percepción de las emociones de los demás como con su comprensión, decantándose por la parte cognitiva. Bar-On (2006)(93), en su modelo de inteligencia socioemocional, define la empatía como la capacidad de ser consciente y comprender las emociones, sentimientos e ideas de los otros.

Barret-Lennard *et al* en 1981(94) desarrollaron un modelo multidimensional de empatía. Resulta interesante resaltar que adoptan la acepción de **empatía clínica**, acotando la clase de empatía que debe ser utilizada en la relación terapéutica. Consta de tres fases:

Fase 1: Proceso interno de escuchar empáticamente a otro mientras se expresa de manera personal, razonándolo y entendiéndolo.

Fase 2: Transmitir que se comprende empáticamente la experiencia de la otra persona.

Fase 3: Asegurarse de que el cliente se siente comprendido.

Desde la Sociedad General de medicina interna de EEUU (SGIM) se define la **empatía clínica** como “*el acto correcto de conocer los estados emocionales de los demás sin experimentarlos uno mismo*”(95). Esta acepción se situaría nuevamente cerca de lo que se denomina empatía cognitiva, en la cual el terapeuta toma perspectiva de las emociones y sentimientos del paciente.



Otra definición de **empatía clínica** sería “*la habilidad para entender la situación, perspectivas y sentimientos del paciente, y comunicar que le entendemos*”(96).

Derksen *et al*(97) dividen la empatía clínica en tres registros: actitud (afectivo), competencia (cognitivo), y comportamiento. La actitud se basaría en el respeto por el otro y su autenticidad, siendo imparcial y receptivo. La competencia se refiere a las técnicas de comunicación empleadas por el profesional para comunicar la empatía. El registro comportamiento estaría formado por una mezcla de los otros dos, donde se refleja y comunica el entendimiento del paciente.

En base a lo expuesto anteriormente, la **empatía clínica** se situaría cercana a la definición de empatía cognitiva, donde el terapeuta debe comprender los estados emocionales del paciente y comunicar dicha comprensión. La manera personal e intransferible en que se comparte esta cognición, expresada a través de sentimientos, nos acerca a la acepción de empatía emocional. Vendría a ser la Fase 2 de Barret-Lennard *et al*(94) (transmitir que se comprende empáticamente la experiencia de la otra persona), pero la empatía clínica no debería incluir una excesiva implicación emocional del profesional en los sentimientos y padecimientos del paciente, puesto que le impide tomar perspectiva y establecer una relación de ayuda.

Derksen *et al*(97) efectuaron en el 2013 una revisión sistemática para comprobar si la empatía era efectiva en cuanto a grado de satisfacción y mejora de resultados terapéuticos en atención primaria. Encontraron que la empatía se correlaciona con un alto grado de satisfacción y adherencia al tratamiento(98), ayuda en el tratamiento de pacientes ansiosos disminuyendo la sintomatología(99), y mejora y precisa los diagnósticos, puesto que los pacientes se encuentran más cómodos a la hora de expresar su sintomatología y los motivos de los mismos, aumentando así la confianza en el terapeuta. La empatía se relacionó también con una mejora en la autoeficacia percibida por el paciente(100).

A pesar de todo lo mencionado anteriormente, que redundando en la necesidad del estudio y entreno de la empatía en ciencias de la salud, Konrath *et al*(101) mediante un metaanálisis realizado en el 2011 concluyen que los niveles de empatía en estudiantes de Medicina aumentan durante los primeros años de la carrera, disminuyendo a partir del tercer año. Atribuyen este efecto adverso al actual método pedagógico y a la introducción de los avances tecnológicos en el ejercicio de su trabajo.

A menudo la empatía cuenta con barreras más allá de la implicación del propio profesional. En médicos de familia se ha detectado que la falta de tiempo, la carga de trabajo, la falta de habilidades comunicativas y una visión excesivamente clínica por parte del profesional, son limitaciones a la hora de establecer una relación de empatía(97).

Como podemos comprobar, la empatía es un constructo ampliamente estudiado desde hace siglos. En la actualidad la ciencia, a través de los avances neurocientíficos, trata de establecer las bases neurobiológicas de la empatía, sobre todo después del descubrimiento de las neuronas espejo(102,103). Este sistema consiste en neuronas situadas en el córtex ventral premotor, en el área parietal y somatosensorial del cerebro, y en las estructuras límbica y paralímbica. Las imágenes de resonancia magnética han demostrado que los individuos que tienen mayor puntuación en los cuestionarios de empatía, tienen una mayor activación de su sistema de neuronas espejo mientras escuchan los problemas de los demás(102,103).

## 2.4. Autenticidad

El término autenticidad aparece por primera vez en los escritos de la corriente filosófica llamada existencialismo(104). Martin Heidegger, máximo exponente de dicha corriente, habló en 1962(105) de participar críticamente de la vida. Enfatizaba que uno de los aspectos más importantes de la propia vida humana es la libertad para darle forma. Heidegger creía que las personas no eran auténticas cuando evitaban las ansiedades de la vida, pero sí lo eran cuando escogían ser verdaderos y se arriesgaban a ser diferentes. La autenticidad conduce a los individuos a considerar cómo quieren vivir plasmando sus valores, actitudes, motivaciones y planes de vida en esta misma forma de vivir(104).

En 1982 G. Corey(106) definió como existencia auténtica el ser plenamente consciente del momento presente, elegir cómo vivir el presente y tomar responsabilidades de las propias elecciones. El término ha pasado a convertirse en un concepto moral o forma operativa de medir la autonomía humana.

Auténtico significa verdadero, *“auténtico es lo que parece”, es lo que no encubre su verdadero ser en una envoltura que lo disimula y falsea”(107)*. Según afirma J. Ferrater Mora en su Diccionario de Filosofía, *“se dice de algo que es auténtico cuando se establece sin lugar a dudas su identidad”(108)*. Yepes afirma que *“auténticos somos en cuanto existen diferencias entre las personas y diferencias entre uno mismo y los demás” y que “la autenticidad significa la asunción libre del propio origen y del propio destino en una unidad de pasado, presente y futuro”(107)*.

La autenticidad nos interesa en la medida en que nos introduce en el campo de la libertad. Utilizada de forma positiva, nos lleva a una vida auténtica, con conciencia plena en todos nuestros actos, llevados a cabo con toda nuestra intención, en contacto constante con lo que uno es y lo que quiere obtener de ellos. Por el contrario la existencia inauténtica sería una forma de ser a través de los demás, de las corrientes modernas o de los juicios

externos a los que nos someten o nos dejamos someter. La inautenticidad estaría ligada a todas las formas de ignorancia de sí, de autoengaño, superficialidad o alienación(107).

Podríamos afirmar que la autenticidad está ligada a la identidad. En la medida que somos auténticos y diferentes a los demás, reconocemos nuestra identidad, y esta es reconocida por los demás.

La enfermedad y la discapacidad son ejemplos claros de que el ser humano no siempre es un ser autosuficiente. En términos terapéuticos o de relación fisioterapeuta-paciente, debemos pensar que este llega al tratamiento con una problemática y en disposición de pedir ayuda. Una menor autosuficiencia, autoestima y autonomía conllevan una pérdida de identidad. El encontrar un fisioterapeuta “auténtico”, con identidad y responsable de sus decisiones, va a facilitar la confianza en el profesional(104,109). Esta confianza va a ser uno de los pilares en los cuales se sustentará la recuperación. Conforme se avanza en la recuperación y restablecimiento de capacidades, se va recuperando la identidad. La relación con un terapeuta auténtico, que trabaja desde la libertad de adopciones y de ideas facilita el aumento de autoestima y de identidad del paciente, el cual observa que *“es la persona adecuada para establecer esta relación”* (109).

El fisioterapeuta auténtico no se dejará llevar por los demás, por juicios de otros o del propio paciente, convirtiéndose en un profesional autónomo(104), y guiando al paciente hacia la forma y manera más eficiente de conseguir los objetivos del tratamiento.

La comunicación con el terapeuta auténtico resulta menos complicada, ya que la persona auténtica tiende a ser congruente(110). Un alto grado de congruencia implica que la comunicación (lo que se expresa), la experiencia (lo que se está desarrollando en ese momento en el entorno) y la conciencia (lo que se percibe del entorno y la relación con los demás) son prácticamente iguales(107). Esto conlleva un alto grado de entendimiento y confianza en que lo que se dice es realmente lo que se piensa, evitando los costosos procesos subjetivos de juicio en la relación con los otros.

El fisioterapeuta seguro de sí mismo y de su identidad se comportará como una persona auténtica y como un profesional libre y autónomo. Estos comportamientos transmiten seguridad al paciente, en un momento en que este necesita creer en el fisioterapeuta y en el tratamiento que este le instaura. Ante el dolor y la discapacidad con que acude el paciente a rehabilitación, el encuentro con este tipo de profesional hará que los primeros días, cuando se necesita una guía más directiva, el paciente confíe y se deje llevar(111). La confianza ha demostrado ser un factor importantísimo en multitud de procesos terapéuticos, como la aceptación y adhesión a programas terapéuticos, y la satisfacción con la atención recibida(112). En la revisión de Cook *et al*(113) realizada en 2009, basada en literatura psicosocial, se llega a la conclusión de que “una cooperación exitosa y sostenible debe ser construida sobre una base de confianza y reciprocidad”.

El terapeuta auténtico comprende que conforme avanza el tratamiento, el aprendizaje, la mejora de la sintomatología y la confianza mutua, el paciente crece en autonomía. El entender la autonomía como la elección libre de una deliberación efectiva, respetando el proceso de no intervención, es un concepto que no se encuentra muy a menudo en el mundo de los cuidados de salud. Es en este punto donde la autenticidad del terapeuta facilita que el tratamiento avance hacia el modelo de la toma de decisiones conjunta, que ha demostrado que mejora la relación entre el profesional y el paciente y la satisfacción de este por los cuidados de salud(114).

## 2.5. Aceptación incondicional

La aceptación incondicional es uno de los conceptos prioritarios de la teoría de la terapia centrada en el cliente de Karl R. Rogers(110).

Por incondicional entendemos una actitud no evaluativa por parte del terapeuta, sin condiciones de aceptación. El terapeuta no evalúa las actuaciones, creencias o pensamientos sino que los integra como parte del paciente mismo. Esta complicada visión de los demás, según Rogers(115), *“probablemente ocurre a veces (en muchos momentos) y no en otros momentos y en distintos grados”*.

La aceptación incondicional llevada al último extremo por el fisioterapeuta debe radicar en un profundo respeto por los demás. En la importancia y significado que estos tienen para el terapeuta. ¿Cómo consideramos a los otros?, ¿consideramos que tienen derecho a auto-dirigirse y guiarse, o creemos que nosotros lo podríamos hacer mejor? El desarrollo de este tipo de relaciones supone un gran aprendizaje por parte del terapeuta y una continua reconsideración de la importancia de las personas, en cuanto a que éstas no son entes fijos; en palabras de Rogers(110), una creencia de que *“la filosofía operacional del individuo no es una cosa fija e inmutable, sino una organización fluida, en evolución”*. La continua evolución del individuo durante el tratamiento, sus cambios de parecer, estado o humor, deben ser aceptados e integrados, estando estrechamente relacionados con la lucha del terapeuta por su crecimiento e integración personales. El terapeuta *“puede ser no directivo en la medida en que el respeto hacia los otros hunde sus raíces en la propia organización de su personalidad”*(110).

Esto nos indica lo estrechamente relacionados que se encuentran los constructos “aceptación incondicional” y “autenticidad”, puesto que un terapeuta carente de autenticidad, libertad, identidad o autonomía, no puede ofrecer a los demás la posibilidad de serlo.

En muchos de los pacientes que acuden a la consulta de fisioterapia el bienestar psicológico se puede ver alterado. El bienestar psicológico se entiende según Carol D. Ryff(116,117) en base a seis dimensiones o aspectos(118,119):

- a) **La auto-aceptación o valoración positiva del yo, cuyo primer indicador es la auto-estima.** El desarrollo de la autoaceptación incondicional conduce a los individuos con problemas de salud psicológica o física a aceptarse a sí mismos como personas que pueden cometer fallos o errores(120). Flett et al(121) encontraron una relación inversa entre los niveles de autoaceptación incondicional y los niveles de depresión y ansiedad. El concepto de autoestima es un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de una buena salud psicológica. Rosenberg(122) la define como el grado en que las personas se aceptan y valoran. Las personas con alta autoestima confían en sus habilidades y creen tener más recursos para luchar contra las adversidades(123), en nuestro caso el dolor o los hándicaps físicos.
  
- b) **Las relaciones interpersonales positivas o relaciones cálidas y estrechas con otros.** Personas con niveles altos de autoaceptación y autoestima se encuentran más agradables y atractivos, estableciendo mejores relaciones sociales(122).
  
- c) **El dominio ambiental o capacidad de manejar y controlar los desafíos y el entorno.** El nivel de autoaceptación y autoestima de una persona está directamente vinculada con la valoración subjetiva que se hace del dominio de metas interpersonales(124), en nuestro caso la consecución de los objetivos terapéuticos.
  
- d) **La autonomía o auto-determinación:** Sostener la propia individualidad en diferentes contextos sociales, asentar las propias convicciones, mantener la independencia y autoridad personal. Indudablemente la aceptación incondicional

por parte del fisioterapeuta será clave para que el individuo pueda desarrollar su autonomía.

- e) **Propósito en la vida o creencia de que la vida tiene sentido:** Marcarse metas, definir objetivos que doten a la vida de un cierto sentido. Durante la recuperación funcional se marcan metas u objetivos consensuados que deben estar acordes con las necesidades, creencias y capacidades del paciente. Las creencias del paciente en sus propias capacidades deben ser aceptadas por el profesional, que propondrá objetivos adecuados para cada momento y situación terapéutica, ayudando de esta manera a superar las diferentes adversidades.
  
- f) **Crecimiento personal o percepción de una trayectoria de desarrollo progresiva:** Desarrollar las propias potencialidades a lo largo del tiempo, de manera continuada, crecer como persona, llevar al máximo las propias capacidades, tener apertura a nuevas experiencias.

Como comentamos anteriormente, estas seis dimensiones se pueden ver alteradas en los pacientes que acuden a la consulta de fisioterapia con patologías importantes cuyo periodo de recuperación será largo y costoso, con afectaciones que no podrán ser rehabilitadas al 100%, o con dolores crónicos de larga evolución. El paciente debe tomar conciencia de la nueva situación en la que se encuentra, ser consciente de sus capacidades y de sus discapacidades, ya sean temporales y recuperables o crónicas. Un fisioterapeuta holístico que tenga presente la rehabilitación desde el punto de vista biopsicosocial, debe contemplar y comprender la alteración de la persona en su conjunto.

En el abordaje biopsicosocial de la persona, la aceptación incondicional es una premisa fundamental. El ser aceptado incondicionalmente por el profesional que le guiará a lo largo del periodo de recuperación aumentará la propia autoaceptación incondicional, permitiendo al individuo aceptar sus carencias. Sabemos que puntuaciones altas de aceptación de la situación por parte del paciente se correlacionan inversamente con la



gravedad percibida y las consecuencias que el dolor pueda tener(123). De esta manera la autoestima disminuida por la situación de desventaja a la que se enfrenta la persona mejora gracias a la aceptación y valoración positiva del terapeuta. Se establece una relación interpersonal cálida, franca y libre de tensiones, que ayudará a restablecer objetivos o metas conjuntamente, aumentando el dominio del entorno y de los nuevos desafíos con los que habrá de enfrentarse la persona. Sin duda la autonomía aumentará con lo que la motivación por y para el tratamiento se hará constatable, y con ello el progreso y la disminución de la sintomatología. Se establecerán nuevos propósitos en la vida del paciente, aumentando así su crecimiento personal a lo largo del tratamiento.

Vemos, por tanto, que la aceptación incondicional del fisioterapeuta hacia el paciente es fundamental para facilitar el bienestar psicológico de este y las consecuencias positivas que ello tendrá en su recuperación.

## 2.6. Escucha activa

El concepto escuchar ha sido reconocido como un componente esencial de la comunicación efectiva en muchas disciplinas(125). La International Listening Association define la escucha como *“el proceso de recibir, construir significados y responder con mensajes verbales y/o no verbales”*(126). La escucha activa es una técnica específica de comunicación basada en los trabajos de psicoterapia centrada en el cliente de Carl Rogers(127).

Como dijo Carl Rogers en 1980(70): *“la escucha activa significa dar atención total a la otra persona y decirle que nos interesa y preocupa. Escuchar es un trabajo difícil que no vamos a llevar a cabo a menos que tengamos un profundo respeto y cuidado por el otro. No sólo se escucha con los oídos, también con los ojos, la mente, el corazón y la imaginación. Escuchamos lo que está pasando dentro de nosotros y lo que ocurre en la persona que escuchamos. Escuchamos las palabras y los mensajes enterrados en las palabras. Escuchamos la voz, la apariencia y el lenguaje corporal del otro. Simplemente tratamos de absorber todo lo que dice de manera verbal y no verbal, sin añadir, restar, o modificar nada”*.

Un elemento clave para una comunicación eficaz es saber escuchar. Saber escuchar es saber oír, analizar y comprender la información que nuestro interlocutor transmite. Saber escuchar activamente implicaría todo lo anterior añadiendo al interlocutor el feedback de que le hemos escuchado y comprendido.

La escucha activa implica tres actividades(56,128):

- a) **Recibir el mensaje:** Implica atención e interés a la comunicación no verbal y vocal (apariencia, expresiones faciales, mirada, postura, orientación corporal, etc.) y a la comunicación verbal (lo que dice y en qué momento, lo que dice

implícitamente, las emociones explícitas o implícitas, los temas recurrentes, las contradicciones en que incurre).

- b) **Procesar los datos atendidos:** Saber discriminar las partes importantes y establecer su significado. Los valores y creencias del terapeuta y las emociones que experimenta pueden conducirlo a interpretar sesgadamente el mensaje, por lo tanto la autenticidad y aceptación incondicional, el estar libre de prejuicios, deben ayudarlo a escuchar sin posicionarse ni interpretar lo que quiere oír.
  
- c) **Emitir respuestas de escucha:** Mediante una mirada amigable, asentimientos de cabeza, inclinación y orientación corporal hacia el cliente, expresión facial de interés y comentarios del tipo “ya veo”, “sí”, “entiendo”, “uhm”, “continúe, le escucho”, comunicando al cliente que le ha escuchado activamente. Estas respuestas de escucha deben transmitir empatía, haciendo saber que se ha sido comprendido, poniéndose en su lugar y tratando de percibir el mundo tal y como él lo hace, a la vez que se le transmite que lo hemos comprendido.

En este contexto, el saber escuchar se denominaría escucha activa. Esta requiere un esfuerzo físico y mental para escuchar el mensaje interpretando el significado correcto e indicando mediante el feedback lo que creemos entender. Intentar comprender lo que el paciente nos indica sería la parte cognitiva y escuchar, hacer entender que hemos comprendido y devolver lo que creemos que nos intenta explicar sería el esfuerzo físico.

La tendencia natural del profesional de evaluar lo que está escuchando desde su marco de referencia y aprobarlo o no es una de las principales barreras con las que nos encontramos en la comunicación interpersonal efectiva(67,110,115). En el caso de ir unido a emociones o repercusiones fuertes para cualquiera de los dos interlocutores, la dificultad de no juzgar aumenta.

### 3. RELACIÓN TERAPÉUTICA EN FISIOTERAPIA

El constructo de la relación terapéutica, su importancia y efectividad en la consecución de resultados, nace en el ámbito de la psicoterapia, posiblemente el área de las ciencias sociales de más rápido crecimiento donde existen numerosísimos estudios relacionados con este tema. La terapia centrada en el cliente(110) o no directiva ha captado la atención de psicólogos y demás personal sanitario. Otras ramas del área de la salud y la educación, en las que la interacción entre el profesional y el cliente es frecuente, se interesaron por esta acepción. Así, ha sido estudiada en todos los ámbitos de la medicina y se continúa haciendo, dado que es considerada una herramienta terapéutica más.

Como ejemplo de estilos de relación ligados a satisfacción del paciente tenemos un estudio realizado en 2008 por Sung Soo Kim et al(129) en el ámbito de la rehabilitación, donde se examinaban tres estilos de relación de médicos rehabilitadores percibidos por sus pacientes. Se valoraron el estilo empático afectivo (el que tiene capacidad de responder y mejorar los estados emocionales de sus pacientes), el dominante (que pregunta mucho y adopta un alto grado de control sobre las reacciones del paciente) y el empático cognitivo (capacidad del médico para aprehender con precisión el estado mental de su paciente, “este doctor sabe exactamente qué quiero decir”). El 30% de los pacientes consideraron a sus médicos empáticos afectivos, un 55% dominantes y un 15 % empáticos cognitivos, estableciéndose una relación fuerte y positiva entre los estilos empáticos, sobre todo con el cognitivo, y la satisfacción de los pacientes con sus médicos.

Desde hace mucho tiempo el colectivo de enfermería también se ha interesado por este campo de actuación, integrándolo como uno de los ítems mediante los cuales se proporcionan cuidados de alta calidad(130). Según Moreno A. *et al*(131) “el cuidar enfermero se desarrolla desde una gran empatía, autenticidad y aceptación incondicional de la persona que se tiene enfrente”.

Partiendo de estas premisas, desde el punto de vista de la comunicación terapéutica, relación terapéutica, terapia “no directiva”, o “terapia centrada en el cliente”, la actitud del fisioterapeuta hacia la persona a la que va a atender nos parece primordial. El

profesional debe otorgar una total importancia a la dignidad y significación del individuo(110). La propia autenticidad sólo es entendida en cuanto el terapeuta aprende y comprende que el cliente tiene la suya propia, la aceptación incondicional se basa en el precepto de respeto absoluto por quien tienes delante, siendo la empatía, a través de la escucha activa, la encargada de transmitir al paciente que todo lo anterior existe.

Comparado con los campos de actuación antes mencionados, en el ámbito de la fisioterapia son escasos los estudios realizados sobre la relación terapéutica centrada en el paciente y los beneficios que el cuidado de esta conlleva tanto para el profesional como para el paciente.

A continuación se exponen temáticas concretas sobre comunicación y relación terapéutica en la práctica de la rehabilitación física que influyen en el éxito terapéutico y por extensión, en la calidad y satisfacción del paciente sobre los cuidados de salud. Son escasos los estudios que abordan la relación entre fisioterapeuta y paciente, por lo que hemos incluido referencias que tratan este enfoque durante la rehabilitación, ya sea con el fisioterapeuta o con el médico.

### 3.1. Percepción de control

Patridge & Johnston en 1989(132) y Johnston et al 1992(133) estudiaron la relación entre la percepción de tener el control sobre el tratamiento y los resultados del mismo en pacientes afectados de ictus. Basándose en las teorías de autoeficacia de Bandura(134) intentaron aumentar el control sobre el tratamiento a través de una mejor explicación de los ejercicios. La mayor comprensión del tratamiento redundó en un mayor control sobre el mismo aumentando la autoeficacia percibida y facilitando la resolución de las discapacidades. En la revisión Cochrane "*Individual patient education for low back pain (Review)*"(135), los autores llegan a la conclusión de que una intervención educativa oral individual de 2,5 horas, es útil para acelerar el retorno al trabajo en pacientes con dolor lumbar agudo o subagudo, y que sesiones de menor duración, o realizadas a través de información escrita, no parecen ser eficaces. Esto es debido al aumento de control que adquieren los pacientes sobre su patología.

Existen numerosos estudios que indican que el aumento de la percepción del control sobre el dolor está inversamente relacionado con la intensidad del mismo(136,137). Sin embargo Wiech *et al*(138) y Rokke *et al*(139) no parecen encontrar este dato en todos los pacientes. Según ellos la disminución del dolor cuando se tiene "el control", en relación con la que se tiene cuando se percibe que no se tiene "ningún control" sobre este, sólo se observa en sujetos que alcanzan cifras importantes de autoeficacia para controlarlo. Es decir, los efectos en la reducción del dolor al aumentar el control durante una situación dolorosa son específicos de un subgrupo particular de participantes.

Estas afirmaciones nos llevan a hablar sobre el constructo de autoeficacia, que parece estar presente en los tratamientos de fisioterapia. Introducido por Bandura en 1977, representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva(134). Según Bandura la conducta y motivación humanas están mediadas por el pensamiento y fuertemente influenciadas por tres tipos de expectativas(140): 1) expectativas de la situación, producidas por factores ambientales independientes a la propia acción, 2) expectativas de

resultado, creencias de que una conducta producirá determinados resultados y 3) expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, creencia de la persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados. Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas (autoestimulantes o autodesvalorizantes), en su grado de optimismo o pesimismo, en la elección de determinadas acciones y en las metas que se plantean alcanzar(140).

El aumento de la percepción de control sobre el dolor está ligado a una disminución de este, y a una pronta recuperación en pacientes con un alto grado de autoeficacia(141). Como indica la revisión Cochrane(135) anteriormente mencionada, no parece tener la misma eficiencia la comunicación oral con el profesional que la comunicación escrita, ya que el paciente puede recibir información, pero no sentirse “eficaz” o capacitado para comprenderla o llevarla a cabo. El fisioterapeuta debe crear, a través de la relación terapéutica, un clima individualizado donde el paciente se sienta seguro y controlado, a la vez que autónomo y aceptado. A medida que avanza el tratamiento y el paciente mejora, el grado de dirección del profesional debe disminuir(56), aumentando el control del paciente sobre el tratamiento y la sintomatología. En la medida que esto sucede, a través de técnicas de comunicación y motivación como el refuerzo positivo(142) y el espejo de la relación con el profesional, el paciente irá aumentando su autoeficacia, creándose de esta manera las estrategias de afrontamiento más útiles para cada persona.

### **3.2 La toma de decisiones conjunta**

La toma de decisiones conjunta en cuanto a objetivos y tratamiento entre fisioterapeuta y paciente es una de las características de la alianza terapéutica. Se define como el proceso de toma de decisiones compartida conjuntamente entre los pacientes y sus proveedores de atención médica(143). Su objetivo es ayudar al paciente a tomar parte activa en las decisiones que involucran a su salud, finalidad última de la terapia centrada en el cliente(67,144). Es necesario el establecimiento de un contexto en el que la opinión de los pacientes sobre las opciones de tratamiento sea valorada y considerada como imprescindible. A partir de aquí el profesional transfiere la información técnica necesaria de manera comprensible, ayudando a los pacientes a basar sus preferencias teniendo en cuenta la mejor evidencia posible y existente. El siguiente paso es conseguir que los pacientes manifiesten sus preferencias, y en este momento el profesional introduce el componente de incertidumbre implícito en todas las decisiones de salud(145). Según las conclusiones de los autores de la revisión Cochrane centrada en este tema realizada en 2014(146) sobre 114 estudios, existe una evidencia de alta calidad de que este abordaje ayuda en la toma de decisiones en comparación con la atención habitual, reduciendo los conflictos relacionados con el sentirse poco informados y el no actuar conforme a los propios valores. En la revisión se apunta también que se estimula al paciente a tomar parte activa en el tratamiento.

A pesar de que la naturaleza de la patología puede influir en la cantidad de control que quiere tener el paciente sobre sus decisiones clínicas(144), cada vez más personas reconocen que ellos son los que mejor pueden valorar sus capacidades, tomando en consecuencia las mejores decisiones para su salud(147,148). Esta manera de pensar es propia de pacientes que ven aumentada su creencia de autoeficacia, cognición absolutamente necesaria en determinados ámbitos, como por ejemplo durante el tratamiento de pacientes con dolor crónico(149).



En el estudio realizado por Hofstede *et al* (150) en 2013, en el cual mediante la técnica de grupos focales se identificaron las barreras y facilitadores percibidos por los pacientes y profesionales a la hora de instaurar la toma de decisiones conjunta, los resultados demostraron que para los profesionales la principal barrera es una pobre relación terapéutica, mientras que para los pacientes la relación con su terapeuta puede ser barrera o facilitador según sea esta buena o mala. Se menciona que algunos profesionales demuestran falta de atención por el estado de ansiedad, situación personal y preferencias de los pacientes, sabiendo que la obtención de las preferencias del paciente es crucial para la toma de decisiones conjunta. Los mismos autores Hofstede *et al* (151) en 2014 realizaron otro estudio donde se les preguntó a 246 profesionales y 155 pacientes cuáles creían ellos que eran los factores más importantes a la hora de instaurar la toma de decisiones conjunta en pacientes diagnosticados de ciática. El principal factor según los profesionales, (entre los que se encontraban médicos de cabecera, fisioterapeutas, neurólogos y cirujanos) ,es la construcción de una buena relación terapéutica, mientras que para los pacientes el cuarto factor más importante es la confianza que se consiga entre el profesional y ellos (uno de los objetivos de la relación terapéutica), por detrás del correcto diagnóstico, la información sobre las opciones de tratamiento y la explicación sobre el proceso de tratamiento. Es interesante destacar que en la revisión de Gravel *et al*(144) realizada en 2006 sobre las barreras y facilitadores de este tipo de abordaje, se constata que la principal barrera para la toma de decisiones conjunta sea la falta de tiempo de los profesionales en los servicios de salud, falta de tiempo que implica también dificultad para el establecimiento de una relación terapéutica eficaz.

### 3.3 Educación en salud

Un componente importante de la profesión de fisioterapeuta es la figura del profesional como educador. Esta función incluye la educación de uno mismo, de clientes, de otros profesionales, y la educación de la comunidad en general(152).

La educación del paciente se define como *"una experiencia de aprendizaje planeada usando una combinación de métodos tales como la enseñanza, el asesoramiento y técnicas de modificación del comportamiento que influyen en el conocimiento y el comportamiento ante temas de salud de los pacientes"*(153).

En 1980, el Comité científico del 9º Congreso Internacional de la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT) anunció que uno de los Temas del Congreso sería "Pedagogía-Una Modalidad en Fisioterapia"(154).

En el documento marco realizado en 2007 para el rediseño de la fisioterapia en atención primaria(155), a raíz del Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre creado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, donde se establecen los servicios básicos de la Fisioterapia dentro de la cartera de servicios comunes de atención primaria del Sistema Nacional de Salud, (que comprende, entre otras actividades de fisioterapia susceptibles de realizarse en el ámbito de atención primaria, la educación y prevención), la palabra educación como función y herramienta de práctica clínica de la fisioterapia aparece en 26 ocasiones. Así, habla de educar pacientes con procesos crónicos músculo-esqueléticos, utilizando intervenciones breves de 2 a 4 sesiones, de intervenciones educativas en grupo, de *"la educación del paciente dirigido a la participación de este tanto durante los periodos de exacerbación (para lograr su mejora funcional) como durante los periodos entre exacerbaciones (para el mantenimiento de las ganancias obtenidas durante el tratamiento y la prevención de recaídas)"*, de la educación del paciente durante procesos músculo-esqueléticos agudos leves, de la educación del paciente en trastornos neurológicos, en pacientes tributarios de fisioterapia respiratoria, educación sanitaria al

paciente o cuidador, educación del paciente en el ámbito domiciliario, educación de padres de niños con trastornos posturales, educación para la estimulación motriz del recién nacido, educación para el ejercicio físico en la mujer climatérica, y educación a pacientes con algias vertebrales.

Según la guía de práctica para la fisioterapia de la American Physical Therapy Association (APTA)(156) y la “Guideline for physical therapist professional entry level education” (157)creada en el 2011 por la WCPT (Confederación Mundial de Fisioterapia), la educación del paciente forma parte de las competencias de aprendizaje del grado de fisioterapia y de la competencias de actuación del profesional.

Así pues se desprende que la educación del paciente es, dada la naturaleza de la profesión, parte fundamental de la labor del fisioterapeuta y que formará parte tanto del tratamiento como de la prevención de sucesivas recaídas.

La literatura habla de cinco temáticas principales a educar presentes durante las sesiones de fisioterapia(61,158): enseñar e informar al paciente sobre la patología; instruir para llevar a cabo ejercicios en casa; aconsejar e informar sobre el desarrollo de posibles enfermedades asociadas; educar para la salud y asesorar al paciente acerca de problemas relacionados con el estrés.

Una buena relación terapéutica puede resultar en una mayor satisfacción de los pacientes, una mejor retención de la información, y un mejor cumplimiento del programa(159–161). Mediante esa relación se consigue la confianza(162) del paciente en el profesional y en lo que este le enseña o aconseja, aumentado de esta manera la motivación por el aprendizaje(77) que redundará en una mayor atención y concentración a las explicaciones sobre salud(163).

En el 2003 Potter et al(16) realizaron un estudio mediante la técnica de grupos focales. Llegaron a reclutar 26 pacientes de consultas privadas de fisioterapia con el objetivo de identificar las cualidades de un buen fisioterapeuta. La capacidad de comunicarse fue clasificada en primer o segundo lugar por todos los participantes, ligando las habilidades comunicativas a la forma y capacidad de enseñar. El estudio señala que se espera que los fisioterapeutas demuestren un comportamiento profesional mientras proporcionan un servicio que no sólo incluye el diagnóstico y el tratamiento adecuados, sino también la enseñanza de estrategias de autoayuda.

En una línea parecida, Del Baño *et al*(44) llevaron a cabo un estudio en el 2014 con el fin de identificar qué elementos consideran los pacientes cuando evalúan la calidad de la interacción paciente-fisioterapeuta, resultando que el que los fisioterapeutas estén dispuestos a proporcionar información y educación acerca del tratamiento y estado de salud de los pacientes supone un impacto positivo sobre la percepción de la calidad de la interacción.

### 3.4 Relación terapéutica y dolor

En España un 29% de la población sufre algún tipo de dolor, siendo este crónico en el 17% de los casos(164). Según la revisión sistemática de Verhaar *et al*(165), la prevalencia del dolor crónico de causa no oncológica se encuentra entre el 2 y el 40% de la población adulta. En el año 2011 en los EE.UU., el número de adultos con dolor crónico se estimaba en 100 millones, con un coste económico anual de hasta 635 mil millones de dólares(166). Estas cifras nos hacen pensar en el enorme problema que es hoy en día el dolor crónico, y en que si el dolor tiende a la cronicidad en un gran número de casos, puede que algo no se haga correctamente, o que no todos los tratamientos empleados hasta ahora, basados la mayoría en el abordaje biomédico, sean acertados, válidos o eficaces para este tipo de pacientes(167).

El dolor agudo ha sido meticulosamente investigado por los neurocientíficos, conociéndose sus mecanismos de transmisión sensorial. Sin embargo los síndromes de dolor crónico, que a menudo se caracterizan por dolor intenso asociado con poco o ningún daño tisular, han provocando mucha controversia(168). Desde la aparición de la teoría de la neuromatriz(168) y con los avances en neuromedicina, se han producido importantes descubrimientos en la comprensión de los mecanismos que intervienen en el dolor crónico(169), modificando sustancialmente el enfoque terapéutico.

Los principios fundamentales del nuevo enfoque, más biopsicosocial, entienden que el dolor es un “output” cerebral, y es producido por el cerebro cuando interpreta que existe peligro para la integridad física de los tejidos(170). Así pues, la función específica del dolor sería la de avisarnos de un potencial peligro y mantenernos con vida.

Melzack y Wall(168) nos dicen que factores psicológicos y sociales son capaces de modular la sensación del dolor del paciente, ya que la neuromatriz es una combinación de mecanismos corticales que cuando se activan producen dolor(170,171). Estos mecanismos pueden ser desencadenados por estímulos sensoriales, pero también pueden

generarse sin la intervención de estos. El dolor crónico es plurifactorial(167), y se suele asociar con estrés psicológico o físico crónico(171), quedando reflejada la importancia que el significado del dolor tiene para la persona (o más concretamente para su cerebro), y cómo este significado afecta a la manera en que ésta percibe su dolor(170,172).

Se tiende a correlacionar la nocicepción con el dolor(172). Sin embargo, numerosos estudios observacionales refutan esta relación que parecía ser tan clara. Se ha comprobado que los soldados que en combate son heridos graves, sienten poco dolor hasta saberse a salvo lejos de la línea de combate(173), sabemos que el umbral del dolor aumenta después de escuchar ruidos sorprendentemente fuertes(174), y que el miedo disminuye el umbral del dolor mientras la ansiedad lo aumenta(175). Se confirma de esta manera que los estados emocionales modulan la reactividad al dolor, siendo éste independiente al fenómeno de la nocicepción(176,177). Entramos de lleno en el significado que este dolor tiene para el paciente(178), o más concretamente para el cerebro del paciente. Si este cerebro no interpreta esa señal como potencialmente peligrosa, no será necesaria la activación de los sistemas de defensa, en este caso el dolor(138,172). En este sentido, Arntz *et al*(179) realizaron un estudio en el cual a 31 estudiantes sanos se les colocó varias veces una barra de metal a muy baja temperatura en el cuello sin que ellos la vieran. Los participantes debían distinguir si la barra estaba fría o caliente. Previamente se les había avisado de que la barra caliente era más dolorosa (potencialmente más peligrosa para los tejidos). Los estudiantes que dijeron sentir la barra caliente relataron más dolor al contacto con esta que con la barra fría. Este experimento prueba que el significado que otorgamos al input nociceptivo condiciona la cantidad de dolor que experimentamos. Esto explica por qué en incontables ocasiones la patología que sufren o han sufrido los tejidos no puede explicar el dolor que siente la persona(172,180,181).

Es por esto que muchos autores hablan de la educación en el dolor como forma de tratamiento del dolor crónico(136,138,158,170,172,182–186).

El desarrollo social, psicológico, cultural y ambiental del individuo da forma a la manera en que este entiende y reacciona ante su dolor(61). De todo esto se deduce que el conocer no sólo la sintomatología que manifiesta el paciente, sino qué es lo que realmente piensa que le está pasando, a qué lo atribuye, explorar posibles miedos y creencias que puedan llegar a ser factores estresantes y que actúan como barreras a la curación o perpetúan la sintomatología, (187,188) es del todo necesario(189). Para ello, el establecimiento de una relación terapéutica adecuada y generadora de confianza que permita hablar al paciente cuando se siente escuchado, comprendido y aceptado(70,115) nos parece muy importante.

Jeffels et al en 2003(190) realizaron una revisión sistemática para comprobar si aspectos de la comunicación podían influir en la experiencia del dolor del paciente. Llegaron a la conclusión de que los fisioterapeutas se encuentran en una situación ideal para trabajar y reducir las creencias erróneas que sus pacientes tienen sobre el dolor, siendo una herramienta fundamental para llevarlo a cabo la educación e información sobre las percepciones que se tienen sobre él(191). Los fisioterapeutas están en contacto permanente con el paciente, observan sus cambios a lo largo del tratamiento y establecen una relación duradera y profunda. Esto permite explorar sentimientos e identificar pensamientos erróneos acerca del dolor(190). Existe una gran evidencia que indica que el catastrofismo, la depresión y una baja autoeficacia son predictores de bajos resultados terapéuticos y de cronicidad de los síntomas(189,192,193).

La confianza que se establece en la relación es la base para poder educar en nuevas estrategias de afrontamiento que generen bienestar y aumenten la autoeficacia del paciente ante “*su dolor*”(194). Como se refleja en el apartado de la toma de decisiones conjunta, se busca la colaboración del paciente en la toma de decisiones terapéuticas, lo que genera un aumento de control y autonomía(132,194). Todo ello irá acompañado de explicaciones sencillas y entendibles sobre la neurofisiología del dolor lo que redundará en una mayor comprensión del mismo, disminución del miedo a recaídas o a empeorar el cuadro, de miedo al movimiento o kinesiofobia, disminución del estrés y aumento de la percepción de control (136,138,156,169,171,181–185).

Nos encontramos pues, ante la importancia de la labor educativa en la profesión de fisioterapeuta, y la relevancia que ocupa la relación terapéutica en el replanteamiento de creencias y el aprendizaje de conductas que el paciente debe interiorizar para mejorar la sintomatología(195).



## **IV. MATERIAL Y MÉTODOS**



## IV. MATERIAL Y MÉTODOS

En el capítulo que nos ocupa se presenta el material y los métodos empleados en el desarrollo del estudio de esta investigación.

Tratando de analizar y comparar las experiencias de los fisioterapeutas y pacientes de los servicios sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana en cuanto a la calidad de la comunicación entre ambos, para poder así identificar aspectos comunes y divergentes sobre el tema, se llevó a cabo un estudio cualitativo mediante la estrategia de estudio de caso usando la técnica de los grupos focales para la recolección de la información.

A continuación se describen el diseño, el ámbito de estudio y los sujetos que componen la muestra, y se presentan los procedimientos de recogida de información y los métodos usados en la gestión y análisis de los datos.

### **Diseño del estudio**

Con el objetivo de explorar las experiencias y percepciones de la calidad de comunicación entre fisioterapeutas y pacientes de instituciones sanitarias públicas de la Comunidad Valenciana, se diseñó un estudio cualitativo basado en la estrategia de investigación denominada estudio de casos y en el uso de la técnica de grupos focales como fuente de información.

El *grupo focal* es una entrevista grupal dirigida por un moderador a través de un guion de temas previamente establecido. Lo que se busca fundamentalmente es la interacción entre los participantes como método para poder generar información(196) sobre un tema previamente establecido por el investigador. Suele estar constituido por un grupo limitado de personas, lo recomendable es que esté formado por un mínimo de 4 (197,198) y entre 10 (199) y 12 (196) participantes más un moderador y un observador. Durante la realización del grupo la persona en sí pierde importancia, emergiendo las experiencias y

conocimientos del informante en relación al tema de estudio(200). Con esta técnica se consigue información sobre las opiniones, actitudes, experiencias y perspectivas relevantes para la percepción del constructo de interés(196).

El estudio se desarrolló en dos fases. La primera se dirigía a conocer las percepciones de los fisioterapeutas, mientras que en la segunda se buscó conocer las percepciones de los usuarios. Posteriormente se realizó un análisis comparativo entre los resultados de los fisioterapeutas y los de los usuarios. A continuación describimos detalladamente cada una de estas dos fases.

## **Fase 1. Experiencias y percepciones de los fisioterapeutas**

### ***F.1.1 Ámbito y participantes en el estudio***

Los participantes seleccionados fueron fisioterapeutas que trabajasen en centros de atención primaria y hospitales públicos de la Comunidad Valenciana. El único criterio de inclusión fue que tuviesen una experiencia mínima de un año en su centro de trabajo y no menos de 30 horas de trabajo a la semana(187). Este criterio se decidió después de una búsqueda bibliográfica y tras la discusión y consenso entre los miembros del grupo de investigación.

Se atendió a criterios de heterogeneidad a la hora de confeccionar los grupos, teniendo en cuenta características que otros estudios han demostrado que influyen en la percepción de la comunicación entre profesionales sanitarios y usuarios(201,202). Estas características son: ámbito rural o urbano, hospital o centro de atención primaria, y tipo de patología del paciente.

Los fisioterapeutas fueron reclutados de 2 hospitales, 4 centros de salud y 1 residencia de ancianos pública de la provincia de Alicante, y 4 hospitales y 7 centros de salud de la provincia de Valencia.

### ***F.1.2 Reclutamiento de participantes***

En un primer momento se contactó con los responsables de docencia e investigación de cada uno de los centros donde se pretendía realizar los grupos focales. En cada uno de ellos el proyecto fue aprobado por el comité de ética e investigación. Tras esto se convocó una reunión con todos los fisioterapeutas de cada centro en la que se les informó del proyecto y se pidió su participación voluntaria, entregándoles en el mismo momento una carta que contenía una explicación sobre los objetivos de la reunión, la fecha y el lugar de realización (Anexos I y II).

Una semana antes de la reunión un asistente de la investigación realizó una llamada telefónica para determinar la disposición de los fisioterapeutas a participar y aclarar algunas posibles cuestiones sobre la reunión. Con los participantes que aceptaron colaborar en el estudio se realizó un último contacto el día antes de la reunión para recordar el día y la hora y confirmar su asistencia.

### ***F.1.3. Recogida de información***

Los grupos focales se llevaron a cabo entre las fechas de abril de 2013 y abril de 2014. Las entrevistas fueron desarrolladas por un moderador y un ayudante pertenecientes al grupo de investigación, con conocimiento sobre la temática de estudio, y sin vinculación con el centro participante. Las sesiones de grupos focales se desarrollaron en una sala ajena al centro asistencial, con el objetivo de crear una atmósfera adecuada para la discusión y lejos del ambiente clínico de las unidades de fisioterapia en las cuales realizan su labor profesional(199).

Los instrumentos de recogida de información usados durante las reuniones por el moderador y su ayudante fueron: una grabadora de audio, y una grabadora de vídeo para registrar el lenguaje no verbal y las expresiones incompletas o sarcásticas de los sujetos del estudio. Todas las sesiones comenzaron con una presentación de ambos (moderador y ayudante) y una breve explicación de los objetivos del estudio.

Para facilitar la discusión durante las reuniones, se elaboró un guion inicial para fisioterapeutas con varias preguntas abiertas, que se utilizó para iniciar la conversación, mantener el foco sobre el tópico señalado, sin restringir los diálogos, y complementar la discusión surgida de forma espontánea(199,203). Este guion se elaboró en base a los aspectos que pudieron asociarse a la calidad percibida en la relación con el paciente identificados tras la revisión de la literatura expuesta en el marco teórico de este estudio.

Tras la elaboración del guion de preguntas, este fue sometido a un pre-test cognitivo con fisioterapeutas con el mismo perfil de inclusión que los participantes en el estudio. Para ello se invitó a un total de 3 fisioterapeutas a realizar una entrevista en la que se le plantearon dichas preguntas, indicándoles que era relevante que identificaran aquellos aspectos que no comprendieran o que les plantearan dificultad. La entrevista se realizó en un lugar ajeno a la sala de trabajo habitual del fisioterapeuta, para que este no pudiese sentirse presionado. Los participantes firmaron antes del inicio de cada sesión un consentimiento informado, garantizándoles la confidencialidad de sus intervenciones. Las entrevistas fueron guiadas por un moderador, y se usó una grabadora de sonido para registrar los resultados.

- Valorar la comprensión de lo que se preguntaba y de las opciones de respuesta.
- Valorar la claridad del lenguaje y el formato.
- Valorar la adecuación y relevancia del contenido y la posible ausencia de aspectos no considerados inicialmente.

No fue necesario realizar ningún cambio en el guión de preguntas ya que los fisioterapeutas entrevistados no mostraron ninguna dificultad en la comprensión de las mismas y consideraron adecuado, relevante y suficiente para el constructo de interés su contenido.

A continuación se muestra, mediante la tabla 2, el guion de preguntas de los grupos focales de fisioterapeutas.

*Tabla 2. Guion de preguntas del grupo focal de fisioterapeutas*

---

<b>GUIÓN DE PREGUNTAS DEL GRUPO FOCAL DE FISIOTERAPEUTAS</b>
1. ¿En qué momento suelen hablar los fisioterapeutas con sus pacientes?
2. ¿Qué creéis que es lo que el paciente valora más de la relación con el fisioterapeuta?
3. ¿Qué creéis que es lo que más destacan los pacientes del trato con el fisioterapeuta?
4. ¿De qué suelen hablar los fisioterapeutas con sus pacientes?
5. ¿En qué situaciones te sientes más cómodo a la hora de relacionarte con tus pacientes?
6. ¿En qué situaciones te sientes más incómodo a la hora de relacionarte con tus pacientes?
7. ¿Cuál crees que es la mejor manera de ganarse la confianza del paciente?
8. ¿Cómo sabes si el paciente ha entendido tu mensaje?
9. Cuando el mensaje no le llega al paciente, ¿a qué crees que se debe?
10. ¿Qué aspectos crees que deberían mejorar los fisioterapeutas para poder relacionarse mejor con sus pacientes?

---

Los participantes firmaron antes del inicio de cada sesión un consentimiento informado, garantizándoles la confidencialidad de sus intervenciones. Cada sesión grupal duró entre 90 y 120 minutos. Según Mayan(198), “Morgan(196) recomienda planear una sesión de 90 minutos pero invitar a los participantes para acudir a una sesión de dos horas para asegurar 90 minutos de recolección de datos”.

Todas las entrevistas fueron transcritas literalmente para hacer análisis independientes. Los nombres de los participantes se cambiaron usando un pseudónimo en las transcripciones y las citas. Se elaboró, para cada grupo, un informe en el que se incluía la información recogida de todas las fuentes(197). A partir de esos informes se realizó el análisis de los datos, cuyo proceso se describe a continuación.

#### ***F.1.4 Análisis de los datos.***

El análisis de los datos se realizó usando una adaptación de la Teoría Fundamentada. Glaser y Strauss desarrollaron originariamente la Teoría Fundamentada en 1967(203), creyendo en la inducción de las teorías desde los datos, “...solamente de esta forma estará la teoría estrechamente relacionada a las realidades cotidianas”(204). La adaptación de la Teoría Fundamentada incorpora el proceso de recogida de los datos, y su codificación y análisis, usando un proceso de comparación constante, pero sin el componente de desarrollar una teoría a la luz de los resultados(205).

Tres investigadores revisaron las transcripciones de forma independiente y generaron un listado de frases codificadas que constituían unidades significativas de análisis. Estas frases fueron etiquetadas en categorías usando códigos emergentes. Los tres investigadores revisaron y compararon sus hallazgos para llegar a un acuerdo sobre códigos y categorías, y las diferencias entre ellos se resolvieron por discusión(199).



Este proceso fue iterativo con la recogida de datos de las sucesivas transcripciones. Se siguieron realizando grupos focales hasta que el análisis de las entrevistas no arrojó nuevos datos, lo cual implicó que se había alcanzado la saturación de la información(199).

El siguiente nivel de análisis consistió en la agrupación de las categorías con uniformidad en temas y subtemas de un nivel conceptual superior.

Con la finalidad de valorar la consistencia del esquema final de temas y subtemas, éste fue aplicado a dos textos por dos investigadores de forma ciega, usando códigos para los mismos pasajes(206). Las diferencias entre los investigadores se resolvieron mediante discusión. En cada fase del proceso, un investigador independiente desempeñó el rol de revisor para verificar si el análisis estuvo en todo momento centrado en los datos con la intención de aumentar la fiabilidad.

## ***Fase 2 Experiencias y percepciones de los pacientes***

### ***F.2.1 Ámbito y participantes en el estudio***

Los participantes seleccionados fueron pacientes que se encontraban realizando un programa de fisioterapia en unidades de fisioterapia de atención primaria u hospitales públicos de la Comunidad Valenciana. El único criterio de inclusión fue que hubiesen recibido un mínimo de 15 sesiones de fisioterapia, con el fin de que ya hubieran tenido suficientes experiencias en el centro. Este criterio se decidió después de una búsqueda bibliográfica y tras la discusión y consenso entre los miembros del grupo de investigación(44,207) El único criterio de exclusión fue la existencia de alguna discapacidad cognitiva o de comunicación para participar en las entrevistas.

Se atendió a criterios de heterogeneidad a la hora de confeccionar los grupos, teniendo en cuenta características que otros estudios han demostrado que influyen en la percepción de la relación terapéutica entre profesionales sanitarios y usuarios(201,202) .

Los pacientes fueron reclutados de 2 hospitales y 1 centro de salud de la provincia de Alicante y 5 centros de salud de la provincia de Valencia.

### ***F.2.2 Reclutamiento de participantes***

En primer lugar se contactó con los responsables de docencia e investigación de cada uno de los centros donde se pretendía realizar los grupos focales. En cada uno de ellos el proyecto fue aprobado por el comité de ética e investigación. Tras esto se convocó una reunión con todos los fisioterapeutas de cada centro en la que se les informó del proyecto y se pidió su participación voluntaria en el reclutamiento de participantes, entregándoles en el mismo momento cartas que contenían una explicación sobre los objetivos de la reunión, la fecha y el lugar de realización. Los fisioterapeutas que aceptaron participar en el reclutamiento analizaron el perfil de sus pacientes para valorar cuales cumplían los criterios de inclusión, informarles del estudio y pedirles la participación en el mismo. A aquellos pacientes que aceptaron participar se les entregaron los documentos anteriormente citados (Anexos III y IV).

Diez días antes de la reunión se acudió a los distintos centros para recoger información sobre los pacientes que aceptaron participar. Una vez establecidos los perfiles de los pacientes se hizo una selección de los mismos mediante la técnica de muestreo por objetivos, tratando de maximizar la inclusión de todos los perfiles de los sujetos de estudio, con el fin de conocer con suficiente amplitud y profundidad el fenómeno de estudio. Para ello se incluyó a pacientes con diferentes tipos de patologías (traumatológicas, neurológicas, respiratorias...)

Una semana antes de la reunión se realizó una llamada telefónica para determinar la disposición de los pacientes a participar y aclarar algunas posibles cuestiones sobre el estudio. En aquellos casos en que los pacientes declinaron participar, nuevos pacientes que cumplían los criterios de inclusión fueron invitados para asegurarnos grupos de un tamaño mínimo de 4 miembros(197,198). Con los participantes que aceptaron colaborar en el estudio se realizó un último contacto el día antes de la reunión para recordar el día y la hora y confirmar su asistencia.

### ***F.2.3 Recogida de información***

Los grupos focales se llevaron a cabo entre las fechas de junio y octubre de 2015. Las entrevistas fueron desarrolladas por un moderador y un ayudante pertenecientes al grupo de investigación, con conocimiento sobre la temática de estudio, y sin vinculación con el centro participante. Las sesiones de grupos focales se desarrollaron en una sala ajena al centro asistencial, con el objetivo de crear una atmósfera adecuada para la discusión y lejos del ambiente clínico de las unidades de fisioterapia en las cuales reciben tratamiento(197).

Los instrumentos de recogida de información usados durante las reuniones por el moderador y su ayudante fueron: una grabadora de audio, y una grabadora de vídeo para registrar el lenguaje no verbal y las expresiones incompletas o sarcásticas de los sujetos del estudio. Todas las sesiones comenzaron con una presentación de ambos (moderador y ayudante) y una breve explicación de los objetivos del estudio.

Para facilitar la discusión durante las reuniones, se elaboró un guion inicial para pacientes con varias preguntas abiertas, que se utilizó para iniciar la conversación, mantener el foco sobre el tópico señalado, sin restringir los diálogos, y complementar la discusión surgida de forma espontánea(197,199). Este guion se elaboró en base, por un lado, a los aspectos que pudieron asociarse a la calidad percibida en la relación con el paciente identificados tras la revisión de la literatura expuesta en el marco teórico de este estudio, y por otro a

los resultados obtenidos en la primera fase de esta investigación. A continuación se muestra, mediante la tabla 3, el guión de preguntas de los grupos focales de pacientes.

Tabla 3. Guion de preguntas del grupo focal de pacientes

**GUIÓN DE PREGUNTAS A LOS GRUPOS FOCALES DE PACIENTES**

---

1. ¿Qué es lo que más valoras del fisioterapeuta?
2. ¿Qué es lo que más te gustó del trato con el fisioterapeuta?
2.1 ¿En qué situaciones te has sentido más cómodo con el fisioterapeuta?
2.2. ¿En qué situaciones te has sentido más incómodo con el fisioterapeuta?
2.3. ¿Se mostró el fisioterapeuta tal como es? (era capaz de mostrar sus limitaciones, reconocer sus errores, de mostrarse natural...)
3. ¿Qué actitudes o comportamientos del fisioterapeuta te hacen confiar en él?
4. ¿En qué momento sueles hablar con el fisioterapeuta?
5. ¿De qué sueles hablar con el fisioterapeuta?
6. ¿Te has sentido comprendido y apoyado durante el tratamiento?
7. ¿Crees que el fisioterapeuta buscó tu colaboración a lo largo del tratamiento?
7.1 Para establecer los objetivos
7.2. Para establecer los medios para conseguir estos objetivos
8. ¿Crees que el fisioterapeuta te da toda la información que tú necesitas tener?
9. ¿Sueles entender al fisioterapeuta?, si no: ¿cuándo?, y ¿por qué?
10. ¿Cómo describirías el entorno en el que se desarrolla tu relación con el fisioterapeuta?, y ¿cómo te afecta ese entorno?
11. ¿Qué aspectos consideras oportuno mejorar en la relación contigo por parte del fisioterapeuta?

---

Los participantes firmaron antes del inicio de cada sesión un consentimiento informado, garantizándoles la confidencialidad de sus intervenciones.

Todas las entrevistas fueron transcritas literalmente para hacer análisis independientes. Los nombres de los participantes se cambiaron usando un pseudónimo en las transcripciones y las citas. Se elaboró, para cada grupo, un informe en el que se incluía la información recogida de todas las fuentes(197). A partir de esos informes se realizó el análisis de los datos, cuyo proceso se describe a continuación.

#### ***F.2.4 Análisis de los datos.***

El análisis de los datos se realizó usando una adaptación de la Teoría Fundamentada. Glaser y Strauss desarrollaron originariamente la Teoría Fundamentada en 1967(199), creyendo en la inducción de las teorías desde los datos, "...solamente de esta forma estará la teoría estrechamente relacionada a las realidades cotidianas"(203). La adaptación de la Teoría Fundamentada incorpora el proceso de recogida de los datos, y su codificación y análisis, usando un proceso de comparación constante, pero sin el componente de desarrollar una teoría a la luz de los resultados(204).

Tres investigadores revisaron las transcripciones de forma independiente y generaron un listado de frases codificadas que constituían unidades significativas de análisis. Estas frases fueron etiquetadas en categorías usando códigos emergentes. Los tres investigadores revisaron y compararon sus hallazgos para llegar a un acuerdo sobre códigos y categorías, y las diferencias entre ellos se resolvieron por discusión(197).

Este proceso fue iterativo con la recogida de datos de las sucesivas transcripciones. Se siguieron realizando grupos focales hasta que el análisis de las entrevistas no arrojó nuevos datos, lo cual implicó que se había alcanzado la saturación de la información(197).

El siguiente nivel de análisis consistió en la agrupación de las categorías con uniformidad en temas y subtemas de un nivel conceptual superior.

Con la finalidad de valorar la consistencia del esquema final de temas y subtemas, éste fue aplicado a dos textos por dos investigadores de forma ciega, usando códigos para los mismos pasajes(205). Las diferencias entre los investigadores se resolvieron mediante discusión. En cada fase del proceso, un investigador independiente desempeñó el rol de revisor para verificar si el análisis estuvo en todo momento centrado en los datos con la intención de aumentar la fiabilidad.





## **V. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**



## **V. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

A continuación se procede a presentar los resultados obtenidos de la investigación. Se estructura este capítulo partiendo de citas textuales de los participantes que describen sus percepciones en cuanto al objeto de estudio. Estas citas, cuerpo de los resultados, se completan e interpretan a través de la inclusión del discurso de autores de referencia completando la discusión sobre los apartados que creemos más relevantes de los presentes resultados. Así mismo, estructuraremos el capítulo de resultados en base a los objetivos marcados al inicio de la investigación, con lo cual, primero trataremos de presentar y discutir el análisis de los resultados de las percepciones de los fisioterapeutas sobre la relación con los usuarios, seguidamente trataremos de dar respuesta al segundo objetivo, percepciones de los pacientes sobre su relación con los fisioterapeutas, y finalmente trataremos de comparar las percepciones de los dos grupos protagonistas del estudio.

### **1. Experiencias y percepciones de los fisioterapeutas de los servicios sanitarios públicos sobre la calidad de la relación terapéutica con el paciente**

Tras la elaboración del cuestionario de preguntas por parte del equipo investigador, este se sometió a un pre-test cognitivo. Para ello se invitó a un total de 3 fisioterapeutas, con el mismo perfil de inclusión que los participantes en el estudio, a participar en una entrevista.

A continuación se describen, en la tabla 4, las características socio-demográficas de los fisioterapeutas participantes en estos pre-tests cognitivos.

Tabla 4. Características de los participantes en los pre-test cognitivos.

CARACTERÍSTICAS	N°	%
<b>Características de los fisioterapeutas participantes</b>		
<b>Género</b>		
Mujer	1	33'3
Hombre	2	66'6
<b>Edad media</b>	31	
<b>Media años trabajados</b>	7	
<b>Años trabajados</b>		
≤ 15 años	3	100
> 15 años	0	0

No fue necesario realizar ningún cambio en el guión de preguntas ya que los fisioterapeutas entrevistados no mostraron ninguna dificultad en la comprensión de las mismas y consideraron adecuado, relevante y suficiente para el constructo de interés su contenido.

A partir de los listados de los responsables de los servicios de Fisioterapia de los centros colaboradores se identificaron 119 potenciales participantes en el estudio. Se tomó como muestra a 59 de estos potenciales participantes. De ellos, 19 no aceptaron participar, y 11 declinaron participar porque alegaron no poder acudir a la entrevista en el horario que había sido programado. A la fecha del recordatorio, 29 sujetos estaban dispuestos a participar, aunque no todos acudieron a las reuniones.

En la figura 2 se representan los casos identificados y/o participantes en cada una de las fases de selección para los grupos focales.

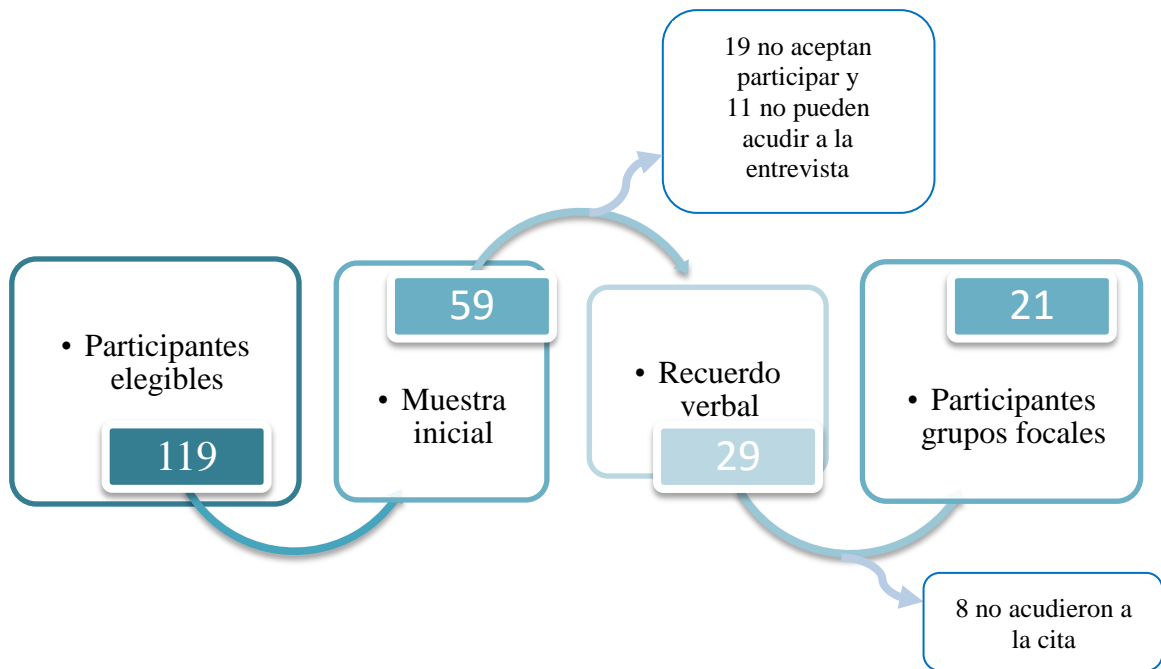


Figura 2. Diagrama secuencia de reclutamiento de fisioterapeutas.

Finalmente 21 sujetos participaron en este estudio, distribuidos en 4 grupos (con una media de 5 personas por grupo). Las características de los entrevistados se describen en la tabla 10.

Tabla 5. Características de los participantes en los grupos focales de fisioterapeutas.

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
<b>Características de los fisioterapeutas participantes</b>		
<b>Género</b>		
Mujer	16	76,2
Hombre	5	23,8
<b>Edad media</b>		
Media	44	
DE	5,25	
<b>Años trabajados</b>		
Media	21,38	
DE	8,56	
<b>Tipo de pacientes mayoritario</b>		
Neurológicos	16	44,4
Osteomusculares	16	44,4
Otros (linfedemas, vértigos, cardio-respiratorio)	4	11,2
<b>Tipo de asistencia</b>		
Individual	12	42,9
Grupal	16	57,1
<b>Cursos de formación en comunicación</b>		
Sí	13	61,9
No	8	38,1

Las entrevistas grupales realizadas permitieron que los fisioterapeutas participantes expresaran sus experiencias y percepciones sobre la atención de fisioterapia asociadas a un juicio de calidad de la relación terapéutica con el paciente. Los profesionales refirieron experiencias que facilitaban la calidad de la relación con su paciente, así como otras en las que surgían barreras en esta.

Estas experiencias y percepciones fueron agrupadas en dos temas: *Barreras* y *Facilitadores*. Dentro de cada uno de estos dos temas surgieron tres subtemas. En la *tabla 6* se exponen los temas, subtemas, y las categorías identificadas para cada subtema.

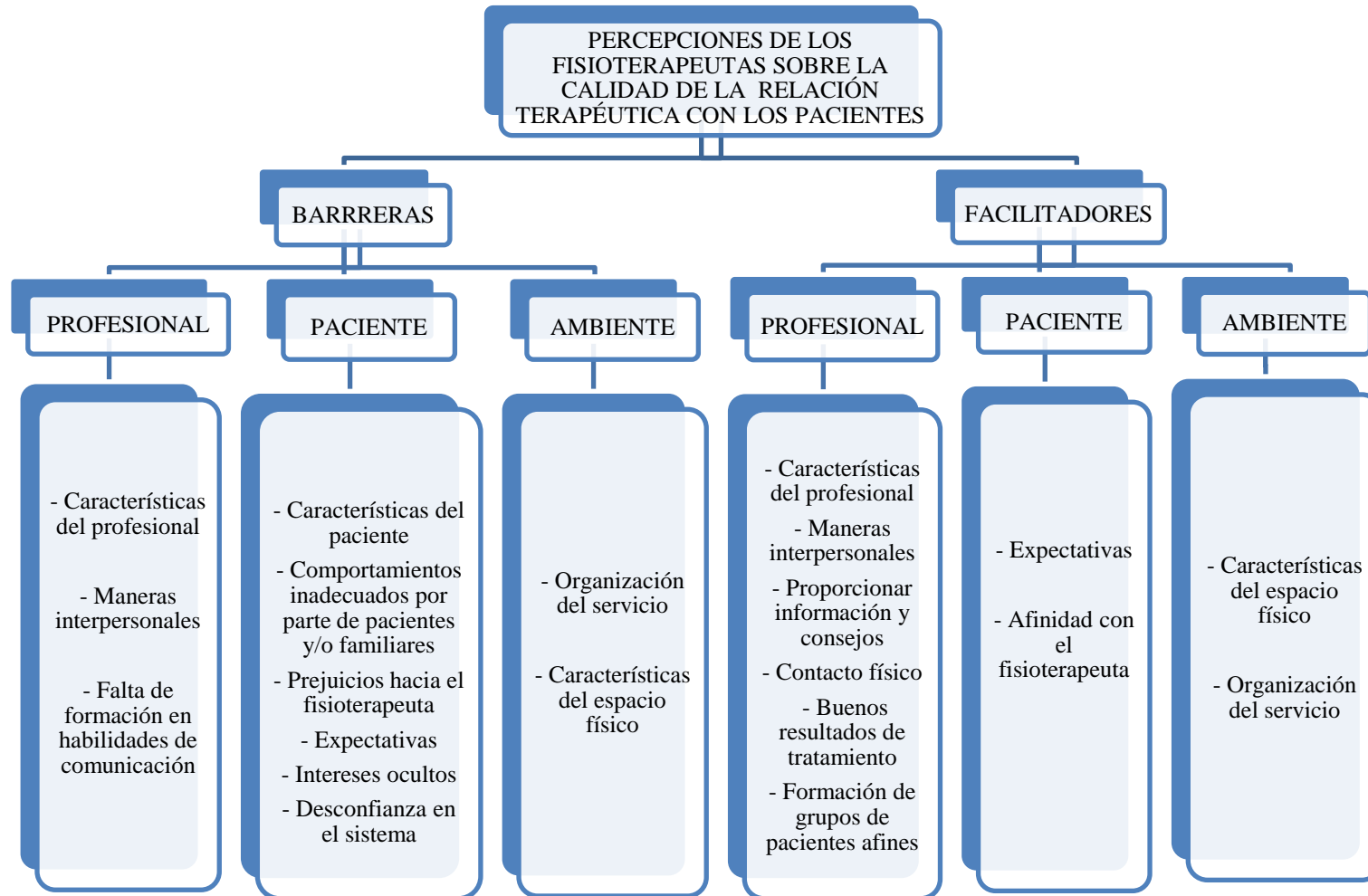


Tabla 6. Temas subtemas y categorías según las percepciones y experiencias expresadas en los grupos focales de fisioterapeutas



A continuación se exponen las experiencias y percepciones de los participantes sobre cada uno de los temas y subtemas. Esta exposición se ilustra con citas textuales, representativas de las categorías descritas, extraídas de la transcripción de las entrevistas.

## **1.1 Barreras de la relación terapéutica de calidad percibidas por los fisioterapeutas**

Durante la realización de los grupos focales los entrevistados relataron experiencias que, según su percepción, dificultan la instauración de una relación terapéutica de calidad. A este tema se le ha denominado barreras a la relación terapéutica de calidad.

Estas percepciones se atribuyeron a tres agentes distintos, a los que hemos denominado subtemas: el profesional, el usuario, y el ambiente en el que se desarrolló la interacción entre ambos.

A continuación describimos cada uno de estos tres subtemas:

### **1.1.1 Barreras del profesional percibidas por los fisioterapeutas**

Encontramos tres categorías expresadas por los participantes de los grupos focales como barreras a una relación terapéutica de calidad atribuidas directamente al propio fisioterapeuta: *características del profesional, maneras interpersonales del fisioterapeuta y falta de formación en habilidades de comunicación.*

Los participantes expresaron que existen ciertas *características del profesional*, que se convierten en barreras al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Estas fueron la *edad*, el *sexo*, y el *mal estado de ánimo y/o físico del fisioterapeuta.*

-*Edad*. Los participantes refirieron que los pacientes relacionan la juventud con falta de experiencia, lo que conlleva una barrera para establecer una relación de confianza.

*Sí, pues la gente dice: “es muy jovencita, falta experiencia, acaba de salir, no sabe mucho” ... eso lo comentan muchísimo.*

Parece constatado que los años de experiencia no solo mejoran la parte clínica, sino que aspectos como una comunicación más afectiva o las habilidades o actitudes que requieren el “cuidar” de los demás, también mejoran. Roberts L. *et al*(208) realizaron un estudio en el cual grabaron encuentros entre fisioterapeutas y pacientes con dolor de espalda para medir el contenido y prevalencia de las comunicaciones verbales y no verbales entre ambos. Llegaron a la conclusión de que los fisioterapeutas más experimentados demostraban comportamientos más afectivos que los jóvenes, centrándose en las emociones y experiencias de los pacientes, seguramente debido a que estos se concentran más en los tratamientos ya que carecen de la seguridad necesaria para llevarlos a cabo.

En una línea parecida, Greenfield B, *et al*(209) realizaron un estudio para explorar el significado del concepto “cuidar” entre fisioterapeutas con menos de un año de experiencia, constatando que este fenómeno requiere de ciertas habilidades y actitudes que se acumulan con el tiempo. En su reflexión introduce que “la educación de los programas de fisioterapia debería integrar experiencias de aprendizaje para fomentar actitudes de cuidado y comportamientos con el fin de preparar a los estudiantes para la transición al primer año en la clínica”.

Así pues, la literatura constata las percepciones de los participantes de que la juventud del fisioterapeuta, reflejada en la falta de seguridad en los tratamientos y en habilidades y actitudes para relacionarse y conectar con los demás, que se adquieren con el tiempo, sea identificada como una dificultad para establecer una relación de calidad.

-*Sexo*. Los entrevistados relataron que en ocasiones los pacientes se encuentran más cómodos si son tratados por profesionales del mismo sexo, sobre todo las mujeres, mientras que a algunos hombres les incomoda ser tratados por fisioterapeutas del mismo sexo. El sexo del profesional, pues, puede convertirse en una barrera, sin que existan preferencias establecidas, más allá de las del propio paciente.

*Y luego hay gente que por el tema de que sea hombre o mujer ya les tira para atrás, que tú abras la puerta y que te encuentren a ti en vez de encontrarse un señor ya...*

*...en Orihuela me pasó con un señor hemipléjico que llevaba un compañero de la tarde, chico, y se marchó de vacaciones y pasó a la mañana, no..y....y era como que se sentía mejor conmigo, era un hombre muy conservador, muy clásico, y esto de que un chico le estuviera tocando y haciendo...pues conmigo estaba más suelto, “me noto mejor”, hacía algún comentario al respecto..*

-*Mal estado de ánimo y/o físico del fisioterapeuta*. Los fisioterapeutas participantes comentaron que el mal estado de ánimo y/o encontrarse cansado o con dolores interfiere en el establecimiento de la relación de calidad ya que en esos momentos al profesional le cuesta comunicarse y establecer una relación efectiva.

*Cuando estás mal...no tienes ganas de hablar ni de que te digan nada y...pero hay que intentar, yo intento, aunque esté mal lo intento, se me nota, por que se me nota, pero hay que intentarlo, entonces cada vez estoy menos días mal.*

*...o cuando te duele algo, a mí cuando me duele algo, es que se te nota, es que no puedes, se nota un montón*

Según afirman Rios KA *et al* (210) el ánimo depresivo y el sentimiento de emociones como la tristeza, la ira o la ansiedad producen disminución de las relaciones sociales. Como ya se apuntó en la introducción, y según Ryff CD(117) cuando el bienestar psicológico no es completo se ven afectadas las relaciones interpersonales positivas o relaciones cálidas y estrechas con otros, por lo tanto cuando los fisioterapeutas se sienten mal, física o anímicamente, la relación terapéutica se resiente.

Este apartado nos parece de capital importancia. Johnson(211) afirma que las emociones condicionan enormemente la manera en que nos comunicamos, ya que otorgan un significado a lo que queremos comunicar, siendo fácilmente reconocidas o interpretadas por los demás. Es por esto que el hecho de que los profesionales puedan darse cuenta de qué emociones están sintiendo resulta crucial en el establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Los participantes en los grupos focales expusieron esta barrera como propia, lo que nos demuestra un alto autoconocimiento, pero no indicaron una solución más allá de trabajar esa actitud e intentar que no se note sin éxito: *intentar, yo intento, aunque esté mal lo intento, se me nota, por que se me nota, pero hay que intentarlo*. Creemos que en este sentido existe una falta de autenticidad, ya que el profesional “finge” encontrarse bien y con ganas de interactuar aunque no sea así, el paciente lo percibe como no verdadero y tiende a dificultar la relación de confianza, significando un serio problema al establecimiento de una relación de calidad centrada en el paciente.

Los entrevistados expresaron que existen maneras de relacionarse propias del profesional que se interpretan como barreras al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Se le denominó a esta categoría ***maneras interpersonales del fisioterapeuta***. Así pues, la *falta de interés en el usuario*, la *falta de escucha*, el *exceso de confianza*, la *falta de respeto hacia el paciente*, *tratarlo como a un mueble* y el *tratar en base a la patología y no en base a la persona* son barreras al establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

*-Falta de interés en el usuario.* La falta de feed-back, interés o implicación del fisioterapeuta hacia el paciente fue catalogada como una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad según los entrevistados.

*... vino a que le enseñara unos ejercicios cervicales.... Entonces ella misma me estaba diciendo: “yo no los voy a hacer”, claro yo misma me estaba diciendo: “mira ahí tienes la puerta, ¿para qué has venido?. Y encima me estás haciendo perder el tiempo y encima me estoy sintiendo una “m”, porque mi trabajo ni le estás dando valor, ni luego vas a hacer nada”, entonces muchas veces, a mí me pasa, que cuando ya ves esa actitud del paciente pues yo misma lo hago porque es mi obligación pero no tengo mucho agrado en hacerlo.*

Los entrevistados expresaron que en ocasiones pierden el interés por los pacientes expresando su desgana a establecer una relación de calidad. Parece ser que el “juzgar” conductas o pensamientos del paciente en lugar de ponerse en su lugar mediante la escucha activa y la actitud empática e intentar comprender a la persona que tenemos enfrente, es la principal causa de esta falta de motivación por la otra persona. Como afirma el propio Rogers(67), en el momento en que se juzga al otro desde nuestra perspectiva, sin tener en cuenta el porqué los demás reaccionan de una determinada manera, cuando no actuamos bajo el paradigma de la aceptación incondicional, ponemos trabas a la relación terapéutica de calidad, y es lo que parece ocurrir cuando el fisioterapeuta no profundiza en los motivos que llevan a una determinada conducta por parte del paciente, no comprende la situación de este y no puede ofrecerle ayuda, ya que se siente dolido (*me estoy sintiendo una “m”, porque mi trabajo ni le estás dando valor*) y traicionado.

*-Falta de escucha.* La falta de escucha del fisioterapeuta cuando se encuentra concentrado en el trabajo, o cuando el paciente es más autónomo y realiza los ejercicios correctamente, fue descrita como una barrera a la relación de calidad, ya que se puede percibir como una falta de interés.

*No hay comunicación realmente, él está hablando pero yo a veces no estoy comunicándome con él, porque estoy... Sobre todo si tienes terapia manual, yo estoy concentrada en la vía que estoy.*

Según Rogers, “la escucha activa significa dar atención total a la otra persona y decirle que nos interesa y preocupa”(70), por lo tanto es uno de los pilares fundamentales en el establecimiento de una relación terapéutica de calidad. En los estudios de Hush *et al*(14), Del Baño *et al*(44) y Pinto *et al*(212), donde se trata de medir la satisfacción con los cuidados de fisioterapia mediante la opinión de los pacientes, la escucha que ofrece el profesional es uno de los temas clave que estos relatan. Aún así, existen momentos en los que el fisioterapeuta no puede atender a las palabras del paciente, cuando está concentrado en el tratamiento por ejemplo. Esto no debería ser una barrera si en ese momento la vía de comunicación que se establece es el tacto, donde los dos deben estar atentos. Si el paciente habla y el fisioterapeuta no puede escuchar, quizá existe un problema de comunicación previo, donde o el fisioterapeuta no ha expresado con claridad la intención de la acción que va a realizar, o el paciente no consigue cambiar la vía de comunicación. En todo caso si esto ocurre indudablemente se establece una barrera a una relación de calidad ya que el paciente no siente como cercano al fisioterapeuta.

*-Exceso de confianza.* Los participantes expresaron que el exceso de confianza otorgada en muchos casos por el fisioterapeuta, hace que la relación pase de ser profesional y terapéutica a una amistad, o a que el paciente se atribuya ciertas libertades y/o familiaridades que no concuerdan con el contexto de la sala de rehabilitación.

*...hay un exceso de confianza.... No tenemos todavía la profesionalidad de lo que debería ser el trato con un paciente.....en la sala, esto es una batalla nuestra que tenemos que ganar, y no sabemos ponernos en nuestro lugar, estableciendo límites: “esto lo hará así y lo hará siempre y delante de mí”.*

*...el tiempo tan largo que tenemos, predispone mucho a eso, porque se pasa de esa confianza un poco ya al...o sea, es el único trabajo que deberíamos de plantarnos.*

Según los participantes en los grupos focales, cuando esto ocurre dificulta el establecimiento de una relación terapéutica de calidad ya que esta relación, que debería ser profesional, pasa al ámbito de la amistad y deja de ser terapéutica, dificultando los roles que cada participante en la misma debería tener. Varios factores son los que pueden contribuir a establecer un exceso de confianza en la relación con el profesional. Uno importante parece ser los largos periodos de tratamiento. Este hecho provoca que el paciente adquiera un trato familiar no solo con el fisioterapeuta, sino también con los demás pacientes. Otro de los aspectos que pueden contribuir es el hecho de que a menudo los profesionales utilizan el ambiente que se crea entre pacientes estableciendo un clima desenfadado y carente de presión en cuanto al trabajo y los objetivos de tratamiento, facilitando una interacción que proporciona satisfacción, que no percepción de calidad en los cuidados, haciendo que se sientan alegres y distendidos. Según la teoría de Oliver(213), la calidad percibida es un determinante de la satisfacción del usuario, mientras que la satisfacción no influye en la calidad percibida. Existen ocasiones en que este sistema de trabajo se vicia, ya que son determinados pacientes los protagonistas de la interacción, perdiendo el profesional autoridad para manejar la situación. En ese contexto es donde queda patente la *falta de profesionalidad para tratar con pacientes* que comentan los participantes. Como ejemplo de trato satisfactorio pero no de calidad tenemos experiencias expresadas por pacientes al alta en el estudio de Del Baño *et al*(44), los cuales afirman que el trato amigable proporciona sensación de calidad pero que no es suficiente para garantizar una percepción positiva de la calidad del servicio durante todo el período de tratamiento.

*-Falta de respeto hacia el paciente, tratarlo “como a un mueble”.* Los participantes expresaron que existen momentos durante su jornada en que no tienen en cuenta que están tratando con personas y ejercen su trabajo mecánicamente, sin reparar en aspectos humanos o de respeto al paciente que tienen enfrente, lo que se convierte en una barrera a una relación terapéutica de calidad.

*...es falta de respeto, intimidad, eso de las puertas abiertas es de continuo, uno entra, deja la puerta abierta, charla, entra la compañera: “el del seis no sé qué”, el tema de hablar delante de ellos ciertas cosas, a mí personalmente me incomoda. Yo en el gimnasio creo que en eso teníamos que ser más cuidadosos.*

En el año 2011 Praestegaard y Gunvor(214) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo, mediante entrevistas semiestructuradas a 21 fisioterapeutas, fue explorar las percepciones de los profesionales en cuanto a si las cuestiones éticas relacionadas con la relación fisioterapeuta paciente se tienen en cuenta. Los entrevistados mezclaron los aspectos éticos y morales, dándole una importancia capital a comunicarse de manera respetuosa, “la comunicación se caracteriza por el mutuo respeto, la participación, el intercambio de conocimiento y la comprensión” y mostrar al paciente que “lo respeto como ser humano y que estoy haciendo lo mejor para entender y tratar su problema”.

Brady y Cronin(13), en su modelo sobre la calidad del servicio, sostienen que tres son las dimensiones para la percepción de calidad: calidad de la interacción, calidad del ambiente y calidad del resultado. Dentro del paradigma de la calidad de la interacción destacan la actitud y el comportamiento, y en lo referente a la actitud uno de los preceptos básicos es el respeto por el cliente.

Por todo esto nos parece que el respeto por el paciente es un precepto innegociable en una relación que pretenda obtener un alto grado de calidad, manifestando que la falta de respeto no solo instaura una barrera a la relación terapéutica centrada en el paciente, sino que puede ser considerada como una falta de ética profesional por parte de los fisioterapeutas.

*-Tratamientos en base a la patología y no en base a la persona.* Los fisioterapeutas expresaron que les cuesta relacionarse de manera personal e individual, que a menudo el trato con los pacientes que sufren de una misma patología es estandarizado, convirtiéndose en una barrera a la hora de establecer una relación terapéutica de calidad



*...una cosa que tampoco sabemos hacer los “fisios” es tratar a cada paciente de manera diferente aunque tenga la misma patología.*

En este sentido Cooper *et al* (215) realizaron un estudio cuantitativo donde, a través de entrevistas semiestructuradas, exploraron las percepciones sobre la terapia centrada en el paciente desde la perspectiva de este. Como resultado surgieron seis temas a destacar, uno de los cuales fue el trato individualizado, destacando los autores que la comunicación juega un papel fundamental, debiendo percibir los pacientes que el tratamiento es individualizado y acorde a sus necesidades, precepto que creemos básico para el establecimiento de una relación de confianza.

Bajo el actual y más utilizado paradigma biopsicosocial, y para establecer un abordaje centrado en el paciente en el que la calidad de la relación es fundamental, se entiende que cada persona tiene una experiencia individual de su patología, por lo que el desarrollo de los cuidados debe basarse en la atención, sensibilidad, empatía, auto-conciencia y atención a las señales emocionales de cada individuo(23). Desde esta perspectiva el no individualizar el trato con el paciente, estableciendo unos protocolos comunes a las patologías, sin hacer distinciones en cuanto a las sensibilidades o peculiaridades que cada persona manifiesta, y como así lo reconocen los participantes en esta investigación, se experimenta como una gran barrera a una relación terapéutica de calidad.

En cuanto a la ***falta de formación en habilidades de comunicación***, los fisioterapeutas expresaron que sienten que en la universidad no se les formó en temas de comunicación con pacientes, en habilidades para manejar grupos, ni en educar en salud y que esto se manifestaba como una barrera al establecimiento de una relación de calidad. Expusieron que les faltaba formación en: *intervenciones educativas grupales y formación de cuidadores, contacto con el público, asertividad, y en comunicar malas noticias sobre evolución o pronóstico.*

*-Falta de formación en intervenciones educativas grupales y formación de cuidadores.* Expresaron que les cuesta hablar en público ante un grupo y que esa falta de habilidad

disminuye la confianza que el paciente ha de tener en las explicaciones y recomendaciones y en el profesional mismo, lo que se convierte en una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

*...y lo de cómo explicar, cómo formar a grupos, por ejemplo grupos de EPOCS, cómo formar a familiares formadores tampoco. Para poder entrar bien y que encajen.*

Los participantes expresaron sus sensaciones acerca de que durante sus estudios universitarios no se les preparó para realizar tareas educativas. Varios estudios demuestran que la satisfacción del paciente está ligada a la comunicación que se establece con el fisioterapeuta y parte de esta comunicación se basa en la enseñanza de ejercicios de tratamiento y técnicas de afrontamiento ante problemas relacionados con el dolor o la patología. Esto queda refrendado en la revisión sistemática de Hush et al(205) sobre satisfacción con los cuidados de fisioterapia, donde se recogen los estudios de McDonald et al(206), May et al(207) y Hills and Kitcken(208), en los cuales la comunicación efectiva sobre conocimientos y educación, el explicar y enseñar durante el proceso de tratamiento y las habilidades para explicar e informar fueron, respectivamente, ítems de satisfacción expuestos por los pacientes. Añadido a esto, y según la revisión Cochrane llevada a cabo por Engers *et al*(135) el enseñar e informar se relaciona con una mejor comprensión del tratamiento que se lleva a cabo y un aumento de la sensación de control sobre el mismo y con la disminución de los tiempos de tratamiento.

En el marco teórico del presente estudio ya se ha puesto de manifiesto la importancia que para la figura del fisioterapeuta tiene el educar al paciente. Recordamos que según la guía para la práctica clínica de la APTA(156), la educación del paciente forma parte de las competencias de actuación del profesional. Entendemos que una parte importante de la labor del fisioterapeuta es enseñar e informar al paciente sobre la patología; instruirlo para llevar a cabo ejercicios en casa; aconsejar e informar sobre el desarrollo de posibles enfermedades asociadas, educar para la salud, asesorar al paciente acerca de problemas relacionados con el estrés y llevar a cabo la realización de grupos de tratamiento. Si este importante apartado no se desarrolla con calidad, perdemos una gran oportunidad de establecer lazos de confianza con el paciente.

La “Guideline for physical therapist profesional entry level education”(157) creada por la WCPT incluye la educación del paciente como una de las competencias de aprendizaje del grado de Fisioterapia. Quizá las competencias de los estudios de Fisioterapia han cambiado con la llegada del grado y de una visión más biopsicosocial de la salud, siendo este el motivo por el cual los participantes de los grupos focales, con una media de edad y de años trabajados de 44 y 20 años respectivamente, lo que indica que realizaron sus estudios de fisioterapia como mínimo hace 20 años, no se sienten preparados para llevar a cabo la tarea educadora que su profesión demanda.

Así pues, la falta de habilidades para educar en salud se experimenta como una barrera a una relación terapéutica de calidad.

*-Falta de formación en el contacto con el público.* Los participantes expresaron que no están formados en tratar con pacientes y familiares, que lo realizan en base a su experiencia personal pero sin una educación previa. Esto se pone de manifiesto cuando observan cómo trabajan fisioterapeutas noveles que llegan a sus servicios. Esta falta de conocimientos les inquieta y se convierte en una barrera en sus relaciones terapéuticas.

*...yo creo que se nota un montón los años de experiencia, es decir, yo ahora que he llegado al centro de salud donde estoy ahora, y los fisios que han “pasao”, que sabían de fisio pero no saben de gestión y de estar con la gente, se ha “notao”, o sea, se ha “notao”.*

*-Falta de formación en asertividad.* Los participantes expresaron su acuerdo en que les cuesta mucho ponerse en su lugar y se muestran rígidos en ciertas circunstancias de la rehabilitación, cuando a la vez deben mostrarse cercanos y afectivos en otras.

*Pero tú tienes que ser rígido por ejemplo en los tratamientos que están haciéndole a la gente, ahí hay “¡ji, ji ja, ja!”. Tú tienes que hacer esto, esto y esto, y lo tienes que hacer*

*así pero luego la relación que tú tengas con él no tiene que ser "jji. ji, ja,ja!", pero no tiene que ser tan estricta*

*...perdona, yo he estado en el gimnasio y permitimos todo, permitimos todo, mientras se hacen grupos seguimos hablando*

Los participantes expresaron que en ocasiones los pacientes no atienden a sus interpelaciones a causa de que el fisioterapeuta se comunica de una manera pasiva, y que para conseguir restablecer el orden en el gimnasio deben recurrir a la rigidez y autoridad con lo que aprecian que la relación de calidad se resiente a causa de su falta de habilidades comunicativas.

La habilidad para comunicar nuestros pensamientos, opiniones y deseos de manera clara y directa sin agredir a los demás se denomina asertividad(216). Parece ser, como indica Kozier(217) que la asertividad ayuda en la resolución de problemas fortaleciendo las relaciones interpersonales, siendo una herramienta de comunicación necesaria y eficaz. Catanyer afirma que la falta de asertividad convierte la comunicación en agresiva o pasiva, según el registro de cada persona(218). Entendemos que para resolver problemas y manejar un grupo de pacientes el entrenamiento en habilidades comunicativas es necesario. En el ámbito de la enfermería numerosos estudios avalan esta afirmación(219), llegando a encontrar una relación positiva entre la comunicación asertiva y la mejora en los niveles de alianza terapéutica, por lo que la falta de habilidades asertivas conllevará sin duda una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

*-Falta de formación para comunicar malas noticias sobre evolución o pronóstico.* Los fisioterapeutas entrevistados expresaron su malestar y falta de habilidad para expresar malos pronósticos. La falta de certidumbre suele ser un recurso habitual, con lo que se pierde la confianza en los conocimientos del profesional.

*...todas las enfermedades crónicas...Entonces tienes que tener mucho tacto, no le puedes decir nada definitivo porque no... tú no tienes, no sabes nada definitivo, pero tampoco le puedes dar demasiadas expectativas, porque si después no se cumplen...*

*...pero una cosa es lo que te afecte a ti, porque es lo que dice Paqui, me miraba a los ojos y me decía ¿Cuándo voy a caminar, Loli? Nunca, lo sabía perfectamente, pero lo preguntaba un día, y a la semana siguiente me lo volvía a preguntar, eso es difícil, a mí por lo menos me resulta difícil.*

Como afirma Liénard(220), el comunicar malas noticias es una de las tareas más estresantes para los profesionales de la salud. Parece ser, según Johnson(211) que para el profesional implica ansiedad, responsabilidad y miedo a una crítica negativa, mientras que para el paciente puede acarrear una pérdida de esperanza o de motivación por el tratamiento. Las emociones que conlleva el dar una mala noticia pueden derivar en que el profesional, aun sabiendo el desenlace, evite este tipo de discusión u otorgue esperanzas infundadas al paciente(211). Parece ser que desde las experiencias de los pacientes, una franqueza excesiva, la falta de tiempo para hablar, elegir un lugar equivocado y no alentar el optimismo después de la noticia son equivocaciones a la hora de dar malas noticias, manifestando que debe haber un equilibrio entre realismo y honestidad, manteniendo siempre el apoyo(212). La literatura indica, como sí manifiestan Ríos *et al*(210) que el dar malas noticias es un proceso que consta de tres fases: en la primera, la preparación del paciente, se evalúa lo que el paciente sabe, comprende y siente acerca de la situación, la segunda consiste en la entrega de las malas noticias, fase de entrega y la tercera fase está dedicada a dar información y apoyo emocional al paciente, fase posterior a la entrega.

El contacto permanente que se establece en Fisioterapia con pacientes con enfermedades crónicas o con mal pronóstico en cuanto a rehabilitación de funciones implica que en numerosas ocasiones los pacientes pregunten y quieran conocer la evolución de su enfermedad. El dar malas noticias de forma inadecuada o no darlas sabiendo un desenlace que el paciente quiere conocer, puede transformarse en una barrera a una relación

terapéutica de calidad, puesto que conlleva una pérdida de confianza, autenticidad y el establecimiento de una relación carente de sinceridad.

En la revisión de la literatura realizada para esta tesis en relación a este tema, nos parece relevante destacar que no se han encontrado artículos que lo aborden desde la visión de la fisioterapia. Existen numerosos artículos en el ámbito de la medicina, incluso con propuestas de mejora de habilidades comunicativas(220) y de enfermería(221), pero no es un tema que se haya explorado en fisioterapia. Por esto que nos parecen de especial relevancia las experiencias relatadas por los participantes del presente estudio, ya que es una de las situaciones más difíciles y estresantes con las que se puede encontrar el profesional, sobre todo cuando, como ellos mismos explican, saben que el paciente no se va a recuperar pero no tienen los recursos necesarios para comunicarlo y deben continuar con un tratamiento, basado en una relación de confianza, que esconde secretos que el paciente quiere conocer. Nos parece interesante resaltar que quizá el médico, capacitado y con autoridad para establecer diagnósticos y pronósticos, sería la figura que debería dar estas malas noticias, o por lo menos debería existir una mejor coordinación entre médico y fisioterapeuta para resolver en equipo estas situaciones profesionales que no resultan agradables y dificultan tanto la relación como el proceso de recuperación.

### 1.1.2 Barreras del paciente percibidas por los fisioterapeutas

Los fisioterapeutas participantes expresaron que existían características y comportamientos del propio paciente que proporcionaban barreras al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Estas fueron: *características del paciente, comportamientos inadecuados por parte de pacientes y/o familiares, prejuicios hacia el fisioterapeuta, expectativas de tratamiento y/o de resultados, intereses ocultos y desconfianza en el sistema.*

En cuanto a las *características del paciente*, los participantes expresaron que la *edad*, el *sexo*, la *personalidad dependiente*, las *barreras lingüísticas, culturales y socioeconómicas*, la *baja percepción de auto-eficacia*, así como el *rechazo al contacto físico*, establecían barreras a una relación de calidad.

-*Edad*. Los participantes comentaron que la edad del paciente dificultaba la comunicación y el establecimiento de la relación terapéutica a consecuencia de las limitaciones físicas e intelectuales que conlleva.

*...los pacientes que hemos comentado...mayores, sobre todo, ¿no? Con la propia limitación física...con demencia... Alzheimer.*

*Tienes que estar muy encima de ellos porque también son gente mayor, digamos, la gente más joven es más fiel a ..., o también tienen más capacidad de aprendizaje o hacen más ejercicio fuera. Para la gente mayor todo es muy nuevo y aprender cosas nuevas le resulta muy difícil.*

Los participantes expusieron que la edad avanzada conlleva pérdida tanto de capacidades físicas (sordera) como cognitivas (demencia, Alzheimer, falta de concentración y de la capacidad de memorizar o aprender) que hacen que sea más complicado establecer una

relación terapéutica de calidad. Esto es una realidad y entorpece la comunicación, aunque creemos que quizá se deberían variar los objetivos con este tipo de pacientes, basando la calidad de la relación en el cariño, la paciencia y la aceptación de las limitaciones del paciente, ajustando las expectativas del tratamiento a las dificultades con las que nos encontramos sin que estas lleguen a ser una barrera a una relación terapéutica de calidad.

-*Sexo*. El sexo del paciente, al igual que se estableció con el sexo del profesional, se convierte en una barrera, ya que a menudo los pacientes, sobre todo las mujeres, se sienten incómodas cuando son tratadas por profesiones del sexo opuesto.

*Yo creo que la mujer con mujer se sienten mejor, pero no he visto ningún problema  
hombres conmigo, no lo he visto el problema.*

Los fisioterapeutas expresaron que el sexo del paciente es una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad ya que éste puede sentirse incómodo en determinadas situaciones según el sexo del profesional. Entendemos que desde la postura del profesional el sexo del paciente nunca debe ser una barrera puesto que debemos aceptarlo incondicionalmente. Sí que podemos entender que el paciente se sienta incómodo, pero continúa siendo, como explicamos en las barreras del profesional, una barrera del profesional porque es el sexo de este el que condiciona la situación del paciente. Es por tanto que entendemos que el sexo sea una barrera, pero el sexo del profesional, ya que es este el que incomoda al paciente y no al revés.

-*La personalidad dependiente*. Los participantes entrevistados expresaron que la personalidad dependiente de algunos pacientes parece ser una barrera a una relación de calidad, ya que suelen demandar mucho la presencia del profesional y esto produce reparo y dificultades a la hora de abordar la relación.



*Hay personas que por su manera de ser tienen más tendencia a quedarse enganchadas de nosotros, ¿vale?, y demandan y demandan y demandan.*

Los fisioterapeutas participantes expresaron que los pacientes con personalidad dependiente reclaman más atención profesional y personal y que esto les incomoda, ya que por sus propias características personales muestran inseguridades y miedos, buscando la seguridad en la compañía y explicaciones del fisioterapeuta.

La filosofía operativa del cuidado centrado en el paciente definida por Mean and Bower(23) afirma que se debe tener en cuenta la perspectiva biopsicosocial y el paciente como persona, además de compartir el poder y la responsabilidad. Sanders(61) afirma que desde la perspectiva biopsicosocial actual, no sólo aspectos como los fisiológicos o patológicos se deben tener en cuenta en fisioterapia, sino que también los cognitivos, afectivos y socio-ocupacionales son relevantes en los tratamientos y cuidados de los pacientes. El entender qué es lo que le ocurre a este paciente, qué demanda o qué carencias tiene en sus relaciones con los demás es importante para poder establecer una relación terapéutica de calidad. Para ello recursos como la empatía, la aceptación incondicional y la autenticidad son del todo necesarios.

Entendemos desde una perspectiva de cuidados centrada en el paciente que el profesional debería comprender qué es lo que le ocurre, no sólo en cuanto a su enfermedad física, sino en su modo de relacionarse, aspectos afectivos, y hacerle saber, mediante la actitud empática, que lo ha comprendido y que lo acepta incondicionalmente, utilizando la autenticidad para, desde una relación terapéutica de confianza, establecer límites a las demandas si fuera necesario. Si el paciente es dependiente, quizá por miedos, inseguridades o una baja percepción de autoeficacia, el profesional debería comprender estas demandas continuadas como una manera de afrontar esos miedos al dolor o a la patología misma, sabiendo que, como afirman numerosos autores, entre ellos Gard(187) y Hasenbring(188), el miedo es uno de los principales factores de cronicidad del dolor. A través de la relación terapéutica centrada en el paciente el profesional puede generar un clima individualizado, controlado y seguro, e ir aumentando la autonomía del paciente

mientras este se siente aceptado por el terapeuta. Como indica Bados(56), a medida que el paciente mejora debe ganar en más autonomía y control sobre la patología, y como afirma Petri *et al*(142) el fisioterapeuta debe reforzar esta conducta con técnicas de motivación y refuerzo positivo. Creemos que de esta manera el paciente irá aumentando su autoeficacia, creando nuevas estrategias de afrontamiento y disminuyendo su dependencia del fisioterapeuta.

*-Las barreras lingüísticas, culturales y socioeconómicas.* Los participantes expresaron que cuando el paciente procede de un país extranjero y no domina el idioma de la región se produce una barrera idiomática que dificulta la comunicación y el establecimiento de la relación. También expresaron que las diferencias culturales, en numerosas ocasiones, y sobre todo con pacientes de origen árabe, dificultan enormemente la relación de confianza, puesto que estos pacientes deben estar dispuestos a desnudarse.

*...el inglés y el alemán se dejan más, el árabe se mantiene más a distancia. Y antes venían hombres con la casaca esa y yo le decía: “lo primero que tiene que hacer es quitársela”, porque no le veo, no le veo ni cómo camina ni cómo..., y claro, era un chico joven además, pero venía todo... por que le costaba, le costaba, le costaba sobre todo quitarse la ropa.*

*...y en mi caso la sordera, el idioma, porque aquí... esto parece la torre de Babel.*

Sin duda la interculturalidad y el idioma pueden considerarse una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. El esfuerzo del profesional debe ser doble, al intentar comprender al paciente desde su marco personal y desde su marco cultural. Berlin(222) manifiesta que el éxito en la comunicación intercultural se basa en cinco elementos: “escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar”, mientras que Alarcón *et al*(223) añaden que el profesional debe conocer al menos parte de la cultura médica del paciente. Nos parece, de nuevo, primordial el lenguaje no verbal, la actitud

empática y la aceptación incondicional como bases del establecimiento de una relación de calidad en este tipo de situaciones.

*-Baja percepción de auto-eficacia.* Los participantes entrevistados relataron que una baja percepción de auto-eficacia por parte del paciente dificulta la relación puesto que se convierte en una barrera al aprendizaje de tratamientos, sobre todo cuando estos deben realizarse de forma autónoma. Los fisioterapeutas encuentran una barrera al establecimiento de la relación terapéutica de calidad puesto que existe una negativa a gran parte de las iniciativas tomadas por el profesional.

*Hay muchas que de entrada, le estás explicando un ejercicio y te dicen, ah, es que yo soy muy torpe para este ejercicio, es que no lo voy a aprender nunca, no lo voy a hacer.*

Parece ser que la baja percepción de auto-eficacia de algunos pacientes condiciona el resultado de la relación terapéutica, según expresa el análisis de los resultados. Para el profesional la barrera de aprendizaje que se impone el paciente a la adquisición de nuevos conocimientos, en forma de ejercicios terapéuticos que deben realizar individualmente, dificulta el buen funcionamiento de la relación entre los dos.

De nuevo nos referimos a la perspectiva biopsicosocial de la enfermedad para afirmar, según Sanders *et al*(61), que aspectos funcionales, emocionales y cognitivos van de la mano. Debemos entender que durante la enfermedad, o en este caso la recuperación en el servicio de fisioterapia, el paciente se encuentra con malestares físicos y fuera de su entorno social habitual, aspectos que seguro afectan a su bienestar psicológico. En este momento, ante la dificultad que expresan los fisioterapeutas para establecer una relación debido a la baja percepción de autoeficacia, el recurrir al establecimiento de una fuerte alianza terapéutica parece ser el método más adecuado. Recordemos que para establecer una alianza terapéutica eficaz, el acuerdo en las tareas mediante las cuales se conseguirá el objetivo es uno de los preceptos(56). De esta manera el tratamiento no será instaurado unilateralmente por el terapeuta experto, sino que es un consenso entre los conocimientos

del terapeuta y la percepción de autoeficacia del paciente. De esta manera es el paciente el que decide los ejercicios que se ve capacitado para realizar. La consecución efectiva del tratamiento por parte del paciente aumentará poco a poco su percepción de autoeficacia y control. En este sentido Patridge & Johnston(132) encontraron que una adecuada explicación de los ejercicios aumentaba la comprensión del tratamiento aumentando el control sobre éste y la autoeficacia percibida, facilitando la resolución de las discapacidades. De nuevo, como afirman autores como Petri *et al*(142), en este momento el refuerzo positivo sería altamente aconsejable para fortalecer la mejora en la autoeficacia percibida. Como herramienta terapéutica para superar la barrera que supone la baja autoeficacia percibida, Derksen *et al*(97) afirman que la actitud empática se correlaciona con un aumento de la autoeficacia percibida, con lo que una relación terapéutica de calidad, en la cual el paciente se sienta comprendido y aceptado será un buen predictor de éxitos terapéuticos.

Por último cabe reseñar que como afirman autores como Araña(189), Miles(192) o Carnes(193), la baja percepción de autoeficacia es uno de los predictores de cronificación del dolor, por lo que entendemos que es crucial el acercamiento y relación centrada en el paciente que establece el fisioterapeuta para conseguir el éxito en los objetivos terapéuticos.

*-Rechazo al contacto físico.* Los participantes explicaron que existen pacientes que no quieren ser tocados por el fisioterapeuta, y cuando esto es necesario se establece una relación difícil puesto que el paciente se muestra incómodo y estresado, dificultando el establecimiento de una relación de confianza.

*Que depende mucho del biotipo del paciente que quiere que le toques o no quiere que le toques.*

*Hay gente que no quiere que le toques.*

El análisis de los resultados de los grupos focales indica que para los profesionales el rechazo al contacto físico que tienen algunos pacientes dificulta el establecimiento de una relación terapéutica de calidad. El contacto con las manos del fisioterapeuta es una parte importantísima del trabajo de rehabilitación y que el paciente rechace ese contacto o suponga un inconveniente dificultará el trabajo del profesional, que se verá obligado a variar el tratamiento o disminuir la frecuencia del contacto. Entendemos que esto se convierta en una barrera al establecimiento de una relación de calidad, aunque vemos necesaria primero la comprensión de la problemática por parte del profesional, la aceptación del mismo y la muestra empática de que entre los dos esto se podrá superar.

En las entrevistas los participantes manifestaron que existían **comportamientos inadecuados por parte de pacientes y/o familiares**, que se convertían en barreras a una relación de calidad. Estos fueron la *falta de atención y escucha*, los *comportamientos conflictivos*, el *exceso de confianza*, la *petición de información sobre otros pacientes*, la *conspiración del silencio*, y la *actitud impositiva, pasiva o falta de motivación*.

*-Falta de atención y de escucha.* Los participantes expresaron que les cuesta derivar la relación hacia aspectos de la enfermedad o tratamiento cuando el paciente habla mucho de su situación o de anécdotas de su vida cotidiana. Esto produce una falta de atención en las explicaciones del profesional ya que el paciente está centrado en su discurso y se convierte en una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

*Yo lo que pasa es que muchas veces, supongo que os pasará a todos, ¿no?, sobre todo personas mayores se enganchan en lo mismo... ¿No os pasa que os cuentan una y otra vez?...Entonces tú lo que intentas es derivar para que no estén siempre... Tengo una mujer por ejemplo con una prótesis de rodilla, que se reflejaba en la pantalla de arriba del techo se reflejaba toda la intervención, y ella la vio, y está obsesionada con eso y cada día que viene me dice que ella vio toda su operación.*

- *Comportamientos conflictivos.* Los entrevistados relataron experiencias con pacientes enfadados, sobre todo a causa de las listas de espera que se generan en la sanidad pública, que degeneran en agresividad verbal contra el profesional, y que se convierten en barreras al establecimiento de una posterior relación de calidad.

*Y cuando viene alguien de lista de espera y viene con humos a echarte la bronca.*

*...pero yo no puedo dejar tampoco...que ella me tire toda la basura, o sea, tengo que ponerme una barrera también... tenemos que saber también, protegernos también, porque si va a venir todo el mundo: "talalatalatalala" ...no es personal, pero que venga una persona y sin venir a cuento te empiece a echar una bronca de arriba abajo... "un momento, vamos a poner las cosas en su sitio, esto es esto".*

Los fisioterapeutas participantes en los grupos focales expresaron que cuando los pacientes llegan enfadados y agresivos verbalmente a causa, sobretodo de las listas de espera, esto puede convertirse en una barrera al establecimiento de la relación terapéutica. Entendemos esta situación pero creemos que se establece una falta de asertividad para reconducir una situación que como bien afirman los participantes, nada tiene que ver con ellos. Desde la relación terapéutica centrada en el paciente el profesional debería entender el porqué de la agresividad del paciente y que es posible que este enfado sea transitorio, y desde luego no personalizado en él. Posteriormente aceptar incondicionalmente al inicio del tratamiento el nuevo estado del paciente sin que este primer contacto influya ni se convierta en un prejuicio para la relación.

-*Pacientes con exceso de confianza.* Los participantes expresaron que en ocasiones los pacientes adquieren un exceso de confianza con sus fisioterapeutas y el entorno de la sala de rehabilitación, llegando a entorpecer el buen desarrollo de la rehabilitación y molestando a otros pacientes.

*¿Sabéis lo que sí me ha pasado con los pacientes, que sí que me ha tocado frenar? Pues por ejemplo venir un paciente y creerse que es tu amigo y venir y decirte; “oye, ¿no me puedes dar hora antes con la doctora?”... y cuando te dirigen el tratamiento*

Los resultados analizados arrojaron que los fisioterapeutas experimentan que en ocasiones los pacientes adquieren una confianza excesiva con el profesional y con el resto de pacientes de la sala de rehabilitación, lo que se convierte en una barrera al establecimiento de una relación terapéutica profesional, ya que sobrepasa los límites de esta, llegando a pedir favores personales al fisioterapeuta o incluso a dirigir el propio tratamiento. Entendemos que esta barrera expresada por los profesionales como propia del paciente, en realidad es una barrera al establecimiento de la relación del mismo profesional, como queda reflejado en el apartado de resultados de barreras del profesional, el exceso de confianza es una barrera atribuida a las características interpersonales del fisioterapeuta. Entendemos que el responsable del establecimiento de la relación terapéutica centrada en el paciente es el propio profesional, por lo tanto si el paciente se auto-otorga una confianza que va más allá de la necesaria en términos terapéuticos, debería ser el profesional el que trate de corregir esta barrera mediante los elementos que ya consideramos anteriormente en este apartado de resultados de barreras interpersonales del fisioterapeuta.

*-Petición de informaciones sobre otros pacientes.* Los participantes relataron experiencias en las que pacientes en tratamiento de rehabilitación pedían información sobre otros pacientes, poniendo al profesional en un compromiso de vulnerar el derecho a la protección de datos. Esto se relata en las entrevistas como una barrera a una relación terapéutica de calidad.

*No, yo ahí, para nada hay secreto profesional aquí... a mí lo único, lo único es que a mí, cuando ya se ha ido un paciente y otro me dice “¿y de qué le han operado a ese?”, digo yo digo ”pues mire se lo pregunta usted mañana a él, y si él se lo quiere contar, pero yo no puedo decirle nada igual que no puedo decirle nada de usted”, pero luego saben todos*

*quién le ha operado, qué día, si se ha infectado, pero eso entre ellos, pero ahí para nada hay secreto profesional, para nada.*

*-Conspiración del silencio.* Los participantes refirieron que en ocasiones es la propia familia la que no quiere que se le informe del estado o pronóstico al paciente aunque este pregunte, estableciendo una conspiración entre el fisioterapeuta y la familia, en la cual la confianza y franqueza que se debería tener con el interesado es inexistente.

*Cuando vas y el familiar te pega un codazo: “pues mira la mano tampoco es algo tan importante”, y ves que te pega un codazo, dices, “mira ves esta no quiere saberlo”, el familiar piensa, claro. Y luego hablo con el familiar y le digo: ¿no quieres que le diga que la mano no la va?, “no, porque se va a caer en depresión porque no sé qué”. Pues vale, seguimos así pero a mí si me preguntan no les voy a contestar que no les iré con largas otra vez, pero claro..*

Los resultados arrojan que existen percepciones de los fisioterapeutas en las cuales, a instancia de los familiares del paciente, se lleva a cabo una alianza entre el familiar y el profesional para ocultar datos referentes a diagnósticos o pronósticos de la lesión del propio interesado. Entendemos que la confianza es la base sobre la que se ha de formar una relación terapéutica de calidad centrada en el paciente, ya que, como argumentan Thom *et al*(112), ha mostrado ser clave en multitud de procesos terapéuticos, aumentando la aceptación de programas de tratamiento y la satisfacción con la atención recibida. Para ganarse esa confianza, como afirman Neri(109) y Starr(104), la autenticidad del profesional parece ser necesaria. Si el profesional esconde, niega o evita comentarios o explicaciones sobre temas relacionados con la evolución de la enfermedad, con el agravante de que comparte este “secreto” con otras personas cercanas al propio paciente, la autenticidad desaparece y la empatía, que como afirman Swan y Riley(91), es otro elemento clave sobre el que se sustenta la confianza, corre peligro de transformarse en un sentimiento de pena que en nada ayudará a la aceptación de las secuelas que la disfunción pueda ocasionar.



Entendemos que debe ser el profesional el que tome las riendas de la relación, y por lo tanto, como responsable de la misma, debe ser consciente de cuándo, cómo y por qué dar información sobre procesos o pronósticos terapéuticos actuando siempre en el beneficio del paciente.

*-Actitud pasiva, depresiva o falta de motivación.* Los participantes expresaron que en ocasiones existen pacientes que por su desmotivación, sentimientos depresivos o por situaciones externas a la rehabilitación, no quieren mejorar ni participar del tratamiento activo, lo que resulta una barrera para una relación terapéutica de calidad.

*...esa gente, sí. Yo he tenido pacientes que tú los ves que van mejor, que el médico los ve y ve que van mejor, mucho mejor incluso y eso es horrible, eso es el infierno para ellos, está todo fatal, ¿sabes lo que te quiero decir?, y es realmente incómodo porque, no sé... e incluso gente que no quiere que les dé el alta y no trabaja, directamente está allí contigo y no hace nada, absolutamente nada, porque no quiere.*

El análisis de los resultados indica que los fisioterapeutas perciben como una barrera al establecimiento de una relación de calidad el que determinados pacientes nieguen la mejoría de su estado físico con la intención de continuar haciendo rehabilitación, aún cuando no están motivados para realizar el tratamiento.

Como afirman Coulehan(96) y Swenson(224), el comprender al paciente desde su propio marco de referencia es la base para poder establecer una relación terapéutica centrada en el paciente. En este caso por motivos personales que nada tienen que ver con el profesional, el paciente manifiesta una actitud depresiva que conlleva una falta de motivación por el tratamiento. La resistencia a finalizar el tratamiento que relatan los fisioterapeutas puede ser atribuida a una falta de relaciones sociales, o a que sí existan, pero no sean satisfactorias, encontrando en la sala de rehabilitación el acompañamiento que no tiene fuera. Sin duda esta situación debe ser comprendida por el profesional y, a través de la escucha activa y la empatía clínica (la habilidad para entender la situación,

perspectivas y sentimientos del paciente, y comunicar que le entendemos)(96), expresarle nuestro apoyo. Son casos en que el acudir a recuperación significa más que un acto de mejora física, donde el paciente se encuentra acompañado y se otorga significado relacional a esos momentos de compañía. El establecimiento de una relación terapéutica centrada en las necesidades del paciente facilitará que el profesional conozca la problemática desde la perspectiva de la persona que la padece, sin juzgar, y mediante la confianza y sinceridad necesarias, explique la realidad del objetivo de acudir a fisioterapia, que no es otro que tratar una patología que nada tiene que ver con sus sentimientos depresivos o con su soledad. Entendemos que esta será la mejor manera de ayudar a la persona que tenemos enfrente evitando que esta actitud haga crónica la situación y la patología.

Los participantes expresaron que algunas veces los pacientes acuden a la consulta con *prejuicios hacia el fisioterapeuta*, por su forma de ser o de vestir, que dificultan el establecimiento de la relación de calidad.

*Ya pero es que yo creo que aparte de eso, lo del “feeling”, a parte de la relación terapeuta-paciente, no deja de haber una relación... a ver, somos personas, tenemos cada uno nuestro carácter...Y simplemente a lo mejor por, a mí me ha pasado con pacientes, no sé: “esta hippie”, y han llegado con ese prejuicio y eso ya les está condicionando.*

El análisis de los resultados indica que los fisioterapeutas viven experiencias en las cuales los pacientes, cuando acuden a la rehabilitación por primera vez, ya se han formado un juicio sobre el profesional que los va a tratar, lo que dificulta el establecimiento de la relación ya que condiciona la manera en que esta se establece.

Según afirma Robertson(127), para conseguir no juzgar al paciente el terapeuta tiene que “realizar un gran acto de generosidad y respeto, tratando de entender a la otra persona, vaciándose completamente de los propios prejuicios, referencias y patrones de respuesta”.

Entendemos que sólo desde la postura de no juzgar al paciente, acto de gran generosidad, el fisioterapeuta podrá conseguir mostrarse auténtico y verdadero, dándole la oportunidad al paciente de recapacitar acerca de sus prejuicios y cambiarlos si es que no eran acordes con la realidad del profesional que tiene delante. Será en este momento cuando la relación podrá establecerse desde el mutuo respeto y confianza.

Los entrevistados manifestaron que a menudo los pacientes acuden con unas ***expectativas de tratamiento y/o de resultados*** erróneas que dificultan la comunicación, promueven conflictos y derivan en barreras a la relación de calidad.

*“sí, sí que creo que la falta de “feeling” es porque el paciente tiene unas expectativas que yo por trabajar donde trabajo en la sanidad pública y en las condiciones en las que trabajamos, que ya sabéis todos cómo son, claro, no puedo darle lo que el paciente quiere, entonces...”*

El análisis de los resultados expresa que los participantes experimentan como una barrera al establecimiento de una relación de calidad el hecho de que los pacientes acudan a la terapia con unas expectativas en cuanto al tratamiento, tipo o número de sesiones a realizar que no son realistas o no concuerdan con el tipo de tratamiento que se establece en los servicios de rehabilitación públicos.

En este sentido Potter *et al*(15) afirman que existen dos problemas relacionados con las expectativas del paciente. El primero se manifiesta cuando las expectativas del paciente son poco realistas, por ejemplo pacientes que quieren curarse en una sesión o que quieren tratarse de todas las patologías a la vez. El segundo problema tendría que ver con pacientes con ideas preconcebidas sobre la fisioterapia, sobre el diagnóstico, el tratamiento o el número de sesiones. Los autores afirman que las expectativas del paciente dificultan la relación entre este y el profesional, y que el establecer una relación de entendimiento mutuo, la escucha activa y el explicar el proceso de tratamiento son estrategias para mejorar la relación.

Consideramos que el escuchar y entender por qué el paciente llega a rehabilitación con esas expectativas es sin duda el primer paso para mejorar la situación, debiendo después explicar de manera clara la situación en que se encuentra el servicio, cómo se trabaja allí y qué es lo que creemos que es mejor para el paciente, estableciendo un diálogo mediante el cual podamos llegar a un acuerdo en cuanto al pronóstico y tratamiento. Potter *et al*(15) concluyen que el proveer al fisioterapeuta de habilidades básicas de técnicas de psicología puede ayudar a trabajar estas situaciones, afirmación con la que estamos de acuerdo.

Los participantes expresaron como barreras a la comunicación del propio paciente, que en ocasiones existen *intereses ocultos*, como ganancias económicas o alargar tiempos de bajas, que dificultan la buena relación, ya que el paciente está engañando al profesional, y éste no puede instaurar una relación de calidad basada en la sinceridad y la confianza.

*Hay muchas veces que, bueno es un poco, es una salida. Pero hay muchas veces que la gente no viene, o sea viene a recuperarse, a trabajar, e independientemente de que se esté recuperando o no, esa persona puede tener otro objetivo detrás que puede ser pues quizá sacar dinero de aquí o de allá, de la baja, del paro, de la mutua, ¿no?, o cosas así*

Como afirman Bados(56), Herrera(225) y Hall(226), por citar algunas de las muchas referencias existentes, la base de la relación terapéutica es la confianza que se establece, sabiendo el paciente que el terapeuta va a hacer todo lo que esté en su mano para ayudarlo, siempre teniendo en cuenta los intereses del paciente. Si este mismo paciente oculta sus propios intereses en cuanto a los objetivos del tratamiento, siendo prioritarios para él el mantenerse de baja o el cobrar una indemnización, esa relación de confianza que se debe establecer se desmorona, estableciéndose una barrera relacional insalvable.

Algunos entrevistados expresaron que existe una *desconfianza en el sistema* por parte de los pacientes desde que la gestión de éste se ha privatizado, lo que hace que en ocasiones se desconfíe del profesional, o de que este no hace todo lo que puede por ayudar al paciente, lo que dificulta la relación entre ambos.

*Yo en la actualidad, el problema, aunque parezca una tontería, pero desde que estamos privatizados, porque como somos... éramos pública pero ahora somos privada, es: “¿cuántas sesiones me quedan?”,...*

*Y ahora es un poco, entre la crisis que hay y eso es, ese “tal que si no me vas a tratar como toca”, por el pronóstico: “si tú no me vas a hacer todo lo que necesito porque solo me vas a hacer lo que dice éste y a mí si voy a tal sitio me hace tal” y. “¿cuánto tiempo vas a estar conmigo?”... esa es la presión que yo noto hoy en día, social, que desde que empezamos con Marina Salud...*

### 1.1.3 Barreras del ambiente percibidas por los fisioterapeuta

Los participantes expresaron que algunos aspectos del ambiente en el que se desarrolló la interacción con el paciente afectaron negativamente a su percepción de la calidad de la relación terapéutica entre ambos, actuando como barreras. Estos aspectos se refirieron a dos ámbitos: *la organización del servicio*, y las *características del espacio físico*. A continuación vamos a ver cada uno de los dos ámbitos:

Los participantes estuvieron de acuerdo en que determinadas características de la **organización del servicio** de fisioterapia y su coordinación con otros servicios ejercían como barreras a la hora de establecer una relación de calidad con sus pacientes. Estos aspectos fueron *la falta de coordinación del equipo*, *el tiempo insuficiente de tratamiento*, *la excesiva ratio fisioterapeuta-paciente*, *las interrupciones en mitad del tratamiento*, *la falta de continuidad en el tratamiento*, *las listas de espera*, *las dificultades asociadas al uso de las nuevas tecnologías*, *la falta de claridad del rol del fisioterapeuta* y *la falta de autonomía profesional del fisioterapeuta*.

*-Falta de coordinación del equipo.* Los fisioterapeutas participantes destacaron durante las entrevistas la falta de coordinación con otros profesionales, sobre todo con los médicos rehabilitadores y en ocasiones con los traumatólogos, lo que acaba convirtiéndose en una barrera a la calidad de la relación.

*El señor lo verbalizaba, decía “no, me ha dicho que ya no va a ir, pero que siga viniendo”, entonces yo me quedo mirándole y le digo “¿Y entonces qué debo hacer?” y él “nada”. Y digo “Pues nada, pues sigue con tus ejercicios, yo es que, ¿qué voy a hacer si no vas a mejorar?, no sé por qué tengo que seguir ahí insistiendo”.*

*Eso es una situación de estrés en la comunicación con el paciente, el que un rehabilitador o un trauma diga una cosa y nosotros digamos lo contrario.*

El análisis de los resultados indicó que los participantes tienen la percepción de que el hecho de que cada profesional tenga su visión del tratamiento y/o del pronóstico dificulta la relación con el paciente, ya que el fisioterapeuta, que está a diario con este, no sabe qué responder a muchas de las preguntas que le realiza, pues se tiene que basar en su experiencia, y en la visión, muy a menudo diferente, de los otros profesionales que forman el equipo de salud, los cuales no están accesibles a causa de una coordinación inexistente.

Como afirma Epstein(227), los indicadores de una fuerte alianza terapéutica incluyen la confianza mutua entre todas las partes, la coordinación y continua atención de los cuidados de salud y la percepción del paciente de sentirse respetado. Epstein entiende que esa coordinación debería asegurar que los cuidados ofrecidos por los diferentes miembros del equipo van dirigidos hacia el mismo lugar y tienen el mismo enfoque terapéutico, consiguiendo de esta manera que el paciente se sienta respetado.

En este sentido, en el Documento marco para el rediseño de la Fisioterapia en Atención Primaria realizado en el 2008 por Novell *et al*(155), en el apartado “en relación con la relación con otros miembros del equipo” se cita que “para facilitar la coordinación entre proveedores que posibilite una atención fisioterápica de calidad al paciente se establecerán acuerdos y/o protocolos. Deberá establecerse al menos un protocolo de acceso y alta”. De aquí se deduce la necesidad de establecer una comunicación entre el equipo de profesionales que mejore la calidad de la información que recibe el paciente.

Entendemos que informar al paciente de su estado, tratamiento y pronóstico es del todo necesario. Como ya ha sido explicado en el presente estudio, el aumento del control de la situación por parte del paciente mejora los resultados del tratamiento(132,133), así pues entendemos el que paciente debe recibir el mismo feedback por parte de todos los miembros del equipo, siendo así la información más coherente, facilitando así el establecimiento de la relación de confianza en el equipo y mejorando la satisfacción por el tratamiento.

*-Tiempo insuficiente de tratamiento.* Los participantes hicieron referencia a que el tiempo insuficiente de tratamiento hace que el fisioterapeuta deba centrarse en este y no quede tiempo para establecer una comunicación efectiva en cuanto a resolver dudas, apoyar o motivar al paciente o explicar los ejercicios de manera profesional, lo que deriva en una barrera a la relación de calidad.

*...el paciente siempre quiere, eh... bueno lo primero que le toques, eso es fundamental, y a mí me encanta tocar, si a mí de mi trabajo precisamente es lo que más me gusta, pero claro, primero nosotros trabajamos con un tratamiento pautado por un médico rehabilitador, ya tú puedes salirte de ahí más o menos, pero bueno hay unas cosas pues que tienes que cumplir, y luego no tenemos tiempo para dedicarle al paciente todo el tiempo que precisaría, entonces claro muchas veces el paciente viene y por un dolor y le pones unas corrientes y calor y después le pones una tracción cervical y le dices “adiós, hasta mañana” y claro lógicamente el paciente pues no se va contento, claro...*

Los fisioterapeutas participantes revelaron experiencias en las cuales la falta de tiempo para realizar el tratamiento individualizado supone una barrera al establecimiento de una relación de calidad, puesto que deben centrarse en el tratamiento en sí más que en establecer una relación de confianza basada en explicaciones o consejos sobre patología o tratamiento. Si no se puede establecer una relación de comunicación mutua en la cual exista la escucha de las necesidades, sentimientos y emociones del paciente, será muy complicado que el profesional haga un seguimiento de la evolución del estado del paciente, ni que pueda establecer una toma de decisiones conjunta(228). Será complicado pues, el establecimiento de una relación terapéutica de calidad centrada en el paciente.

*-Excesiva ratio paciente-fisioterapeuta.* Los participantes explicaron unánimemente que la excesiva ratio paciente fisioterapeuta dificulta enormemente el establecimiento de una relación terapéutica de calidad, ya que en ocasiones se atiende a numerosos pacientes a la vez.



*Sí, porque el paciente te dice, por ejemplo: “llevo dos o tres días que te quiero decir, pero por no molestar y te veo siempre tan agobiada, tan no sé qué que no sé...” y yo digo: “jolín, pues habérmelo dicho tú”, “es que María José, vas...” yo no me doy ni cuenta de que voy agobiada.*

*-Interrupciones en mitad del tratamiento.* Otra de las barreras al establecimiento de una relación terapéutica de calidad que expresaron los entrevistados fueron las interrupciones que sufren por parte de otros pacientes o familiares mientras están realizando el tratamiento para informar de aspectos de la organización, listas de espera, etc.

*Claro, yo estoy trabajando y me fastidia, me fastidia muchísimo tener que dejar un paciente para tener que hablar con él cuando le puede atender la auxiliar para mirarle en qué puesto está en la lista de espera, pero bueno, se empeñó y digo: “bueno pues voy”.*

*-Falta de continuidad en el tratamiento.* Los entrevistados expresaron la dificultad que supone el parar el tratamiento con sus pacientes para cubrir las vacaciones o bajas de compañeros, por el hecho de establecer desde el principio una nueva relación terapéutica y por que los pacientes están “acostumbrados” a relacionarse con otro fisioterapeuta, de otra manera y suelen compararlos.

*Si lo ves hay gente, yo por ejemplo que estoy con otra persona, suelo trabajar con otra persona, con otro fisio, por suerte o por desgracia para unos o para otros suelen comparar, y si por suerte o por desgracia te toca estar cubriendo a tu compañero por vacaciones, o que te cubran a ti, después siempre hay “pues me hacía, pues no me hacía, pues me gustas, pues no me gustas, pues ella, pues tú...”*

Los resultados analizados arrojaron que los fisioterapeutas consideran una barrera a una relación de calidad el hecho de tener que continuar el tratamiento de un paciente que

había empezado con otro profesional, puesto que los pacientes ya están acostumbrados a una manera de tratar con su fisioterapeuta y representa un volver a empezar a ganarse la confianza, cuando además los pacientes comparan formas y maneras de trabajar y relacionarse.

En la literatura encontramos un estudio de Beattie et al(40) en el cual se resalta que los pacientes que son tratados por un solo fisioterapeuta durante todo el proceso, están más satisfechos con los cuidados recibidos que los que han sido tratados por más de un fisioterapeuta. Esto se corresponde con las experiencias de los fisioterapeutas del presente estudio, que demuestran que la relación de confianza que se establece con el profesional es uno de los componentes de satisfacción en los que se fija el paciente, y que romper dicha relación y empezar de nuevo con otro fisioterapeuta establece una barrera a esta nueva relación, no sólo por el hecho de empezar de nuevo, sino porque deben confiar en nuevos métodos tanto de tratamiento como de relación.

*-Listas de espera.* Los fisioterapeutas expresaron la dificultad que surge en el establecimiento de una relación terapéutica de calidad cuando los pacientes llegan nerviosos, enfadados, descontentos y desconfiados con el servicio por haber estado demasiado tiempo en lista de espera.

*Yo cuando veo que un paciente viene muy nervioso por lo que sea, bueno no sabes., en ese momento dices: “Lo voy a pagar yo porque viene de la consulta, no sé qué, tanto tiempo, me habéis tardado en llamar, pam, pam, pam”.*

Los participantes expresaron que debido al aumento de la lista espera los pacientes acuden muy enfadados el primer día de rehabilitación, lo que provoca una barrera al establecimiento de una relación cordial. El primer contacto que se entabla es muy complicado debido a que el estado de ánimo del paciente no facilita el entendimiento, y el profesional debe realizar un esfuerzo por calmar al paciente en un tema del que él no se considera el responsable. En los estudios de Medina-Mirapeix et al(207) y Hush et

al(229) los pacientes relatan que la espera disminuye la calidad del servicio y la satisfacción con los cuidados respectivamente, aspectos que se relacionan con el estado de ánimo con el que acuden los pacientes a rehabilitación.

De nuevo la aceptación incondicional y la empatía para comprender el estado del paciente son las herramientas con las que el profesional debería hacer frente a esta problemática, para que no surjan posteriores barreras a una relación terapéutica de calidad.

*-Dificultades asociadas al uso de nuevas tecnologías.* Los participantes expresaron que es una pérdida de tiempo el guardar la información en el ordenador. Escribir de cada paciente les quita tiempo para establecer una relación de calidad, a la vez que no pueden estar atentos a la realización de los ejercicios ni a los comentarios, ya que están concentrados en la pantalla.

*Es una barrera, no sólo de tiempo, sino que es una barrera que hace que pierdas otra información al no estar mirando al paciente...Te están hablando y yo les digo: “no, espérate, espérate que acabe aquí”.*

*A mí ya no me da tiempo, si espero a que se hayan ido todos ya no me da tiempo, yo voy haciendo cuando están, y claro estoy perdiendo el no poder estar cuando están haciendo los ejercicios, mirarles bien, corregirles, y me da mucho coraje el ordenador.*

*-Falta de claridad del rol del fisioterapeuta.* Los entrevistados explicaron que en múltiples ocasiones los pacientes no saben quién es el fisioterapeuta, ni qué hace. Parece ser que nadie les ha explicado que van a empezar a hacer ejercicios y el primer día de tratamiento deben ganarse la confianza del paciente, ya que este no sabe que empieza la rehabilitación, y deben hacer la función de médicos, psicólogos, terapeutas, explicándoles a los pacientes el pronóstico y el tratamiento que van a realizar.

*Ellos piensan que somos el rehabilitador, y muchos no tienen muy claro qué es lo que va a hacer el fisioterapeuta.... En los centros de salud pasa lo mismo, o sea que tienen bastante confusión la mayoría de gente. Y luego ya cuando hablas con el paciente por*

*primera vez, te tienes que presentar, explicarlo todo, le tienes que dar bastante CONFIANZA en que eres una persona que sabes lo que le vas a hacer, tienes que acogerlo bien para que esa persona confíe en ti*

*Ni somos psicólogos y hacemos de psicólogos , ni somos médicos y hacemos de médicos, hacemos de terapeutas ocupacionales... quiero decir hacemos de muchas cosas para las que no estamos preparados, ¿por qué?, porque nos tiramos “palante” y lo hacemos, porque atendemos a los pacientes, y les escuchamos: “tal, tal...”*

*-Falta de autonomía profesional del fisioterapeuta.* Los participantes expusieron unánimemente que la falta de autonomía para instaurar y/o variar el tratamiento, o para establecer objetivos claros en cuanto al número de sesiones era una barrera a la hora de establecer una relación de confianza, ya que el fisioterapeuta, siendo el que comparte la evolución del paciente, debe trabajar bajo unas pautas con las que en muchas ocasiones no está de acuerdo, y cuando expone sus opiniones son contradichas por el médico rehabilitador, perdiendo así la confianza del paciente.

*Porque no se nos autoriza a establecer objetivos claros y a ponerles fin, o sea: “oiga, yo voy a trabajar con usted 20 sesiones y vamos a conseguir esto”, y yo me siento capaz de decirlo en un gran número de casos, el decir: “oiga, vamos a hacer 20, 30 sesiones y usted conseguirá esto, y cuando lleguemos ahí se habrá acabado”. Pero ni estamos autorizados, y por supuesto no nos atrevemos a hacerlo. Y encima... no...*

*No estamos autorizados, porque en seguida que van a la consulta te lo contradicen, o sea que...*

Del análisis de los resultados se extrajo que los fisioterapeutas consideran la falta de autonomía profesional como una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Una de las premisas de esta es la confianza mutua, y en numerosas ocasiones esta

es complicada de conseguir ya que el profesional no puede trabajar con sus pautas de actuación, debiendo hacerlo bajo los objetivos y tratamientos pautados por el médico aunque este vea al paciente en contadas ocasiones.

Como afirman Medina-Mirapeix *et al*(218), la calidad científico-técnica es un aspecto en el cual se fijan los pacientes, “sobre todo cuando se asocia con la realización de maniobras de exploración y con la capacidad pronóstica para los tratamientos”, para percibir calidad. Otro de los aspectos, según los mismos autores, es la facilitación de información sobre el problema de salud. Cuando existe controversia entre el pronóstico y la información aportada por el fisioterapeuta y por el médico, y la opinión de este último prevalece, debiendo el fisioterapeuta continuar con el tratamiento, la confianza que se había establecido puede verse alterada. Esta puede ser una de las razones por las que, como comentan los autores del estudio, la percepción de los pacientes es que la información que aportan los fisioterapeutas es vaga e inconsistente.

La otra temática que expusieron los participantes en nuestro estudio como barreras del ambiente a una relación terapéutica de calidad fueron las *características del espacio físico* donde se realiza la atención de Fisioterapia. En concreto hablaron de la *falta de intimidad* y de la *arquitectura de la sala de rehabilitación*.

-*Falta de intimidad*. Los participantes expresaron claramente que las características de la sala de rehabilitación, un espacio abierto en el cual coinciden muchos pacientes, provoca una falta de intimidad que hace que la relación terapéutica no pueda desarrollarse en los términos de confianza y confidencialidad necesarios.

*Porque el paciente te está preguntando, y yo digo: “madre mía ahora qué le contesto si está todo el mundo escuchando” ¿sabes? Porque te preguntan.*

*Muchas veces no tenemos el espacio adecuado, porque tenemos una falta de intimidad...muchos pacientes alrededor y hay veces que no puedes decirle al paciente muchas cosas.*

De los resultados analizados se extrae que para los fisioterapeutas entrevistados el espacio físico en el cual se establece la rehabilitación en ocasiones no proporciona la intimidad necesaria para el establecimiento de una relación de calidad. En esto es algo en lo que coinciden numerosos estudios como los de autores como Medina-Mirapeix *et al*(207,230), Hush *et al*(229), cuando tratan de identificar aspectos que determinan la satisfacción de los pacientes con la calidad del servicio.

Los propios fisioterapeutas entienden que para establecer una relación de cercanía y confianza, en ocasiones contar con un espacio más personal en el cual el paciente pueda sentirse aceptado y escuchado es de vital importancia.

*-Arquitectura.* Por último, como barrera del ambiente a una relación terapéutica de calidad, los participantes expusieron que en muchas ocasiones los espacios arquitectónicos creados para mantener la intimidad del paciente en según qué momentos no son los correctos ya que están cerca de zonas de paso.

*...me explico, porque hablando de la mala ubicación, yo estoy en niños y estoy al fondo de electroterapia. Mis pacientes tienen que pasar necesariamente para entrar a su tratamiento por el centro de electroterapia. No hay una puerta.*

## **1.2 Facilitadores de la relación terapéutica de calidad percibidos por los fisioterapeutas**

Todos los entrevistados estuvieron de acuerdo en que hay aspectos que facilitaron que se estableciera una relación de calidad entre ellos y el paciente. Estos facilitadores se dividieron en tres categorías, que al igual que en el caso de las barreras a una buena calidad de la relación, se refirieron a: Profesional, Usuario, y Ambiente.

A continuación describimos cada una de estas categorías:

### ***1.2.1 Facilitadores del profesional percibidos por los fisioterapeutas***

Encontramos seis categorías expresadas por los participantes de los grupos focales como facilitadores de una relación terapéutica de calidad atribuidas directamente al propio fisioterapeuta: *características del profesional, maneras interpersonales del fisioterapeuta, proporcionar información y consejos, contacto físico, buenos resultados de tratamiento y la formación de grupos de pacientes afines.*

Los participantes estuvieron de acuerdo en que algunas *características del profesional* afectaban positivamente al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Estas características fueron la *edad y el sexo del fisioterapeuta.*

*-Edad del fisioterapeuta.* El análisis de los resultados indica que para los profesionales entrevistados la edad puede ser un facilitador del establecimiento de una relación terapéutica de calidad, afirmando que la edad que refleja experiencia favorece el establecimiento de una relación de calidad siendo la juventud, como comentamos en el apartado de las barreras, un impedimento.

*Sí, pues la gente dice, falta experiencia, acaba de salir, no sabe mucho, eso lo comentan muchísimo.*

*... yo veo que los pacientes cuando van al hospital y les toca la jovencita, o la barbie, claro, entonces te preguntan a ti, como eres la mayor...”*

*-Sexo del fisioterapeuta.* Los entrevistados expresaron que en ocasiones el sexo del fisioterapeuta influye en que el/la paciente se sienta más cómodo y facilita el establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

*Yo creo que la mujer con mujer se sienten mejor, pero no he visto ningún problema hombres conmigo, no lo he visto el problema.*

*Hay gente que está mejor más cómodo con un chico, y eso pasa, o chica, y eso sí que es así.*

Los participantes manifestaron que hay pacientes que se sienten más cómodos cuando el profesional es del mismo sexo, mientras que otros prefieren ser tratados fisioterapeutas del sexo contrario, sin que exista una norma establecida, pudiendo ser el sexo del profesional un facilitador del establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

Los entrevistados manifestaron que existen *maneras interpersonales del fisioterapeuta* que afectan positivamente al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Estas fueron la *paciencia, la amabilidad, la actitud cercana, la confianza, la accesibilidad, la implicación, la empatía, la escucha activa, el sentido del humor, el demostrar seguridad y confianza en uno mismo, transmitir positividad y el tratar al paciente como parte del equipo.*



*-Paciencia.* Los entrevistados estuvieron de acuerdo en que el mostrarse paciente durante el tratamiento con las preguntas y dificultades del paciente, era un gran facilitador de una relación terapéutica de calidad.

*Tienes que decirle todos los días, con paciencia pienso yo, a la gente mayor que .... Yo siempre les digo: “yo te voy a enseñar una serie de cosas que tú tienes que repetir hasta que yo te las cambie, si yo no te digo nada tú sigue haciendo lo mismo, si hay algo que te duela o te molesta me lo dices”, como si fuera una poesía*

El análisis de los resultados demuestra que existen experiencias de los profesionales entrevistados en que la paciencia se comporta como un facilitador de una relación terapéutica de calidad. Tarrant *et al*(231) llegan a la conclusión, en su estudio sobre factores asociados a la confianza entre pacientes y médicos de cabecera, de que mostrarse paciente es una de las cualidades interpersonales que aumenta la confianza en el profesional. Así pues, dado que la confianza es uno de los pilares del establecimiento de una relación terapéutica de calidad, entendemos que el mostrarse paciente, tal y como indican los resultados, sea un facilitador de la misma.

*-Amabilidad.* Los participantes manifestaron que el ser amable con los pacientes era un gran facilitador de una relación terapéutica de calidad.

*Por ejemplo, con los infartados, suelen ser grupos que entran los viernes dos o tres, entran con la pareja respectiva, ¿no? Entonces, yo ahí desde el principio, en cuanto entran y los siento me levanto y mirándoles a la cara les das la mano. Ahí se quedan como diciendo... la verdad, se extrañan*

*Que sepas escuchar, sí que sepas escuchar, que seas amable con ellos.*

Al analizar los resultados observamos cómo los profesionales entrevistados relatan que la amabilidad parece facilitar el establecimiento de una relación terapéutica de calidad, especialmente durante la primera visita, ya que el paciente se siente acogido y reduce el

estrés que conlleva una situación nueva. En referencia a esta percepción, en el estudio de Praestegaard y Gard(214), los fisioterapeutas entrevistados relatan la importancia de mostrarse amables, profesionales y dar sensación de confianza durante el primer encuentro con el paciente. Shields *et al*(232) afirman que los pacientes relacionan el mostrarse amable con satisfacción con los cuidados.

Parece evidente que en una relación terapéutica centrada en el paciente, en la cual el respeto y la confianza son imprescindibles, la amabilidad con la persona que se tiene enfrente, que además acude a rehabilitación en clara situación de necesidad de ayuda, implicará un aumento de la satisfacción con los cuidados recibidos, por lo tanto será vista como un facilitador al establecimiento de una relación terapéutica de calidad centrada en el paciente.

*-Actitud cercana.* Al igual que con la amabilidad, los fisioterapeutas entrevistados expresaron que el ser cercano, mantener una actitud de “*estar ahí*”, que el paciente se sienta acompañado en el proceso, es un facilitador al establecimiento de las relaciones terapéuticas de calidad.

*Pero aunque no los toques, a mí me ha pasado con pacientes que no he llegado a tocar, que el tratamiento no... pero el simple hecho de escucharle en un momento, de preguntarle qué tal estás todos los días, de desearle un buen... o sea, el estar ahí*

Los resultados analizados demuestran que existen experiencias de los fisioterapeutas participantes en las que el mostrarse cercano y que el paciente entienda que puede contar con él como persona que hará lo posible por ayudarlo en el proceso, es un gran facilitador al establecimiento de una relación de calidad.

Numerosos autores hablan de la vinculación existente entre el ser cercano y la mejora en la alianza terapéutica, como Pinto *et al*(212); entre una actitud cercana y una actitud de aceptación incondicional, Patterson y Stephen(124); entre un terapeuta cercano y la mejora de la calidad de la interacción con él, Del Baño *et al*(44); entre una actitud cercana y la satisfacción con los cuidados de fisioterapia, Hush *et al*(14); y entre un terapeuta cercano y la mejora en la manera de educar en salud, Dreeben(233).

Los estudios a los que nos hemos referido explican que las experiencias de los participantes en cuanto a que una actitud cercana facilita la calidad de la relación con los pacientes es del todo cierta. Mostrarse cercano y que el paciente sepa que estás ahí para ayudarlo, es una forma de demostrar aceptación incondicional ofreciendo apoyo durante el proceso de rehabilitación, que servirá como forma de motivación, como un “no estás solo en esto”.

*-Confianza.* Los entrevistados expresaron que la confianza es una condición necesaria que se debe trabajar para establecer una relación terapéutica de calidad, llegando a relatar que en ocasiones el paciente llega a confiar mucho en el fisioterapeuta, tanto a nivel profesional como personal.

*Si con un paciente normal un vínculo es suficiente como para que te deje llegar a él y tratarlo, en un paciente con problemas ginecológicos todavía más.... Metemos la mano en muchísimos casos, pero antes hay que ganarse esa confianza de esa paciente.*

*...el enfermo llega a confiar muchísimo con el “fisio”...*

*Personalmente un enfermo habla de cosas de la vida diaria, llegas a intimar mucho de problemas que tiene, llegas a ser mucho un poco confesor de la persona que estás tratando.... : “¿no pensáis que la gente está a veces muy sola?”*

El análisis de los resultados indica que para los fisioterapeutas obtener la confianza del paciente es una gran facilitador para el establecimiento de una relación terapéutica de calidad, ya que es un puente entre las dos partes de la relación. Thom afirma que confiar en el otro hace referencia a la expectativa de que este otro se comporta de una manera beneficiosa, o al menos no perjudicial, y permite tomar riesgos en base a esta expectativa(112). Es por esto que la confianza en el fisioterapeuta que va a ayudarte durante el proceso nos parece primordial. Ha demostrado ser un factor que influye en muchos procesos terapéuticos como son la aceptación incondicional del paciente(234), mejora de la alianza terapéutica y de la aceptación de recomendaciones terapéuticas(235), mejora en la autonomía del paciente(236), mejora de los síntomas y la satisfacción con la atención médica(111), y facilita la toma de decisiones compartida(150,228).

Debido a la importancia que ha alcanzado, ha sido ampliamente estudiada en los últimos años. Tanto es así que en la revisión sistemática llevada a cabo en el año 2013 por Brennan *et al*(111), que trata sobre la confianza en la relación entre el médico y el paciente, los autores incluyen 596 artículos realizados en los Estado Unidos. Estos mismos autores se asombran de la importancia que en los últimos años ha adquirido esta temática al asegurar que en la anterior revisión, llevada a cabo en 2004, solo se incluyeron 88 estudios.

Como afirman los fisioterapeutas participantes en este estudio, la confianza que depositan los pacientes en ellos es de vital importancia para el desarrollo de una relación terapéutica de calidad, pero si hablamos de relación terapéutica centrada en el paciente, creemos necesaria que sea el fisioterapeuta el que confíe en el paciente. Llama la atención el hecho de que en la revisión de Brennan antes comentada, menos del 5% de los 596 estudios incluidos enfocaban el tema de la confianza del médico en el paciente, y sólo 1 la medía(111). Thom *et al*(112) afirman que la confianza del médico en el paciente parece mejorar la confianza del paciente en el médico, mientras que la falta de confianza del médico en el paciente es percibida como negativa y afecta a los comportamientos de este. Entendemos que la confianza mutua aumenta la cooperación y reduce la necesidad de que sea el fisioterapeuta el que vigile constantemente los ejercicios durante el tratamiento.

Por otro lado, la confianza que el fisioterapeuta deposita en el paciente creemos que debería ir acompañada de una actitud empática, que permita comprender cuándo el paciente se equivoca o no actúa de manera adecuada, de una aceptación incondicional en las capacidades del paciente, sin juzgarlas ni valorarlas en ningún momento, y de una actitud de autenticidad, demostrando congruencia entre la confianza demostrada y las acciones que desarrollamos para conseguirla.

*-Accesibilidad.* Los participantes expresaron que el hecho de que los fisioterapeutas estén accesibles diariamente y acompañen la evolución del paciente es una condición que aumenta la calidad de la relación terapéutica. Explicaron que, si además de la accesibilidad diaria, el profesional se muestra accesible en el trato, los pacientes vuelcan sus dudas y temores en él, lo que ayuda a aumentar la confianza y la calidad de la relación.

*... porque saben que tú no eres médico, pero saben que sabes un poco de esto, un poco de aquello y que y si no pues a lo mejor se lo vas a preguntar a alguien que sepa, entonces, somos muy accesibles.*

*El que somos muy accesibles. Tú por ejemplo vas al médico y vas media hora, media hora el que va, o cinco minutos y si se te olvida algo ya no puedes volver a entrar, la oportunidad la has perdido, entonces, nosotros estamos todos los días allí y...*

*-Implicación.* Los participantes relataron que el hecho de que los pacientes constaten que el fisioterapeuta está implicado en su proceso, “*está ahí*” para ayudarles y para hacer todo lo que esté en su mano para mejorar su salud, es una condición muy importante para que se establezca una relación terapéutica de calidad.

*Yo creo que el paciente me siente entregada, pues no lo sé, yo me entrego, es la manera que tengo de hacerlo, ¡je, je, je!, por mi actitud supongo, que es, no sé, pero al final el paciente se va convencido de que yo dentro de las posibilidades que tengo, ya sabemos cómo está el tema, he hecho todo lo posible por ayudarle a mejorar, yo creo que sí.*

Los participantes en el estudio relataron experiencias en las cuales el tener una actitud de implicación total en el proceso de tratamiento del paciente mejora la calidad de la relación. Entendemos que si la relación terapéutica trata de crear un equipo en el cual sus componentes tengan objetivos comunes, la implicación por parte de ambos en la consecución de los mismos facilitará el proceso. Una forma de motivar al paciente a implicarse en el tratamiento es que este observe que el fisioterapeuta lo está también, con lo que la implicación por parte del fisioterapeuta se convertirá en un facilitador al establecimiento de una relación de calidad centrada en el paciente.

*-Empatía.* Los fisioterapeutas participantes expresaron la importancia de la actitud empática en sus entrevistas, hablaron de lo importante que es comprender al paciente y mostrarle que lo has comprendido.

*Que le escuches y que les toques y que los entiend... y que los escuches y que los comprendas*

Del análisis de los resultados se extrajeron experiencias en las cuales los fisioterapeutas sienten que el comprender al paciente desde su marco de referencia facilita el establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Estas experiencias hablan de comprender a la persona, no solo en lo referente a la patología sino desde un marco biopsicosocial en el cual, como afirman Sanders *et al*(61) las experiencias sociales, culturales y ambientales dan forma a la respuesta del individuo ante su enfermedad.

Por otro lado hay que tener en cuenta que entender a la persona es del todo necesario, pero es imprescindible hacerle ver que la hemos comprendido, porque si no se recibe este mensaje, de nada sirve el esfuerzo anterior.

La actitud empática del profesional se relaciona con un paciente que habla más de sus síntomas, lo que permite hacer diagnósticos más precisos, aumenta el grado de satisfacción y adherencia al tratamiento(98), ayuda en el tratamiento de pacientes ansiosos disminuyendo la sintomatología(99), y mejora la autoeficacia percibida por el paciente(100).

La empatía es la base de la relación terapéutica centrada en el paciente, ya que a través de la actitud empática hacemos ver que hemos comprendido los estados emocionales del paciente y le comunicamos dicha comprensión. En los grupos focales los fisioterapeutas hablaron de la importancia que para los pacientes tiene sentirse comprendido (*...se sienten mejor si los comprendes*), de intentar comprender por el bienestar del paciente, o como un trato humano que forma parte de la profesión del tratar con personas. Pero el concepto de empatía, de comprender qué le pasa al paciente, por qué cree que le pasa eso y qué objetivos busca en la rehabilitación, para poder formar un equipo y desde ahí trabajar juntos para conseguirlos, esa comprensión profesional no queda reflejada en los grupos focales.

*-Escucha activa.* Los participantes expusieron que la escucha activa, no sólo en cuanto a términos de tratamiento y patología, sino en temas personales también, es fundamental en el establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Relataron que a partir de esta escucha el paciente aumenta su confianza en el terapeuta y mejora su implicación en el tratamiento.

*Yo creo que también valoran mucho que les escuches.*

*La gente necesita mucho hablar y que los escuches, entonces, si sabes escuchar...*

El análisis de los resultados arrojó que los fisioterapeutas consideran que escuchar facilita el establecimiento de la relación terapéutica. Entienden que los pacientes acuden a rehabilitación con la necesidad de hablar, y que hay personas que están muy solas.

*...¿no os da la sensación de que hay personas que están muy solas?.*

Se habló de que escuchar facilita la comunicación, se utilizaron términos como *saber escuchar*, pero no se habló del concepto de escucha activa, de recibir, procesar y emitir respuestas de escucha, de hacer saber al paciente que le entendemos.

Uno de los problemas que encontraron los profesionales es que después de escuchar el paciente espera que se le solucione el problema, y esto les limita a la hora de escuchar ciertos temas que preocupan al paciente, sobre todo aquellos para los que el profesional no tiene respuesta.

*lo que pasa es que creo que hay facetas en las cuales puedes escuchar, pero creo que hay que dar soluciones, porque nos esperan una solución, y hay veces que no puedes dar eso.*

Esta sensación de tener que responder a las demandas del paciente quizá esté influenciada por que el profesional escucha desde su propio marco de referencia, en posición de experto, lo cual según Iberg(115) es una de las principales barreras a la escucha activa, cuando es probable que el paciente solo necesite ser comprendido y aceptado. La solución aportada a este problema por otro participante dentro del mismo grupo focal, fue aconsejar:

*no es que les vayas a dar una solución aquí, la panacea, pero en ese momento a ellos les vale, luego las soluciones como luego tú si quieres las tomas y si no las dejas.... Pues un pequeño consejo a ellos les gusta.*

Quizá esta sensación de tener que responder a todas las demandas del paciente sea una barrera del propio profesional al establecimiento de una relación de calidad, puesto que lo más honesto y auténtico sería responder a aquellos temas en los que realmente tengas capacidad de ayuda. Si entendemos, como afirma Rogers(67), que “la escucha activa significa dar atención total a la otra persona y decirle que nos interesa y preocupa”, quizá podamos llegar a la conclusión de que el mero hecho de atender a las palabras del otro ya es una respuesta, y el inicio de una relación de ayuda.

*-Sentido del humor.* Los participantes expresaron que en ocasiones el tratar ciertos asuntos con sentido del humor, desdramatizando y creando un clima de trabajo desde la positividad del buen humor es necesario para relajar el ambiente de la sala y ayudar a que el proceso de tratamiento sea más llevadero. Esto aumenta la confianza y la calidad de la relación.

*Yo lo que he notado con los años es el sentido del humor, utilizar el sentido del humor, tomártelo todo así y al final se va sonriendo y pidiendo disculpas, con su dolor y su malestar por estar en lista de espera, pero bueno cambian.*

Del análisis de los resultados se extrae que los fisioterapeutas utilizan el humor como vehículo para relajar el ambiente y evitar que existan conflictos. Esto está en consonancia con los resultados del estudio de Thomson(237), el objetivo del cual fue encontrar el significado y la función del humor en Fisioterapia. El autor concluye que el humor es un recurso para evitar confrontaciones, siendo un medio para iniciar la negociación. Así



pues, sin duda encontramos el humor como un facilitador al establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

*-Demostrar seguridad y confianza en sí mismo.* Este aspecto fue relatado por los fisioterapeutas participantes como básico para establecer el clima de confianza necesario con el paciente, sobre todo al inicio del tratamiento, lo que facilita una relación de calidad.

*Y luego ya cuando hablas con el paciente por primera vez, te tienes que presentar, explicarlo todo, le tienes que dar bastante CONFIANZA en que eres una persona que sabes lo que le vas a hacer, tienes que acogerlo bien para que esa persona confíe en ti.*

*...que al principio sí, te vea segura de lo que le estás diciendo y haciéndole, porque si empiezas a dudar, malo.*

Tras el análisis de los resultados los participantes expresaron tener la percepción de que el demostrar confianza y seguridad en sí mismos mejora la confianza que se establece en la relación, actuando como un facilitador de la misma. En el estudio de Praestegaard *et al*(214), los fisioterapeutas participantes indican la necesidad de demostrar confianza para obtener la confianza del paciente. Entendemos que para establecer una relación terapéutica centrada en el paciente en la cual la confianza mutua es primordial, el hecho de que el profesional muestre confianza en sus posibilidades y en que puede ayudar al paciente a resolver su problema es del todo necesario. Así lo entienden los participantes de los grupos, que llegan a afirmar:

*...que te vea dudando puede restar confianza...*

*-Transmitir positividad.* Los participantes expresaron que intentar mirar el lado bueno de las cosas y transmitir o centrarse en las mejoras más que en las pérdidas del proceso, aumenta la motivación del paciente por el tratamiento, hace que el paciente valore lo que está haciendo y que encuentre cercanía con el profesional, lo que se convierte en un facilitador de una relación terapéutica de calidad.

*... yo me doy cuenta que los pacientes lo que más valoran aparte del trato, y que también ellos te preguntan, bueno la confianza que les das de que vas a mejorar, de que... vale, y ellos te preguntan: “¿y esto cómo va a quedar?”, y les dices: “va a quedar mejor, finalmente vas a conseguir una... perfecto no...”, pero tú les estás dando ya una actitud positiva que, además yo quiero que el paciente tenga una actitud positiva y no negativa respecto al proceso*

Los participantes expresaron sus percepciones acerca de la importancia que tiene para ellos el comunicar aspectos positivos del proceso siempre destacándolos por encima de los negativos. Según explica Hofstadt(128) en su guía de técnicas de comunicación para profesionales de Enfermería, el profesional debe mantener una actitud positiva siempre hacia el paciente, destacando los aspectos positivos en primer lugar a la hora de ofrecer información sobre el proceso.

Entendemos que en procesos largos como algunos tratamientos de fisioterapia donde la mejoría es lenta, el expresar sensaciones positivas, haciendo hincapié en lo que se ha conseguido en vez de destacar lo que queda por recorrer, es necesario para mantener al paciente motivado e implicado en el proceso doloroso. Así pues, este tipo de actitudes parecen actuar como facilitadores al establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

*-Tratar al usuario como parte de un equipo.* Los participantes expresaron que el tratar de formar un equipo con el paciente, en el cual los dos vamos a trabajar para conseguir mejorar su salud, es un facilitador del establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

*...además les encanta que les digas: “bueno, pues esto ya lo tenemos bien”, o sea, que hables en plural, como que es cosa de los dos.*

Los fisioterapeutas participantes refirieron percepciones en las cuales el hecho de tratar al paciente como parte de un equipo mejoraba la calidad de la relación, ya que indica al

paciente que no es un ente pasivo en el proceso sino que es partícipe del mismo, y que su trabajo y colaboración activa son de gran importancia, lo que aumenta la motivación por el tratamiento, al recibirlo como un refuerzo positivo.

Bados(56) afirma que “terapeuta y cliente deben experimentar un sentimiento de “nosotros” y constituir un equipo, una alianza en el trabajo conjunto hacia la consecución de los objetivos terapéuticos”. Este sentimiento de alianza al que se refiere Bados, parece ser el mismo que indican los participantes en el estudio. El lenguaje en plural vendría a ser una manera de crear una alianza terapéutica que ayude al establecimiento y consecución de objetivos conjuntos. Este lenguaje y consideración de equipo parece ser un facilitador del establecimiento de una relación de calidad centrada en el paciente.

Los fisioterapeutas participantes manifestaron que **proporcionar información y consejos** al paciente afecta positivamente al resultado del establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

*...dar información a ellos en un momento en que están... en ese momento es prioritario más que otras cosas para ellos.*

*...pues supongo que en la manera de hablarle el primer día y de explicarles es importante para ellos, ¿no? El hecho de que el primer día yo me los sienta delante y les diga: “mira, esto es lo que vamos a hacer, yo me llamo tal, soy tu fisioterapeuta, esto es lo que vamos a hacer”, ehhhh, la manera de darles la información, supongo que ya es fundamental.*

Los participantes relataron experiencias y percepciones en las cuales el informar al paciente sobre su tratamiento y pronóstico mejoraba la calidad de la relación terapéutica, ya que el hecho de informar disminuye la incertidumbre con la que llega el paciente a la rehabilitación, sobre todo al principio, y mejora la confianza del paciente en la persona que le va a tratar, que sabe lo que le pasa.

En este sentido Potter *et al*(16) señalan que se espera que los fisioterapeutas demuestren un comportamiento profesional en el que se incluye la enseñanza de estrategias de autoayuda, y Del Baño *et al*(44) identifican como percepciones de los pacientes que la disposición de los fisioterapeutas a proporcionar información y educación acerca de su tratamiento y estado de salud mejora la calidad de la interacción.

Engers *et al*(135) afirman que el proporcionar información y consejos sobre el tratamiento y la evolución de la patología acorta el tiempo de tratamiento gracias a la comprensión y al control que el paciente adquiere sobre su patología. En una relación terapéutica centrada en el paciente una de las labores del fisioterapeuta será la de dotar al paciente de las herramientas necesarias para aumentar su autonomía. Recordemos, como afirman Elwin *et al*(145), que la primera fase de la toma de decisiones conjunta consiste en la transmisión de la información técnica necesaria para ayudar al paciente a decidir sus preferencias teniendo en cuenta la mejor evidencia posible y existente. Así pues las explicaciones claras sobre patología y tratamiento ayudan al paciente a entender qué le pasa, por qué, y cuáles son las diferentes opciones de tratamiento, para que elija la que más se adapta a sus características. Esto hará que el paciente se sienta más motivado por seguir el tratamiento que ha elegido y que se ve capacitado para realizar. Sobre estas explicaciones va creciendo el control del paciente a la par que el equipo que debe formar paciente-fisioterapeuta. En este sentido Oliveira *et al*(238) afirman que la terapia centrada en el paciente y la toma de decisiones conjunta se consideran efectivas para aumentar la autonomía y satisfacción del paciente con los cuidados de salud. En el capítulo del presente estudio dedicado al dolor crónico queda reflejada la tendencia actual a educar en el dolor como forma de tratamiento del dolor crónico puesto que como afirman Sanders *et al*(61), las creencias que el paciente tiene sobre el dolor determinan su comportamiento ante este. Así pues creemos que las explicaciones claras y consejos sobre el tratamiento y patología pueden estrechar la relación fisioterapeuta-paciente facilitando su calidad.

Los participantes expresaron que el **contacto físico** facilita la instauración de una relación terapéutica de calidad. Explicaron que ese contacto forma parte de la comunicación no verbal y que estrecha la relación entre el paciente y el profesional, que en ese momento se comunican mediante el tacto.

*... es que aparte de explicar las cosas, tocamos...pero eso es parte de la comunicación y están mucho más cerca de nosotros, que nos ven más cercano, que eso crea un vínculo afectivo que nadie más consigue, eso es una cosa que tenemos, indudable, vamos. “Pues eso es la comunicación con las manos.*

*Porque cuando no hay un tema de contacto, porque también es verdad que a los que a lo mejor no tienes más terapia manual y eso, es otro, otra relación.*

Los fisioterapeutas entrevistados relataron experiencias donde el tocar al paciente es un facilitador de una relación terapéutica de calidad debido a que estrecha lazos entre el profesional y el paciente al existir un contacto físico. En el estudio de Greenfield *et al*(209), los participantes expresan que el tocar tiene una influencia en su comunicación con los pacientes ya que hace que estos estén más cercanos y dispuestos a expresarse con ellos, y que la forma que tiene el fisioterapeuta de demostrar sus cuidados es a través del contacto. Parece ser que el contacto físico entre el fisioterapeuta y el paciente es un canal más de comunicación no verbal que pocas profesiones tienen y que facilita la confianza en el profesional, comportándose como un facilitador al establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

Otro de los facilitadores a una relación terapéutica de calidad son los ***buenos resultados del tratamiento***. Los participantes relataron que cuando los resultados son buenos y el paciente se siente mejor la relación mejora y aumenta la calidad de la misma.

*Bueno y cómo les haces el tratamiento también, cómo se sienten después del tratamiento..., sí... si mejoran, si la cosa... eso y el trato también, claro.*

Los participantes relataron que según sus experiencias cuando el paciente obtiene buenos resultados del tratamiento esto mejora la calidad de la relación terapéutica, ya que el paciente en general está satisfecho con los cuidados que se le han prestado. Autores como Dibbelt *et al*(17) afirman que es la buena interacción entre el profesional y el paciente la

que predice buenos resultados a largo plazo, mientras que en el estudio de Gyllensten *et al*(239), en el que se investigan los factores más importantes que influyen la calidad de la interacción desde la percepción de los fisioterapeutas, los resultados del tratamiento no parecen ser un factor importante que influya el establecimiento de una relación de calidad. Siguiendo con el repaso a la literatura, en el estudio de Jenkinson y Coulter(240) los autores afirman que el estado de salud no parece ser importante para los pacientes ingresados en hospitales de Escocia a la hora de evaluar la calidad de los cuidados, siendo el confort físico, el soporte emocional y el respeto por las preferencias del paciente los ítems más valorados. Por otro lado, en el estudio de Del Baño *et al*(44) sobre las percepciones de calidad de los pacientes de los servicios de rehabilitación, se afirma que la experiencia técnica del profesional es valorada como un ítem de calidad, puesto que existe la percepción de que este profesional restablece antes el estado funcional del paciente, por lo tanto obtiene mejores resultados del tratamiento. Por último, en la revisión de Hush *et al*(229) sobre la satisfacción con los cuidados en Fisioterapia, se indica que mientras los pacientes agudos relacionan satisfacción con resultados que mejoran sus expectativas, en los pacientes crónicos la satisfacción es menor puesto que acuden a rehabilitación con expectativas poco realistas, por lo que los resultados no suelen ser buenos y esto disminuye la satisfacción con los cuidados recibidos.

Con todo lo expuesto parece posible que los buenos resultados terapéuticos sean un factor facilitador de una relación terapéutica de calidad, pero la inconsistencia mostrada por la literatura nos hace pensar que no son solo los resultados obtenidos, sino que es el hecho de que se cumplan las expectativas del paciente en relación a los resultados esperados lo que facilitará la relación con el fisioterapeuta. Aquí aparece entonces la importancia de conocer qué es lo que piensa el paciente sobre su patología y qué expectativas de resultado tiene, para establecer unos objetivos comunes y realistas, lo que sin duda mejorará la calidad de la relación que se establezca entre los dos.

Los participantes expresaron que en ocasiones la *formación de grupos de pacientes afines* en cuanto a tratamiento y/o patologías mejoraba el ambiente de la sala de rehabilitación y la relación que se establece entre ellos y con el fisioterapeuta.

*Todos tenían una cosa en común e hicieron una piña, es decir, tenían parte del corazón...  
y yo creo que está muy bien el ambientillo.*

*eso arrastra, porque normalmente a los hombres no les gusta que les digas, sin embargo  
en los dos últimos grupos que había dos mujeres muy acaparadoras, los dos hombres  
estaban encantados de la vida con ellas.*

### 1.2.2 Facilitadores del paciente percibidos por los fisioterapeutas

Los fisioterapeutas participantes en los grupos focales relataron que ciertas características de los usuarios facilitaban que se estableciera una relación terapéutica de calidad. Estas fueron las *expectativas sobre el tratamiento y/o la evolución y la afinidad con el fisioterapeuta*.

Los participantes relataron que el hecho de que los pacientes tuvieran unas **expectativas sobre el tratamiento y/o la evolución** de su patología favorables y acordes a su estado y capacidades resultaba ser un facilitador del establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

*Yo tengo más casos de los otros como si dijéramos, que de los de que no quieren venir.*

*Más casos de que ya le ha dicho la vecina que le vamos a curar.*

Los participantes de los grupos focales relataron percepciones en las cuales cuando el paciente acude a rehabilitación con unas expectativas sobre el tipo de tratamiento que va a realizar (terapia manual, electroterapia, terapia activa, etc) o sobre la evolución y pronóstico, facilita el establecimiento de una relación de calidad, puesto que los dos empiezan el proceso con los mismos objetivos y se impiden las frustraciones que podrían surgir de no alcanzarse las expectativas.

Entendemos que este tema fue discutido en el apartado de Facilitadores del profesional, donde los buenos resultados de tratamiento parecían ser un facilitador al establecimiento de una relación terapéutica de calidad, incidiendo en que no son los buenos resultados del tratamiento, sino la consecución de las expectativas con las que el paciente llega a la rehabilitación, o en su defecto, las expectativas u objetivos que marquen entre el fisioterapeuta y el paciente.

Los fisioterapeutas explicaron que en las ocasiones en que el paciente tiene *afinidad con el fisioterapeuta* se facilita el establecimiento de una relación terapéutica de calidad.



*De hecho cuando a un paciente no le caes bien, tú no le caes bien y eres malísima, y no tienes el “feeling” y eres fatal. Y no es a lo mejor porque, a lo mejor el tratamiento era ultrasonido, TENS y tal, o sea... O da igual, terapia manual, has hecho lo mismo a uno que a otro, pero...*

Los fisioterapeutas participantes explicaron percepciones en las cuales al paciente no le cae bien el profesional y no pueden hacer nada para cambiar la situación. Primero atribuyen esta falta de “feeling” a que los pacientes prefieren ser tratados mediante un trabajo individualizado de terapia manual, y que a los que no les aplican este tipo de tratamiento se sienten discriminados o sienten que el tratamiento que se les aplica es peor que el de otros pacientes. Esto podría hacer que el “feeling” con el profesional fuera malo. Pero parece ser que a igualdad de tratamiento, si al paciente le cae mal el fisioterapeuta ya no pueden hacer nada para cambiar esta situación.

Según afirma Knobe(241), parece ser que las creencias y consideraciones morales propias de cada uno determinan el juicio de la realidad y el cómo actuar ante los demás. Según este mismo autor existen estudios experimentales que demostrarían que los juicios morales de las personas afectan a su manera de actuar y relacionarse(242). Esto podría explicar el porqué con determinadas personas no se pueda establecer el “feeling” necesario desde el primer contacto, por juicios morales o creencias preestablecidas con las que acude el paciente a rehabilitación. Entendemos que si esto es así, el fisioterapeuta debe utilizar las herramientas de la relación terapéutica centrada en el paciente para no juzgar al paciente, demostrando una aceptación incondicional, y mostrarse empático y auténtico para conseguir, a pesar de las trabas de inicio, instaurar una relación terapéutica de ayuda.

### 1.2.3 Facilitadores del ambiente percibidos por los fisioterapeutas

Los participantes de los grupos focales percibieron en las entrevistas que existen características del ambiente que favorecen y facilitan el establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Estas están relacionadas con las *características del espacio físico y la organización del servicio*.

Los participantes estuvieron de acuerdo en que existen determinadas *características del espacio físico* que facilitan el establecimiento de la relación terapéutica, estas fueron los espacios que favorecen la *intimidad* y los que favorecen un *ambiente emocional*.

En los grupos focales los fisioterapeutas expresaron que los momentos de *intimidad* generados durante determinados tratamientos individuales en estancias cerradas facilitan el establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

*Sí porque el ultrasonido además suele ser una habitación cerrada, el resto de gente se queda fuera, entonces ahí en el ultrasonido es...*

*Pero me siento muy cómoda cuando estoy ahí tratándole cara a cara, movilizándole una muñeca, o sea cuando puedes estar tú hablando con él.*

Los participantes entrevistados relataron que el hecho de poder tener momentos de intimidad con los pacientes en los cuales pueden acercarse y generar confianza a través de un diálogo más personalizado facilita la calidad de la relación terapéutica. En este sentido reseñaron que mientras realizan el tratamiento con el ultrasonido en el box, o durante las movilizaciones, son momentos adecuados para establecer esta forma de comunicación. Por los motivos que destacamos en el tema de barreras al establecimiento de una relación de calidad cuando hablamos de la falta de intimidad, entendemos que el tener intimidad es un factor facilitador del establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

Los participantes entrevistados expresaron que la creación de un *ambiente emocional* en la sala de rehabilitación se entendía en ocasiones como un facilitador al establecimiento de una relación terapéutica de calidad, ya que los pacientes se animan unos a los otros y el ambiente en la sala hace que el paciente se sienta bien y motiva a trabajar.

*Yo te puedo decir que el último grupo que acabamos el viernes es una satisfacción y una retroalimentación para mí, en mi caso impresionante, porque en el de ellos justamente ese grupo fue muy dinámico y entre ellos se convencieron, y decían: “pues yo voy a un nutricionista para que me haga una dieta”, y el otro: “pues yo voy a” .....y fue espectacular para ellos. Yo hago de mediadora*

*...y entre ellos hacen una terapia también ahí de grupo, hablando entre ellos y animándose.*

Los fisioterapeutas participantes relataron experiencias vividas en las cuales la presencia de otros pacientes en la sala de rehabilitación hace que entre ellos se animen y se cree un ambiente motivador donde unos se animan a los otros favoreciendo la interacción entre todos. Este ambiente distendido y de compañerismo facilita el establecimiento de una relación terapéutica de calidad. No hemos encontrado estudios referentes a esta cuestión en la literatura científica. Entendemos que este concepto puede ser facilitador de una relación terapéutica de calidad siempre que este ambiente sea controlado por el profesional.

Los participantes expresaron que una característica de la *organización del servicio* facilita el establecimiento de una relación terapéutica de calidad, esta fue la *continuidad y frecuencia del tratamiento* de Fisioterapia, sobre todo en aquellos casos en que se alarga en número de sesiones, facilita el establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

*Es que si sumamos las horas que ellos pasan con nosotros durante las veinte sesiones que a veces son cuarenta, y a veces... es decir, que prácticamente se pasan... ... entonces ya hay una relación... se habla un poco de todo, y ya incluso te preguntan por el dolor del marido o del hijo que le ha pasado esto o aquello, como todos sabéis. Es decir, que ya la confianza ha llegado hasta ese nivel.*

Los fisioterapeutas entrevistados expresaron que la continuidad en los cuidados y la duración de algunos tratamientos en cuanto a número de sesiones hacen que surja una relación de confianza por la frecuencia con que se encuentran en rehabilitación, facilitando la instauración de una relación terapéutica de calidad. Entendemos que esto es así, como quedó reflejado en el tema de barreras del ambiente al establecimiento de una relación de calidad.

## 2. Experiencias y percepciones de los pacientes de los servicios sanitarios públicos sobre la calidad de la relación terapéutica con el fisioterapeuta

A partir de los listados de los fisioterapeutas responsables del reclutamiento de pacientes de los centros colaboradores se identificaron 308 potenciales participantes en el estudio. Se tomó como muestra a los 308 potenciales participantes. De estos potenciales participantes, 262 declinaron participar, bien porque no aceptaron participar en el estudio o porque alegaron no poder acudir a la entrevista en el horario que había sido programado. A la fecha del recordatorio, 46 sujetos estaban dispuestos a participar. De ellos, a 6 sujetos les emplazamos para otro posible grupo focal, puesto que ya teníamos asegurada la asistencia de un número suficiente de participantes (8). Sin embargo, no fue necesario citarles para un nuevo grupo focal, ya que esto ocurrió en el cuarto grupo focal realizado, y tras el análisis del mismo se alcanzó la saturación de información por lo que no se realizaron nuevos grupos focales. De los 40 pacientes citados en el momento del recordatorio, 9 no acudieron a las reuniones.

En la figura 3 se representan los casos identificados y/o participantes en cada una de las fases de selección para los grupos focales.

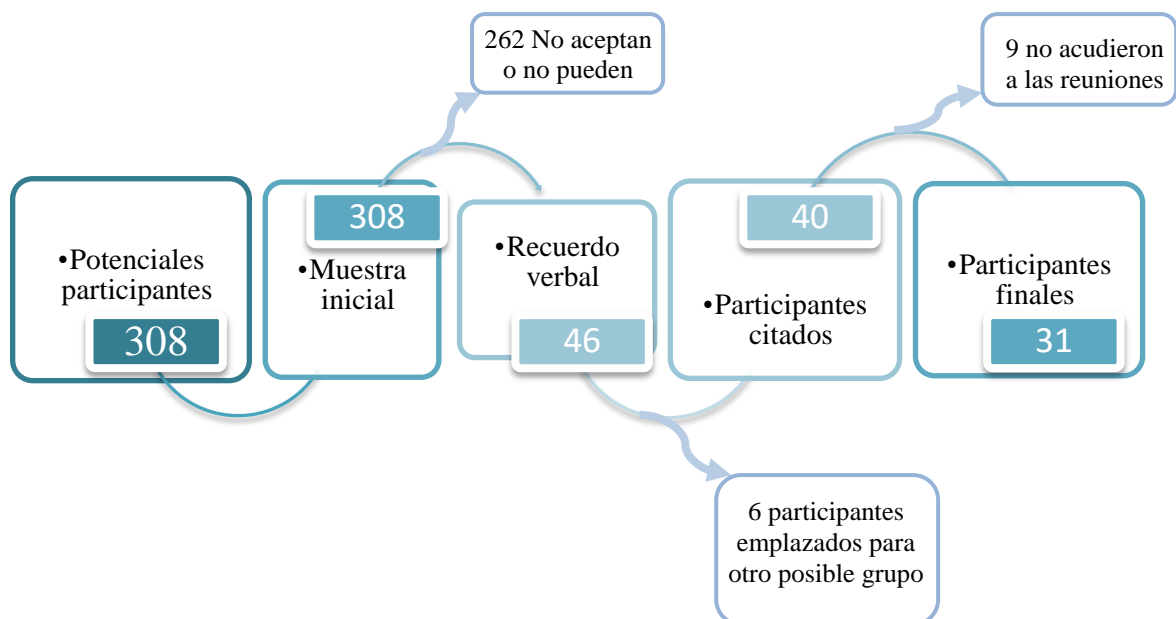


Figura 3. Diagrama secuencia de reclutamiento de pacientes

Finalmente 31 sujetos participaron en este estudio, distribuidos en 4 grupos (con una media de 8 personas por grupo). Las características de los entrevistados se describen en la tabla 7.

*Tabla 7. Características de los participantes en los grupos focales de pacientes.*

CARACTERÍSTICAS	N°	%
<b>Características de los pacientes participantes</b>		
<b>Género</b>		
Mujer	21	67'74
Hombre	10	32'26
<b>Edad</b>		
Media	52,71	
DE	14'93	
<b>Tiempo en tratamiento (semanas)</b>		
Media	27	
DE	76,86	
<b>Nivel estudios</b>		
Sin estudios	19	61'29
Secundarios	10	32'25
Universitarios	2	6'46
<b>Patología</b>		
Osteomuscular	21	67'74
Neurológica	10	32'26

Las entrevistas grupales realizadas permitieron que los pacientes participantes expresaran sus experiencias y percepciones sobre la atención de fisioterapia recibida asociadas a un juicio de calidad de la relación terapéutica con el fisioterapeuta. Los usuarios refirieron experiencias en las cuales percibieron que la calidad de la relación con su fisioterapeuta mejoraba, así como otras en las que surgían problemas en esta.

Estas experiencias y percepciones fueron agrupadas en dos temas: *Barreras* y *Facilitadores*. Dentro de cada uno de estos dos temas surgieron tres subtemas. En la *tabla 8 se exponen los temas, subtemas, y las categorías identificadas para cada subtema.*

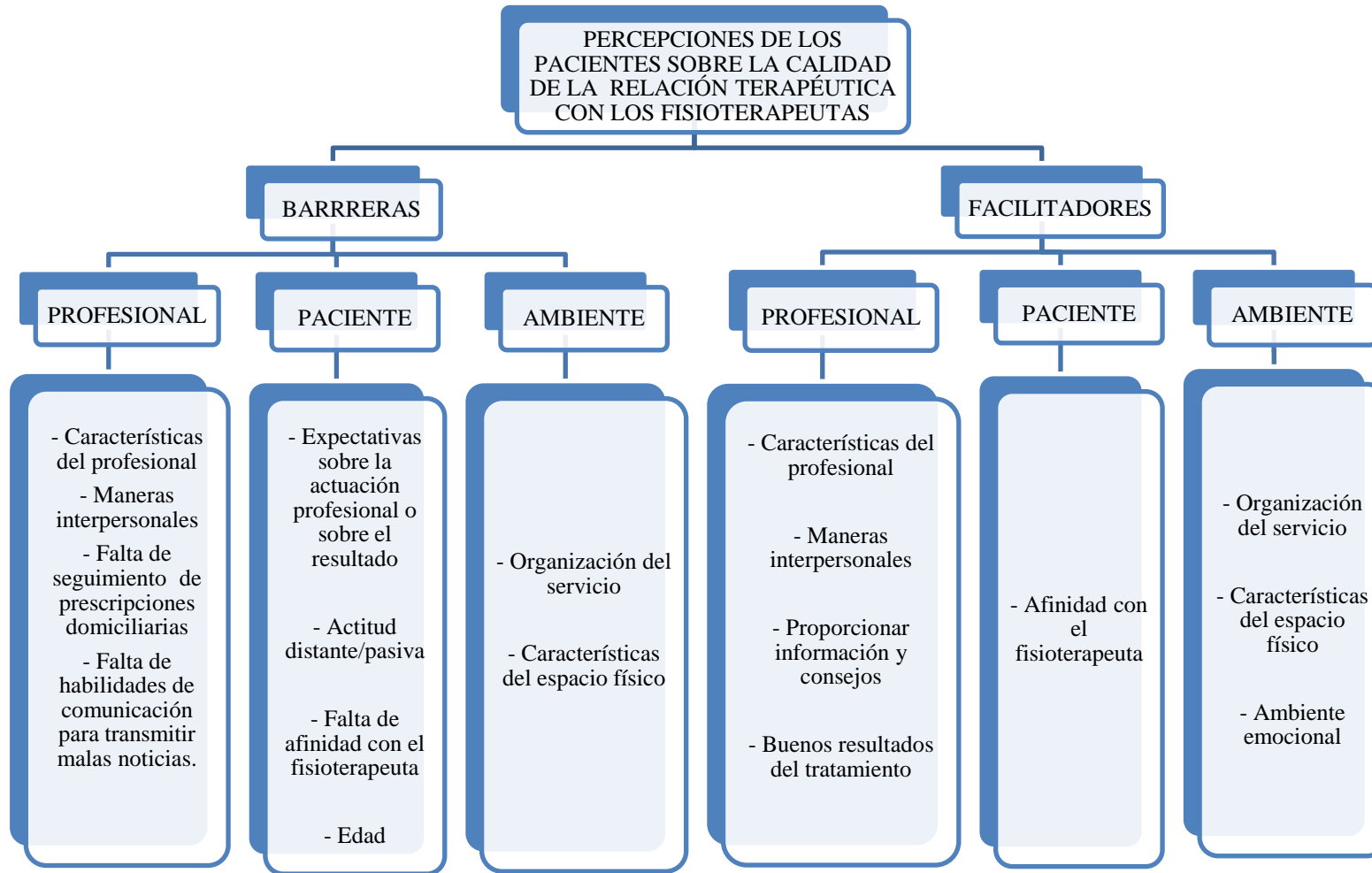


Tabla 8. Temas subtemas y categorías según las percepciones y experiencias expresadas en los grupos focales de pacientes.



A continuación se exponen las experiencias y percepciones de los participantes sobre cada uno de los temas, subtemas y categorías. Esta exposición se ilustra con citas textuales, representativas de las categorías descritas, extraídas de la transcripción de las entrevistas, las cuales trataremos de contrastar y discutir en base a la visión de los autores de referencia. Muchas de las categorías que se extraen del análisis de los resultados coinciden con categorías relatadas en los resultados de los grupos focales de fisioterapeutas, que han sido ya discutidas. Es por esto que las categorías repetidas no serán objeto de discusión en este apartado.

### ***2.1 Barreras de la relación terapéutica de calidad percibidas por el paciente***

Muchos de los entrevistados aseguraron que hubo experiencias que percibieron como barreras para una relación terapéutica de calidad con su fisioterapeuta. Aunque, estas experiencias fueron mucho menos frecuentes que aquellas en las que percibieron que se facilitaba una buena calidad, su impacto sobre distintos factores como la satisfacción, la adherencia o incluso los resultados clínicos fue muy importante en aquellos casos en los que se produjo.

Estas experiencias se atribuyeron a tres agentes distintos, a los que hemos denominado subtemas: el *profesional*, el *usuario*, y el *ambiente* en el que se desarrolló la interacción entre ambos.

A continuación describimos cada uno de estos tres subtemas:

#### **2.1.1 Barreras del profesional percibidas por el paciente**

Encontramos cuatro categorías expresadas por los participantes como barreras a una relación terapéutica de calidad atribuidas directamente al profesional: *características del profesional*, *maneras interpersonales*, *falta de seguimiento de las prescripciones domiciliarias* y *falta de habilidades de comunicación para transmitir malas noticias*.

Como *características del profesional*, los participantes en los grupos focales estuvieron de acuerdo en que la *negatividad* y la *percepción de inseguridad o falta de autoestima* del fisioterapeuta afectaban negativamente a su percepción de la calidad de la relación.

*-La negatividad.* Los pacientes entrevistados expresaron que se sienten disgustados y faltos de motivación si el fisioterapeuta indica que el proceso no va bien, o tiende a destacar los aspectos negativos en vez de los que han sido mejorados.

*Fui a un “fisio” privado que era todo negativo: “esto no va a quedar bien nunca, no sé cuántos”...que cuando un “fisio” te lo plantea así... porque si no vas a quedar bien, ¿para qué te vas a esforzar en hacer cosas?*

Los pacientes participantes en los grupos focales relataron experiencias en las cuales cuando el fisioterapeuta hace referencia a aspectos negativos de la evolución de la patología o del tratamiento de forma más o menos constante, ellos sienten que su motivación disminuye ya que su esfuerzo diario no parece tener recompensa en la mejora de la situación.

Van't Riet *et al*(243) afirman que los mensajes de carácter positivo cuando la finalidad es promover actividad física son más efectivos que los mensajes que expresan negatividad o pérdida. En esta misma línea Méndez *et al*(244), en su estudio para la validación de mensajes persuasivos en la promoción de actividad física en pacientes con enfermedades coronarias, concluyen que enfatizar en mensajes con contenidos positivos y autoeficacia son las mejores estrategias en la promoción de un cambio de actitud.

La literatura indica que los mensajes positivos son más útiles a la hora de motivar y promover una actuación activa del paciente en el tratamiento que los realistas o negativos. Entendemos también esta percepción de los pacientes como una falta de empatía y comprensión de la situación por parte del fisioterapeuta. Este debería establecer una relación de ayuda teniendo en cuenta las emociones y miedos que el paciente pueda tener en cuanto a su estado. Esta comprensión de la situación hará que los mensajes sean los adecuados para cada momento, quizá más positivos en un principio y, cuando la relación tenga la suficiente confianza, más realistas en cuanto al pronóstico si se considera necesario. Entendemos que la negatividad del fisioterapeuta sea relatada como una

barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad, sobre todo cuando se realiza sin una debida actitud empática.

*-La percepción de inseguridad o falta de autoestima del fisioterapeuta.* Los participantes expresaron unánimemente que la falta de seguridad o de autoestima del fisioterapeuta, que perciben claramente desde el primer momento, se convierte en una barrera al establecimiento de la relación terapéutica de calidad, ya que los pacientes tienden a no confiar en el profesional.

*Esa persona no tenía autoestima, era como... ya la postura, así... igual que yo. Ella estaba... y la voz también, así como un ratoncito... y me tocaba así con miedo y yo sentía que ella tenía miedo, y eso no puede ser....Yo necesito otra persona con la autoestima que lo transmiten también que es fuerte también que dice: "hola buenos días, a ver a ver, qué hacemos, yo te ayudo" y no que yo digo, "ay es que no puedo" y ella dice, "bueno pues ya acabamos", no, y eso no puede ser.*

El análisis de los resultados indicó que cuando los pacientes perciben que el fisioterapeuta no está seguro de sus actuaciones terapéuticas y no transmite confianza, no lo perciben como el profesional adecuado para tratarlos. Los participantes explicaron que perciben rápidamente cuándo el profesional tiene una baja autoestima, por su comunicación no verbal, postura y tono de voz. Esta situación se establece como una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

Una parte importantísima de la relación terapéutica es la confianza que el paciente deposita en el terapeuta. Si el paciente percibe que el profesional no confía en sí mismo, es bastante improbable que éste pueda confiar en él. Keijsers *et al*(245), en una revisión sobre el impacto de la relación terapeuta-paciente en los resultados del tratamiento, afirman que el demostrar confianza en sí mismo y ser directivo en las fases tempranas del tratamiento se asocian con buenos resultados del mismo. Por otro lado Ardito y Rabellino(235) afirman que la alianza terapéutica solo se establece si el paciente cree en las capacidades del terapeuta para ayudarle.

Sin duda el tener confianza en sí mismo parece ser una condición imprescindible para establecer una relación terapéutica de calidad. Entendemos que un fisioterapeuta sin

confianza en sí mismo ni autoestima tendrá una baja autopercepción de sí mismo, por lo tanto una baja autoaceptación. Como afirma Iberg(115), la capacidad del terapeuta de aceptarse a sí mismo limita la capacidad de aceptar a los demás, constituyendo como afirma Olcese(246), una barrera al aporte de seguridad y estabilidad que necesita el paciente .

Mean and Bower(23) afirman que son cinco temas los prioritarios a la hora de establecer una terapia centrada en el paciente: la perspectiva biopsicosocial, el paciente como persona, el compartir el poder y la responsabilidad, la alianza terapéutica y el profesional como persona. Este último tema, el profesional como persona, es al que hacen referencia los pacientes cuando afirman que la baja autoestima del terapeuta es una barrera a la hora de establecer una relación de calidad.

También fue relevante para la percepción de la calidad de la relación las *maneras interpersonales* del fisioterapeuta durante el tratamiento. Los usuarios percibieron como una barrera a una buena calidad *una mala comunicación no verbal, la falta de interés hacia el paciente, percibir que no se les trata como a una persona sino como a un mueble y la falta de sensibilidad a los cambios en el estado del paciente.*

*-La mala comunicación no verbal.* Los participantes apuntaron como una barrera al establecimiento de una relación de calidad el hecho de que el fisioterapeuta no les mirara directamente a los ojos cuando les hablaba, y las expresiones faciales de enfado o indiferencia, aunque no fueran dirigidas al propio paciente.

*...pero una persona que me esté hablando y no me mire a los ojos, si yo te estoy hablando, y te dice: “no, si yo te escucho”.*

*...porque si tú ya vas amargado y encuentras caras largas como me pasaba a mí, en otros sitios que he ido, pues te quedas allí pequeñita, pequeñita, y dices “bueno, ya veremos qué pasa hoy con la cara que tiene”.*

Como afirman Roberts y Bucksey(247), cuando el mensaje verbal y no verbal no concuerdan, es posible que el paciente no crea lo que se le dice. Es por esto que, como

afirman los pacientes participantes en los grupos focales, la comunicación no verbal en cuanto a explicar las propias emociones o no mirar al interlocutor que te habla es una barrera al establecimiento de una buena relación. Greenfield *et al*(209) afirman en este sentido que los mensajes no verbales de los fisioterapeutas pueden afectar a la comunicación, la adherencia y los resultados de los pacientes.

Jagosh afirma que la mirada es primordial a la hora de establecer una escucha activa(248). Los participantes relatan experiencias en las cuales el fisioterapeuta interacciona con ellos sin mirarle a los ojos, por lo que no se puede establecer una comunicación efectiva ni una escucha activa en la cual el interlocutor se sienta valorado y escuchado. Por otro lado en ocasiones explican sentirse intimidados por determinadas expresiones faciales del profesional, que más tiene que ver con una falta de autenticidad y de confianza en el paciente. Creemos que la barrera que supone la comunicación no verbal podría subsanarse mediante el autoconocimiento de los estados emocionales del profesional y la autenticidad para reconocerlos, lo que aumentaría la comunicación verbal y no verbal, en la que incluiríamos una mejor escucha activa.

*-Falta de interés hacia el paciente.* Los entrevistados manifestaron que en ocasiones el profesional realiza el tratamiento sin interesarse por cómo el paciente recibe, comprende o interpreta lo que se le está haciendo, con lo que aumenta la incertidumbre de éste sobre el proceso.

*...porque no sabes lo que te van a hacer, y si encima esa persona te trata mal, me refiero a que ni te pregunta ni nada, haces todo y apañatela como puedas. Tú vas con miedo: “a ver qué me va a hacer”*

Los pacientes entrevistados en los grupos focales expresaron la percepción de que en ocasiones el profesional manifiesta falta de interés en ellos como persona. Esta misma barrera fue manifestada por los fisioterapeutas, y analizada como una barrera del propio profesional en sus maneras interpersonales. Entendemos que tanto pacientes como profesionales perciben que esto sucede, y que es una barrera del propio profesional que no profundiza en la comprensión de lo que le está sucediendo al paciente. Este punto fue

discutido en el apartado de resultados expresados por los fisioterapeutas y creemos conveniente profundizar en él durante la discusión del tercer objetivo de este trabajo, comparar percepciones de fisioterapeutas y pacientes.

*-Percibir que no se les trataba como a una persona sino como a un mueble.* Los entrevistados expresaron que en ocasiones el fisioterapeuta trataba con ellos de forma mecánica y deshumanizada, sin tener en cuenta que detrás de la patología hay una persona.

*...en el otro hospital me sentía como un mueble...vengo, te toco un poquito... y eso a mí no me gustaba.*

Los pacientes entrevistados expresaron que en algunas ocasiones percibieron que el profesional no les trataba como a una persona, sino como a un objeto más, con un trato deshumanizado y falta de respeto. Esta misma percepción fue expuesta por los fisioterapeutas como una barrera propia, en sus formas interpersonales de relacionarse, al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. La falta de respeto hacia el paciente como persona que el profesional tiene en ocasiones ha sido discutida en el apartado de resultados de las percepciones de los fisioterapeutas y, al coincidir con las percepciones de los pacientes, no creemos necesario profundizar de nuevo en el tema.

*-Falta de sensibilidad a los cambios en el estado del paciente.* Los pacientes manifestaron que en ocasiones el fisioterapeuta realiza un trabajo estandarizado sin tener en cuenta parámetros individuales del paciente que pueden modificar el día a día del tratamiento.

*Era hacer su trabajo y ella viene a hacer su trabajo, y si hay que llegar hasta aquí vas a llegar hasta aquí te duela o no te duela.*

Los pacientes participantes expresaron que en algunas ocasiones perciben que los profesionales no son sensibles a los cambios diarios que ellos pueden experimentar en cuanto a estado de ánimo o sensibilidad al tratamiento, variaciones que pueden incidir tanto en la intensidad del trabajo como en el tipo de tratamiento a realizar ese día.

Según Del Baño *et al*(44), la comprensión y sensibilidad por parte del profesional de los cambios tanto a nivel emocional, propiciados por circunstancias personales, como a nivel funcional que ocurren en el día a día, y el poder adaptarse a estas circunstancias, es percibido por los pacientes como un servicio de alta calidad. Los mismos autores continúan indicando que los pacientes valoran los cambios o alternativas en el tratamiento que responden a cambios en la percepción del dolor o a cambios de estados emocionales.

Entendemos que los participantes de nuestro estudio expresan estas mismas percepciones, indicando una falta de empatía y aceptación incondicional por el estado del paciente. Un profesional que no tiene en cuenta el estado emocional ni las circunstancias personales de la persona a la que está facilitando un tratamiento no puede establecer una relación terapéutica centrada en la persona, creando barreras al establecimiento de la misma.

Los participantes expresaron que **la falta de seguimiento de las prescripciones domiciliarias** que el fisioterapeuta les daba para el domicilio, tales como ejercicios o consejos actuaba como barreras al establecimiento de una relación terapéutica de calidad

*Quizá uno de los poquitos fallos que tengo en ese sentido, quizá te dan algo para hacer en casa que ellos no controlan...aquí sí lo controlan... y en casa tú piensas que lo estás haciendo bien, y no lo estás haciendo bien porque no estás siguiendo otras cosas y luego pierdes más tiempo para rectificar.*

Los pacientes participantes expresaron percepciones en las cuales la falta de seguimiento de las prescripciones de los ejercicios que los fisioterapeutas indicaban para hacer en casa significaba una barrera al establecimiento de la relación terapéutica de calidad.

Tal y como afirman Escolar *et al*(249), los pacientes experimentan una gran motivación cuando el profesional se preocupa y vigila la adherencia al programa de ejercicios, así como los progresos conseguidos mediante los mismos. La realización de preguntas directas sobre la mejora en el estado de salud, la progresión, el dolor, o la función es beneficiosa y mejora la adherencia. Los mismos autores consideran que la eficacia de la información proporcionada depende de si se conecta o no con las creencias y expectativas de los pacientes. Nosotros entendemos que esta afirmación es extremadamente importante, ya que no sólo se trata de monitorizar las prescripciones terapéuticas, sino

también de llegar a conocer las expectativas y creencias de los pacientes sobre las mismas. Según Koponen (250), si un paciente no se cree competente para llevar a cabo la actividad, no se reconoce como autónomo para realizarla y lo suficientemente a gusto frente a los demás realizándola, no conseguirá la motivación necesaria para llevarla a cabo. Es por esto que el seguimiento de las prescripciones y el administrar refuerzos positivos explorando creencias y expectativas hacia los ejercicios propuestos para casa nos parecen acciones beneficiosas para conseguir adherencia y para facilitar el establecimiento de una relación terapéutica de calidad, siendo su ausencia una barrera.

Los pacientes manifestaron que **la falta de habilidades de comunicación para transmitir malas noticias** o informaciones desagradables, tales como que el estado del paciente no va a volver a ser nunca el que fue antes del episodio patológico, son barreras al establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

*En algunos casos, yo creo que esperas que te digan que te vas a quedar perfecto, y ellos no pueden decirte eso, entonces no saben cómo decírtelo y muchas veces no pueden decirte que te vas a quedar mal.*

Del análisis de los resultados se extraen percepciones de los pacientes participantes en los grupos focales según las cuales en ocasiones los fisioterapeutas no saben o no pueden transmitir malas noticias, por lo que las preguntas de los pacientes quedan sin contestar o son contestadas con falta de certidumbre como recurso de escape a una situación desagradable. Esto se convierte en una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad basada en la confianza mutua.

En los resultados de los grupos focales de fisioterapeutas ya surgió esta barrera como propia del profesional, al no poseer formación específica para dar malas noticias. Ya fue discutido entonces y volveremos a hablar de ella durante la exposición de los resultados de la comparación entre experiencias de los fisioterapeutas y pacientes en referencia a aspectos de la relación entre ambos.



### 2.1.2 Barreras del paciente percibidas por el paciente

Los participantes consideraron que algunos aspectos atribuibles al propio usuario podían convertirse en barreras para una buena calidad de la relación terapéutica entre estos y sus fisioterapeutas. Los aspectos que podían actuar como barreras fueron las *expectativas sobre la actuación profesional o sobre el resultado del tratamiento*, la *actitud pasiva o distante*, la *falta de afinidad con el fisioterapeuta* y la *edad*.

Los participantes informaron de que en ocasiones las *expectativas sobre la actuación profesional o sobre el resultado del tratamiento* pueden actuar como barreras a una relación terapéutica de calidad. El desconocimiento que los pacientes tienen en ocasiones de la actuación profesional del fisioterapeuta, unido a la falta de información sobre el proceso de derivación y sobre el pronóstico de su patología, a veces provocan que el usuario se cree unas expectativas que pueden no corresponderse con la realidad, lo cual puede derivar en desconfianza hacia el fisioterapeuta, o incluso en falta de entendimiento entre el usuario y su fisioterapeuta.

*Si me dice esto sí, ahora lo que hunde es cuando me dicen: “esto no va a quedar como antes”, si te dicen esto te hundes.*

Durante las entrevistas los pacientes informaron de situaciones en las cuales cuando sus expectativas no son acordes con la realidad en cuanto al pronóstico o tratamiento de su enfermedad, pueden ser percibidas como una barrera al establecimiento de una relación de calidad. Este resultado también se obtuvo en los grupos focales de fisioterapeutas, donde se hizo una amplia discusión, en los cuales era una barrera al establecimiento de la relación terapéutica de propio paciente, como así corroboran los pacientes entrevistados.

Los participantes manifestaron que la *actitud pasiva o distante* del paciente con respecto al profesional creaba barreras a la instauración de una relación de calidad.

*La relación también depende del paciente, porque algunos no se abren, pero si tú te abres con la “fisio” y hablas, la veo súper agradable.*

Los pacientes entrevistados expresaron percepciones de que en ocasiones su propia actitud pasiva o distante hacia el fisioterapeuta, ya sea por falta de habilidades relacionales o por vergüenza, se convierte en una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad puesto que, como ellos mismos afirman, *la relación también depende del paciente.*

Los entrevistados expresaron que en algunas ocasiones se crea una *falta de afinidad* o desconfianza con respecto al fisioterapeuta que, sin saber a qué pueden atribuirlo, dificulta la relación con éste desde el primer momento de la interacción.

*Es importante la comunicación, y también que haya una cierta empatía, porque hay personas que, bajo mi experiencia, desde el primer momento te caen mal y ya pueden hacer maravillas, no debería juzgar así, pero es que...*

Los pacientes entrevistados expresaron que en ocasiones desde el primer contacto, el fisioterapeuta no les genera la confianza necesaria, no saben expresar porqué pero su percepción es que el primer encuentro, la primera mirada es desalentadora. En este sentido los propios pacientes hablan de barreras propias, al juzgar al profesional sin conocerlo. Cuando esto ocurre la labor del fisioterapeuta debería ser respetar los sentimientos del paciente e intentar llegar a comprenderlos, mediante la empatía, la escucha activa y la aceptación incondicional. Una vez establecida una relación terapéutica, si se cree conveniente y utilizando la autenticidad como herramienta, los dos podrán expresar sus ideas o malestares del uno hacia el otro, con la finalidad de crear un clima de la mayor confianza posible.

Algunos usuarios expresaron que en ocasiones la *edad* es una barrera para la calidad de la relación con sus fisioterapeutas, puesto que provoca dificultades de comprensión por parte de los primeros.

*Hay personas mayores que de una a otra vez se les olvida y aunque ella se ponía en medio y lo volvía a explicar, pero se tenían que ir, se ponían a hablar...*

### 2.1.3 Barreras del ambiente percibidas por el paciente

Los participantes expresaron que algunos aspectos del ambiente en el que se desarrolló la interacción con el fisioterapeuta afectaron negativamente a su percepción de la calidad de la relación terapéutica entre ambos, actuando como barreras. Estos aspectos se refirieron a dos ámbitos: la *organización del servicio*, y las *características del espacio físico*. A continuación vamos a ver cada uno de los dos ámbitos:

En cuanto a la *organización del servicio*, los participantes refirieron que su percepción de la calidad de la relación se vio influida negativamente por los siguientes aspectos: *coordinación interprofesional, falta de autonomía profesional del fisioterapeuta, falta de continuidad con el profesional que los trata, saturación del servicio e interrupciones a lo largo de la sesión*. Todas estas categorías surgieron durante el análisis de los resultados de los grupos focales de los fisioterapeutas, y como tal fueron discutidas en el apartado de resultados de percepciones de los fisioterapeutas de barreras a la comunicación en cuanto a la organización del servicio, por lo que creemos suficiente exponer solo los resultados de las percepciones de los pacientes con sus consiguientes citas.

*-Coordinación interprofesional.* Los usuarios expresaron que en muchas ocasiones se producían fallos en la comunicación entre el fisioterapeuta y otros profesionales, fundamentalmente con el médico rehabilitador, lo cual provocaba que posteriormente las informaciones que le transmitían uno y otro difirieran, creando desconfianza y falta de entendimiento entre el fisioterapeuta y el usuario.

*...el gran problema que hay es el contacto entre el médico que te manda, el fisioterapeuta, y el paciente, ese es el problema.*

*-Falta de autonomía profesional del fisioterapeuta.* Otro aspecto que, según los entrevistados, afectó a su percepción de la calidad de la relación entre ellos y sus fisioterapeutas fue la falta de autonomía de este último para la toma de decisiones terapéuticas, y para informar sobre temas de diagnóstico, pronóstico y tratamiento, ya que

percibieron que esto hacía que el fisioterapeuta no tuviese libertad a la hora de transmitir determinadas informaciones al usuario, lo cual podía provocar desconfianza por parte de este, y en consecuencia dificultades de entendimiento entre ambos.

*Pues eso, que no me asegura cómo va a quedar, me dice que cada cuerpo es diferente, que a ver cuando vaya a la rehabilitadora qué es lo que te ha dicho, como que no se moja. Él no, no tiene ninguna libertad a la hora de opinar, lo estoy notando, porque yo le pregunto y es como no.*

*-Falta de continuidad con el profesional que le trata.* La mayoría de entrevistados opinaron que el hecho de cambiar de fisioterapeuta cuando ya habían sido tratados por otro con quien habían llegado a una confianza y una comunicación efectivas provocaba dificultades para una relación de calidad.

*Tienes que empezar de cero otra vez, no a nivel físico, de ejercicios, pero sí a nivel...si esa persona ha conectado contigo, y te ha dado vibraciones positivas...y te anima, y te estimula y funcionas bien, cambiar a otro y de repente te impacta y si no conectas tanto es como que vas mucho más frío a la rehabilitación*

*-Saturación del servicio.* El hecho de que el fisioterapeuta estuviese saturado de trabajo y/o de que el espacio físico en el que se realizaba el intercambio estuviese demasiado abarrotado de gente, fue una experiencia negativa para todos los entrevistados, puesto que percibieron que esto provocaba que el profesional no dedicase el tiempo suficiente a la explicación de los ejercicios, que dedicase menos tiempo a las sesiones de tratamiento de la que habría sido necesaria, que el fisioterapeuta no pudiese centrarse al máximo en su paciente, o incluso que no pudiese realizar un tratamiento individualizado y adaptado a las necesidades del paciente en ese momento.

*Me da un poco de estrés el hecho de saber que tienes poquito tiempo, que tienes que, en el momento en que se acerca se lo tienes que decir, es como un hábito que dices “a mí, a mí”, y eso no relaja, yo no lo siento profesional, sé que ella es profesional pero las*

*condiciones no hacen que lo sea porque todos merecemos un trato individualizado de calidad no suplicarlo o que nos lo dé.*

*...y entonces todo es falta de tiempo. No pueden estar a tu lado como se debería.*

Sin embargo, la mayoría de entrevistados consideraron que, a pesar de ello, el fisioterapeuta se esfuerza en aprovechar al máximo el tiempo que tiene para relacionarse efectivamente con su paciente. Esto se ponía de relevancia al compararlo con otros profesionales en quienes percibieron que no era así.

*Es que con el médico te sientes “despachao”. Tienes un momentito y ya está. Nunca me he sentido así con un “fisio”.*

*-Interrupciones a lo largo de la sesión.* La mayoría de los entrevistados refirieron que el hecho de que el fisioterapeuta tuviese que abandonar una o más veces el tratamiento a lo largo de una sesión, para atender a otros pacientes u otras tareas del servicio, dificultaba la comunicación con ellos.

*Yo, me dan unos “masajicos” ahí en el talón y unos 10 minutos, como mucho. Y eso, tiene que ir a ayudar, a colaborar con el otro, y te deja, te suelta y te coge, y pues a veces digo: “¡Jolín!, ¡me gustaría que lo hiciera todo seguido!”*

Algunas **características del espacio físico** en el que se desarrolló la interacción entre el fisioterapeuta y el usuario fueron relevantes, según los participantes en el estudio, para la percepción de estos sobre la calidad de su relación con el fisioterapeuta. Estas fueron: la *arquitectura*, y la *falta de intimidad*.

*-Arquitectura.* El hecho de que algunos espacios en los que se realiza el tratamiento tengan habitaciones separadas en las que el usuario no está a la vista del fisioterapeuta dificulta el contacto y el seguimiento de aquel por parte del profesional.

*Sí, el contacto personal es importante porque...me ponen unos electrodos en el hombro, con una maquinita y cuando se me acaba pues le digo: “Raúl”, y entonces él viene y te*

*los quita, y si no está presente, que no lo ves, no sabes si ponerte a chillar o es que no está o...entonces el sitio es importante.*

*-Falta de intimidad.* Según refirieron los entrevistados, en algunas ocasiones el espacio físico impide que haya la suficiente intimidad para poder expresarse libremente con el fisioterapeuta, al no tener cabinas separadas, o no estar estas suficientemente aisladas.

*...entonces en ese momento hubiera estado yo en un sitio, hubiera dicho: “sigue”, pero hubiera llorado porque hubiera tenido más intimidad porque no tendría la gente mirándome.*

*De todas formas se oía perfectamente de una cabina a otra, o sea que intimidad no puedes hacer intimidades*

## ***2.2 Facilitadores de la relación terapéutica de calidad percibidos por el paciente***

Todos los entrevistados estuvieron de acuerdo en que hubo algunos aspectos que facilitaron que se estableciera una relación terapéutica de calidad entre ellos y el fisioterapeuta.

Los entrevistados percibieron estas situaciones en tres subtemas distintos que, al igual que en el caso de las barreras a una buena calidad de la relación, se refirieron a: *Profesional*, *Usuario*, y *Ambiente*.

A continuación describimos cada uno de estos tres subtemas:

### **2.2.1 Facilitadores del profesional percibidos por el paciente**

Los participantes de los grupos focales expresaron que aspectos del propio fisioterapeuta como las *características del profesional*, las *maneras interpersonales*, el *proporcionar información y consejos* y los *buenos resultados del tratamiento*, eran facilitadores de la instauración de una relación terapéutica de calidad.

Los participantes estuvieron de acuerdo en que algunas *características del profesional* afectaban positivamente a su percepción de la calidad de la comunicación, estas fueron la *profesionalidad*, la *actitud cercana*, la *empatía*, la *autenticidad* y la *aceptación incondicional*.

- *Profesionalidad*. La percepción por parte del usuario de que el fisioterapeuta sabe lo que tiene que hacer, tiene la capacidad para hacerlo y lo hace, genera confianza y facilita una buena relación terapéutica entre ambos.

*De todas formas yo creo que tienen que tener un don especial, porque allí tratan cada uno con niños, con personas mayores y a cada uno le tienen que tratar, se tienen que poner en una postura, si estás con un niño a la altura del niño, si estás con un mayor a la altura del mayor y claro, yo creo que eso es un don aparte de una profesionalidad.*

*Claro es que tienen que individualizar, ahí es donde está la psicología de ellos, ellos deben de saber con cada paciente hasta dónde tiene que llegar, para eso son profesionales.*

En referencia a facilitadores al establecimiento de una relación terapéutica de calidad, los pacientes entrevistados relataron percepciones en las cuales la profesionalidad del fisioterapeuta en cuanto a que sepa qué es lo que tiene que hacer, y que tenga la capacidad para hacerlo, demostraban confianza en sí mismo y esto aumentaba la confianza que el paciente depositaba en él como profesional.

Kidd *et al*(251) concluyen en su estudio que los fisioterapeutas deberían tener en cuenta el valor que les dan los pacientes a la interacción clínica, en especial a la relación centrada en el paciente, y que esta relación se basa en la capacidad de comunicarse, la confianza, el conocimiento y experiencia y el profesionalismo. Añaden también la comprensión del paciente, la capacidad de relacionarse y la transparencia a la hora de hablar de la evolución y resultados.

Hash *et al*(229) encontraron que, según las percepciones de los pacientes, las cualidades del fisioterapeuta eran determinantes para su satisfacción con los cuidados en rehabilitación, en especial cualidades como conocimientos, profesionalismo, actitud cercana y la comunicación efectiva.

Como vemos existen antecedentes en la literatura científica del papel importante que juega el mostrar profesionalidad en el contexto de la rehabilitación. Esta cualidad ayuda al establecimiento de la relación terapéutica, puesto que aumenta la confianza del paciente en el profesional, base como hemos visto, del establecimiento de una relación de calidad centrada en el paciente.

*-Actitud cercana.* Todos los participantes estuvieron de acuerdo en que una actitud cercana del fisioterapeuta, en el sentido de ser amables, implicarse en el problema del paciente, ser dulces cuando sea necesario, y ser pacientes, facilita una relación de calidad.



*La cercanía, la dulzura, la explicación de las cosas, el saber por qué, pues tienes que pasar por ciertos momentos que no son agradables.*

*La amabilidad, se comunicó muy bien conmigo, y supongo con todos los pacientes.*

El análisis de los resultados de las entrevistas a los pacientes indicó que un gran facilitador para el establecimiento de una relación terapéutica de calidad centrada en el paciente es la actitud amable y cercana por parte del fisioterapeuta. Los entrevistados expresaron que en ciertas ocasiones la rehabilitación no es agradable, los pacientes acuden con dolencias, malestares y patologías de cierta complejidad y el encontrar un profesional amable, cercano y dulce facilita la confianza y que el paciente se sienta comprendido.

Son numerosos los estudios donde según percepciones de los pacientes la amabilidad es una cualidad primordial que deberían tener los fisioterapeutas. Así, en los estudios de Kidd *et al*(251), y Little *et al*(33), son los pacientes los que afirman que la amabilidad es una cualidad necesaria para el establecimiento de una relación terapéutica centrada en el paciente. Hush *et al*(229) y Kim y Park(129) sugieren que la amabilidad es una cualidad necesaria para mejorar la satisfacción con los cuidados de salud. Del Baño *et al*(44) afirman que la amabilidad es una cualidad importante que deben tener los fisioterapeutas para mejorar la calidad de la interacción con los pacientes. Finalmente Pinto *et al*(212) afirman que la amabilidad es una cualidad comunicativa importante a la hora de establecer una alianza terapéutica.

Entendemos que el paciente, cuando acude a rehabilitación, llega con un malestar o discapacidad. Se encuentra en un ambiente desconocido, con personas desconocidas y debe realizar tareas a las cuales no está acostumbrado y/o no se siente capacitado. Por ello el hecho de encontrar un profesional amable y cercano, que entiende su situación, parece saber por lo que está pasando, y que va a hacer todo lo posible por ayudarlo es sin duda un facilitador para establecer una relación terapéutica de calidad.

*-Empatía.* Los participantes refirieron que el percibir que el fisioterapeuta tiene la habilidad para entender la situación, perspectivas y sentimientos del paciente, y comunicar que le ha entendido facilitó la relación terapéutica de calidad.

*Tú cuando vas a la rehabilitación estás mal, estas mal. Y lo que no necesitas es que alguien te diga: “siete veces a la derecha y siete a la izquierda”, no. Necesitas que te escuchen, que te expliquen, ¿no?, que se pongan en tu lugar porque no quieres que sufran, pero que entiendan lo que tú estás... por lo que estás pasando y hacia dónde quieres ir que es hacia la curación.*

Los resultados analizados de los grupos focales de pacientes nos indicaron que para ellos el percibir que son comprendidos por el profesional es fundamental para formar un equipo terapéutico que los lleve *hacia la curación*.

La empatía quizá sea uno de los componentes de la relación terapéutica centrada en el paciente más estudiado. Raja *et al*(252) afirman en un reciente estudio mediante entrevistas semiestructuradas realizadas para comprender las experiencias de pacientes tratados en los sistemas de salud, que la primera percepción en aparecer fue la necesidad de una relación terapéutica de calidad, destacando la empatía, la compasión y la alianza terapéutica como piezas angulares para tener una experiencia de salud positiva.

Numerosos estudios son los que hacen referencia a este constructo como básico en la percepción que tiene el paciente de una relación terapéutica de calidad. Pinto *et al*(212) lo consideran parte fundamental de la alianza terapéutica, Kim y Park(129) le atribuyen parte del éxito de una comunicación satisfactoria entre el médico y el paciente, Epstein(227) opina que la alianza terapéutica se establece cuando el terapeuta muestra empatía con las circunstancias del paciente, cuando los pacientes tienen la oportunidad de expresar sus preocupaciones, cuando el paciente recibe mensajes coherentes y una atención coordinada del equipo clínico. Según Irving(82), la empatía se identifica como un componente central de la relación centrada en el paciente, y Jani *et al*(253) indican que la empatía clínica se relaciona con mejores resultados terapéuticos en una amplia gama de

entornos clínicos, siendo también un componente crucial de la relación terapéutica médico-paciente. En el estudio de Kidd *et al*(251), los pacientes afirman que es muy importante que el fisioterapeuta demuestre empatía, especialmente en relación al dolor. Por último, Jeffels y Foster (190) afirman en su revisión sistemática sobre aspectos de la comunicación con el fisioterapeuta que pueden influir en la experiencia del dolor, que la empatía, entendida como el entusiasmo de los profesionales por ayudar a disminuir el dolor, estaba implicada en los mecanismos de reducción del mismo. Estos autores citan a Charman(254) cuando afirma que “la fisioterapia es una modalidad de tratamiento que se aplica directamente a la mente del paciente, siendo el resultado un cambio en la intensidad y la percepción del dolor experimentado”.

En el marco teórico del presente estudio se hace referencia a la empatía clínica: “la habilidad para entender la situación, perspectivas y sentimientos del paciente, y comunicar que le entendemos”(96). Esta definición de empatía, más cercana a la empatía cognitiva es la que refleja el paciente cuando afirma *que se pongan en tu lugar porque no quieres que sufran, pero que entiendan lo que tú estás... por lo que estás pasando*. La empatía en el contexto clínico es el instrumento ideal para comprender y expresar que comprendemos las circunstancias del paciente, sin sufrir o experimentar dolor ya que si fuera así el terapeuta no podría ayudar en la recuperación, pero sí demostrar que entendemos al paciente y que vamos a hacer todo lo posible por ayudarlo. Creemos que esto es un gran facilitador al establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

*-Autenticidad.* Los participantes refirieron que el hecho de que el fisioterapeuta se muestre tal como es genera confianza y facilita la relación terapéutica.

*El primer día que entré me contó una cosa personal suya que le había ocurrido y le había emocionado y entonces tú ya.....te da confianza.*

*Pero es que en ese momento es cuando tú más confías en esa persona, porque si no dices: “jolines cómo me está tratando si ayer era un encanto y hoy es un borde”, pero si tú me*

*dices: “Es que he tenido una mala noche, el crío se ha pasado la noche llorando y no me ha dejado dormir y ahora estoy agotado”, yo digo “pues no pasa nada, te entiendo”.*

La autenticidad fue expresada por los pacientes como una cualidad del fisioterapeuta que facilita el establecimiento de la relación terapéutica de calidad. El hecho de que el fisioterapeuta se muestre tal y como es, verdadero, sin esconder emociones o deseos tanto positivos como negativos, facilita la comunicación ya que el paciente confía más en una persona que no le engaña y que parece tener congruencia entre lo que dice, lo que hace y cómo se muestra.

Ya ha sido comentada en este estudio la importancia de la confianza en las relaciones terapéuticas, citándose numerosos estudios referentes a este tema. Los pacientes entienden que es necesaria la confianza en el terapeuta, y los terapeutas que es necesaria la confianza tanto en ellos como en los pacientes, pero no existen, o por lo menos los autores de este estudio no las han encontrado, referencias a la autenticidad como fuente de confianza en la relación terapéutica en el ámbito de la fisioterapia. La confianza parece generarse en base a aspectos técnicos o de conocimiento, el soporte emocional, el ser amable, temas todos ellos ya mencionados, pero que parecen hablar más del terapeuta como proveedor de cuidados que como parte del equipo que ayuda al paciente a alcanzar sus objetivos, enfoque que tendría más que ver con la terapia centrada en el paciente. Entendemos la autenticidad como una herramienta esencial a la hora de establecer una relación terapéutica de confianza, puesto que las citas de los pacientes participantes dejan clara la importancia que para ellos tiene relacionarse con alguien que te entiende, al que entiendes y sabes cómo va a reaccionar en cada momento.

*-Aceptación incondicional.* Los participantes de los grupos focales manifestaron que el hecho de que el fisioterapeuta mantuviera una actitud no evaluativa, demostrando aceptación por su forma y manera de ser facilitaba el establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

*...forma parte de la curación que tú puedas expresar lo que te está pasando....*

*...te permite mostrarte como eres.*

*...hay algo fundamental y es que te traten de humano a humano, no de médico a paciente, sino que te acojan como un igual y desde esa igualdad que conectes con la otra persona...*

El análisis de los resultados de los grupos focales de pacientes indicó que estos necesitan sentirse libres de poder expresar cómo se sienten, sin ser juzgados por el fisioterapeuta. Incluso llegaron a expresar que en ocasiones, *en la rehabilitación se sienten más comprendidos y más libres de expresarse que en casa.*

La empatía, unida a la aceptación incondicional de la persona hará que esta pueda expresar todos sus sentimientos. Carey *et al*(255) afirman que quizá lo realmente terapéutico de la relación terapéutica sea el ambiente que se crea en el cual el paciente puede expresar libremente sus problemas y sus miedos. Dado que como afirman Miles(192) y Araña(189), las ideas catastrofistas, el miedo o kinesiofobia y la baja percepción de autoeficacia son factores de cronicidad del dolor, entendemos que crear un ambiente donde el paciente pueda expresar libremente sus creencias acerca del dolor y de sí mismos es del todo necesario. Según Cherkin(191), los fisioterapeutas, al trabajar diariamente con el paciente, se encuentran en una situación ideal para trabajar y reducir creencias erróneas sobre el dolor, si se crea el ambiente de confianza necesario para que estos puedan expresar cómo se sienten sin ser juzgados por ello. Brennan *et al*(111) afirman que existen especialidades donde la confianza en el profesional está todavía poco investigada, señalando los servicios donde se trata el dolor, especialmente el dolor sin explicación médica, donde la legitimidad del dolor y las condiciones del mismo son a menudo cuestionadas, y las relaciones de confianza, respecto y aceptación incondicional son necesarias.

Entendemos pues la aceptación incondicional como parte necesaria y facilitadora del establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

Por otro lado, los participantes consideraron que fueron importantes para la percepción de la calidad de la relación terapéutica las *maneras interpersonales* en que los fisioterapeutas se comunicaron con ellos. La percepción de estas maneras de relacionarse del fisioterapeuta se basó en los siguientes aspectos: la *escucha activa* y su *comunicación*

*no verbal, el interés e implicación en el problema del paciente, ajustar las expectativas, la sensibilidad a los cambios del paciente, demostrar seguridad y confianza, el acompañamiento y apoyo emocional y la toma de decisiones conjunta.*

*-La escucha activa y su comunicación no verbal.* Muchos entrevistados percibieron también que el hecho de tener a alguien que te mira a los ojos y cuya expresión no verbal indica que te está escuchando facilita la relación.

*Y te dan espacio para expresarte también, cuando a lo mejor te están diciendo algo y tú a lo mejor sientes que tienes que decirles algo interrumpes y te dan ese espacio para que puedas comunicarte, y lo reciben.*

*Le decías: “es que voy a hacer tal cosa este fin de semana”, y decía el lunes, ¿y qué tal? Entonces me estaba escuchando....y te sientes satisfecha.....porque vas a los doctores y no encuentras esa otra parte...*

*Y en la manera que te mira, si empatizas o no con esa persona, si realmente te está escuchando o no.*

Al igual que en el análisis de los resultados de los grupos de fisioterapeutas, en el análisis de los resultados de los grupos de pacientes encontramos percepciones acerca de que el sentirse escuchados, mediante la escucha activa y la comunicación no verbal, como el mirar a los ojos, ejerce como un fuerte facilitador al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Como afirma Rogers(70), "la escucha activa significa dar atención total a la otra persona y decirle que nos interesa y preocupa", aumentando sin duda la confianza y facilitando la relación terapéutica de calidad.

*-Interés e implicación en el problema del paciente.* Los participantes en el estudio percibieron que el fisioterapeuta mostraba interés e implicación en ellos cuando les preguntaba por su estado, cuando estaba pendiente en todo momento de lo que hacían y lo que les pasaba dentro de la sala de tratamiento, y cuando mostraban una implicación con su problema que iba más allá de lo que se suponía que tenía que hacer en ese momento.

*Con otros “fisios” le comentaba que cuando me tocaba alguna parte del cuerpo, tenía una descarga eléctrica en el cerebro y decían “¡aah!”. Y María decía: “pues a ver si va a ser por...”. Y entonces ella se tomaba mucho interés. Y tú ya decías: “bueno no soy una loca que tiene descargas en la cabeza”. Alguien se preocupa por lo que tú estás diciendo.....muy agradable.*

Tanto pacientes como fisioterapeutas perciben que el que el profesional se implique en la patología o problemática de los pacientes facilita el establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

*-Ajustar expectativas.* Algunos participantes refirieron que el hecho de que el fisioterapeuta les explicara el punto en el que se encontraban y hasta dónde podían llegar, ajustando las expectativas que el paciente tenía sobre su evolución y pronóstico, aumentaba su confianza en él y facilitaba la comunicación.

*Porque hay momentos del tratamiento en el que igual al principio has avanzado muy rápido y luego ves como que te paralizas. Y entonces ellos muchas veces te explican que forma parte de la recuperación de este tipo de lesión y a ti eso que vas un poco desanimado, “veo que de aquí no voy a avanzar”, pues que te animen, que te explique.*

Los pacientes percibieron que el ajustar las propias expectativas de los resultados a las diferentes situaciones del tratamiento es un facilitador al establecimiento una relación de calidad ya que, mediante las explicaciones del fisioterapeuta el paciente va recuperando el control de las diferentes etapas por las cuales atraviesa y no se siente desanimado si no alcanza los objetivos que se había marcado.

En el análisis de los resultados de los grupos focales de fisioterapeutas, las expectativas del paciente emergieron tanto como barreras, si no se ajustaban a la realidad, como facilitadores si eran realistas. Entendemos, igual que quedó patente durante la discusión del apartado de resultados de los grupos de fisioterapeutas, el hecho de que si se cumplen

las expectativas del paciente en relación a los resultados por él esperados facilitará la relación con el fisioterapeuta. De nuevo encontramos la importancia de conocer qué es lo que piensa el paciente en cada momento sobre su patología y expectativas de resultado, y por lo tanto la necesidad de escuchar activamente, mantener una conducta empática y aceptar lo que el paciente explica, para regular y establecer unos objetivos comunes y realistas, lo que sin duda mejorará la calidad de la relación que se establezca entre los dos.

*-Sensibilidad a los cambios en el estado del paciente.* Todos los participantes estuvieron de acuerdo en que el hecho de que el fisioterapeuta sea sensible a los cambios en el estado tanto físico como anímico del paciente, y sepa adaptarse a estos cambios, facilita la relación entre ellos y su fisioterapeuta.

*Pero con el “fisio” es diferente, ya te escucha, “¡Ah vale!, pues vamos a intentar hacerlo más poco a poco”, es donde realmente notas que hay un “feeling”.*

La falta de sensibilidad a los cambios emergió en los grupos focales de fisioterapeutas como una barrera del profesional en cuanto a sus cualidades interpersonales. De la misma manera, los pacientes percibieron que la sensibilidad a los cambios es un facilitador al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Al igual que entendimos que la barrera era la falta de empatía y aceptación de los cambios tanto emocionales como funcionales que experimenta el paciente, ahora al surgir esta categoría como un facilitador entendemos que son la empatía y la aceptación incondicional de los cambios que ocurren durante el periodo de la rehabilitación, los facilitadores del establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

*-Demostrar seguridad y confianza.* La percepción por parte de los participantes de que el fisioterapeuta estaba seguro de sí mismo y de su tratamiento facilitó la relación con éste.



*Es como que noto que sabe lo que está haciendo, de vez en cuando nota que tiro un poquito y dice “Ya estamos, perdón”, y se la pongo. Lo que pasa es que al otro no se la ponía, al otro le cerraba la mano y no avanzaba porque no me dejaba.*

Los pacientes participantes en los grupos focales expresaron que el hecho de percibir que el fisioterapeuta se muestra seguro y confiado en el tratamiento que realiza y en los límites que impone al mismo, facilita el establecimiento de la relación terapéutica, ya que aumenta la confianza en el profesional y en el tratamiento que está realizando.

Durante el análisis de los grupos focales de fisioterapeutas éstos ya manifestaron percibir que si ellos demostraban seguridad en sí mismos, esto facilitaba el establecimiento de una relación terapéutica de calidad, aspecto que refrendan los propios pacientes.

*-Acompañamiento y apoyo emocional.* Los participantes refirieron que el hecho de sentir que el fisioterapeuta les acompañaba en todo momento, dándoles apoyo emocional e interesándose por su problema y explicándoles lo que les ocurre a lo largo de su proceso de rehabilitación, fue percibido como un facilitador para la calidad de la relación con este.

*Y el “fisio” también es importante que a lo mejor te dice “pero mira, cuando viniste la primera vez no podías hacer esto y mírate ahora”, porque uno mismo puede ser muy exigente con uno mismo y a veces no ves los pequeños pasos y es importante que te hagan consciente que un pequeño avance ya es algo.*

*...el “fisio” comparte tu dolor, está contigo cuando lo estás haciendo. Acabas de salir del hospital, y ellos están ahí contigo, te explican el porqué: “ahora te está doliendo porque estás haciendo este movimiento: intenta hacer esto”*

Los pacientes participantes relataron experiencias en las cuales el apoyo emocional y el acompañamiento que el profesional les ofrece durante el proceso de recuperación es percibido como una ayuda a solventar el proceso patológico, ya que sobre todo al inicio del tratamiento los pacientes se encuentran con un ánimo depresivo al tener que hacer frente a un periodo de recuperación que perciben como largo, lento y doloroso.

Del Baño *et al*(249) afirman en su estudio que el soporte emocional que los fisioterapeutas ofrecen a los pacientes es percibido por estos como un elemento que aumenta la calidad de la interacción entre ambos. La mayoría de los participantes del estudio mencionaron que el apoyo emocional del fisioterapeuta es esencial para aprender a hacer frente a sus incapacidades y para mejorar la confianza en sí mismos.

Este apoyo y acompañamiento formaría parte de la llamada alianza terapéutica, en la cual recordamos que se desarrollan sentimientos positivos del uno hacia el otro, mediante los cuales el terapeuta ofrece su ayuda experta y el paciente colabora activamente en el tratamiento(81). Así pues, entendemos que este apoyo emocional y acompañamiento del profesional sean percibidos por los pacientes como una herramienta facilitadora del establecimiento de una relación terapéutica de calidad centrada en el paciente.

*-Toma de decisiones conjunta.* La percepción de poder opinar en cuanto al tratamiento y ser escuchados por el fisioterapeuta, y que este respetase sus opiniones aumentó, según los participantes en los grupos focales, su percepción de auto-eficiencia y su confianza con el fisioterapeuta, y esto resultó ser un facilitador del establecimiento de una relación terapéutica de calidad entre ambos.

*Intentar consensuarlo... "este me fastidia un montón". Al final le vas hablando de tú a tú, ¿no?, y bueno pues eso, intent... vamos a intentar hacerlo de otra forma. Entonces intentar llegar a tu manera de...*

El análisis de los resultados indicó que los pacientes prefieren percibir que son parte activa en el establecimiento de decisiones terapéuticas, tales como el tipo o la intensidad de los ejercicios que creen más adecuados para ellos en cada momento terapéutico, y que esto facilita el establecimiento de una relación terapéutica de calidad, puesto que perciben que forman parte de un equipo terapéutico cuya finalidad es la mejora de su patología.

En los estudios de Hofstede S. *et al*(150,151) y Gravel *et al*(144) se indica que una de las barreras que apuntan los pacientes para instaurar la toma de decisiones conjunta es una mala relación terapéutica. Si esto es así, entendemos que en nuestros resultados los pacientes perciban que el poder tomar decisiones conjuntamente facilita la relación con sus fisioterapeutas. Autores como Tattersall(148) y Kennedy *et al*(147), afirman que cada vez más pacientes reconocen que son ellos los que mejor conocen sus capacidades y aptitudes y pueden decidir lo que es mejor para ellos en cada momento, aunque como se comentó en el marco teórico del presente estudio, no todos los pacientes quieren tener el control sobre su tratamiento. Wiech K. *et al*(138) y Rokke *et al*(139) reconocen que solo aquellos pacientes con un alto grado de autoeficacia quieren tener el control, participando así de la toma de decisiones conjunta. Es aquí donde el fisioterapeuta debe conocer al paciente en todas sus dimensiones personales y aceptar incondicionalmente la forma de ser y de actuar de cada uno, optando por el tipo de tratamiento individualizado que más se adapte a cada individuo. Alexanders *et al*(256), en su revisión sistemática sobre las intervenciones psicológicas que realizan los fisioterapeutas, concluyen que cada vez se realizan más intervenciones en pacientes con alteraciones musculoesqueléticas y depresión, ansiedad, baja autoestima y baja autoeficacia, siendo los métodos más utilizados el trabajo en equipo y el establecer objetivos conjuntamente.

Keijsers *et al*(245) afirman que al inicio del tratamiento un terapeuta más directivo se asocia a mejores resultados de tratamiento, pero sólo al principio donde el paciente se encuentra perdido ante una situación que es nueva para él. Durante el transcurso del tratamiento, y a través de la alianza terapéutica, la actitud empática de escucha activa y la aceptación incondicional de las nuevas situaciones o cambios que le puedan ocurrir al paciente, el terapeuta irá equilibrando el control sobre la patología y el tratamiento con la

intención de formar un equipo terapéutico donde ambos decidan lo que es mejor para el paciente.

Los participantes expresaron también que el hecho de que el profesional **proporcionara información** sobre la enfermedad y sobre los ejercicios que debía hacer, **y consejos** para el manejo de su patología, y la manera en la que se los proporcionó, facilitó la relación con éste.

*...y vas viendo que te va explicando y tú lo entiendes y eso te hace la unión con él...yo creo que eso es lo que te hace cuando empiezas a coger la empatía con él y la confianza, incluso el cariño.*

Las características de la manera de proporcionar la información y los consejos que fueron percibidos por los usuarios como facilitadores de la relación fueron los siguientes: usar un lenguaje claro, sencillo y adaptado al paciente; explicar el porqué y el para qué de los ejercicios; usar distintas maneras de explicar los ejercicios, según las necesidades del usuario, incluso combinándolos cuando lo consideraron necesario: explicación oral, demostración del ejercicio, tabla escrita; dar feed-back al paciente sobre cómo está realizando el ejercicio.

*...igual ven que alguien con una tabla escrita se apaña mejor y le facilitan la tabla, otros necesitan que se lo explique más él, los hace un modelo para, y te lo explica y lo haces tú el modelo. He visto un compendio de todo. Y luego eso sí, te dicen: “si en el tiempo se te olvida, o necesitas que te refresque la memoria, llamas, vienes, me dices cuándo puedes pasar y te los vuelvo a recordar”.*

Todo ello, además de facilitar la relación entre el usuario y el profesional, sirvió para dar ánimos al usuario, aumentar su adherencia a los ejercicios y consejos, aumentar su percepción de autoeficiencia, sentirse respetado, y aumentar la confianza con el fisioterapeuta.

*El trato: te da el respeto que mereces, te explica el porqué de cada cosa y te pone en contacto con tu cuerpo, dejas de ser una máquina...*

*Yo creo que aquí hay algo importante que yo estoy de acuerdo con María que es la conciencia corporal, que te ayuden a sentir tu propio cuerpo, y entonces si tú lo sientes pues notas la diferencia de lo que da hacer los ejercicios y no hacerlos. Como lo sientes quieres mejorar, pero primero tienes que saber que algo está pasando en tu cuerpo y que hay un proceso de mejoría en el que tú participas.*

Un aspecto que algunos entrevistados percibieron como un facilitador de la relación con el fisioterapeuta fue el hecho de que éste promoviese su auto-responsabilidad con su propio tratamiento.

*Es que algo que valoro de María es que no deja que cada persona caiga en la víctima, o sea, que cada persona se responsabilice de ella y la atiende, tiene un equilibrio muy bueno en las dos cosas, y eso creo que es excelente, porque si no podemos caer en la víctima.*

*Pues devolviéndote a ti cuando tú dices... “¡Ay, cómo me duele!”... no, “¿cómo lo sientes?”...”¿cómo lo puedes recuperar?”....”¿cuál va a ser tu constancia a la hora de.....sostener los ejercicios que tienes que hacer?”....”estoy aquí, te apoyo....pero es tu cuerpo”.*

Creemos que la información y los consejos que da el profesional son de vital importancia para el establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Los fisioterapeutas entrevistados en los grupos focales ya relataron experiencias en las cuales, el que ellos favorecieran este tipo de información, era un facilitador de la relación. Así pues, fisioterapeutas y pacientes concluyen que este hecho es primordial, tanto para obtener confianza como para lograr buenos resultados de tratamiento.

Los participantes refirieron también que los *buenos resultados del tratamiento* hacían que aumentase su confianza con el fisioterapeuta que los estaba tratando y, de esa manera, se facilitaba también la relación con el mismo.

*Entonces es, confías porque lo ves, es que lo ves, ves la evolución, entonces pues sí, te da esa...*

*...porque ves que sabe lo que va haciendo, vas mejorando y vas viendo que te va explicando y tú lo entiendes y eso te hace la unión con él...*

Los pacientes participantes relataron que el observar cómo el tratamiento que propone o realiza el fisioterapeuta va resultando efectivo y ellos van mejorando día a día, aumentaba sus percepciones de confianza en su terapeuta y mejoraba la relación terapéutica que se establece con ellos.

En este sentido en el estudio de Del Baño (44), los pacientes afirman que la calidad de la interacción con el fisioterapeuta se relaciona con su capacidad para conseguir buenos resultados de tratamiento. Entendemos que si la confianza en el terapeuta es una cualidad fundamental para el establecimiento de una relación terapéutica de calidad, el hecho de que este profesional consiga buenos resultados terapéuticos y que el paciente sea consciente de ello será percibido como un facilitador para dicha relación.

### **2.2.2. Facilitadores del paciente percibidos por el paciente**

Los participantes en los grupos focales solamente refirieron un aspecto dependiente del paciente que podía facilitar la calidad de la relación con el fisioterapeuta, *la afinidad del paciente* con el fisioterapeuta. Relataron que en ocasiones no existe el “feeling” necesario desde el primer momento, y eso es complicado de cambiar.

*Yo creo que no se puede explicar, hay personas que les ves la cara y te caen bien.*

En el apartado de resultados de los fisioterapeutas, una de las barreras al establecimiento de una relación terapéutica de calidad que estos atribuyeron al paciente fue la falta de afinidad o falta de “feeling” con el profesional. Los pacientes participantes expresaron que perciben como, si el paciente tiene afinidad con el profesional, esto se convierte en un facilitador al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Entendemos que, como expresamos durante la discusión de la barrera que para los fisioterapeutas era la falta de afinidad del paciente, los juicios morales y creencias con los que acuden estos a rehabilitación condicionan sus acciones. Tal y como afirma Knobe(241,242), si estas creencias y juicios establecen una valoración favorable de su fisioterapeuta, esto se convertirá en un facilitador al establecimiento de una relación terapéutica centrada en el paciente, si no se da esta situación, se convertirán en barreras de la misma.

### 2.2.3. Facilitadores del ambiente percibidos por el paciente

Los entrevistados expresaron que algunos aspectos del ambiente en el que se desarrolló la interacción con el fisioterapeuta afectaron positivamente a su percepción de buena comunicación entre ambos, actuando como facilitadores para una relación de calidad. Estos aspectos se refirieron a tres ámbitos: la *organización del servicio*, las *características del espacio físico* y el *ambiente emocional*. A continuación vamos a ver cada uno de estos tres ámbitos:

Los participantes en los grupos focales expresaron aspectos de la *organización del servicio* que facilitaron el establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Estos aspectos fueron la *continuidad en los cuidados* y la *buena coordinación del equipo*.

-*Continuidad de los cuidados* con el mismo profesional. Según los entrevistados, el hecho de ser tratado todo el tiempo por un mismo profesional hace que se cree confianza y facilita la relación entre el mismo y el paciente.

*Sí, normalmente con el “fisio” que estás siempre ya pillas confianza, te gusta cómo trabaja, y cuando viene uno nuevo notas el cambio.*

Los participantes aseguraron que percibieron que el realizar todo el proceso terapéutico con un solo fisioterapeuta facilitaba el establecimiento de la relación terapéutica, puesto que durante el transcurso de la rehabilitación se va ganando la confianza necesaria para establecer esta, y si se da un cambio de fisioterapeuta se debe comenzar de nuevo.

Autores como Hush *et al*(14), y Beattie *et al*(40), afirman que cuando el paciente es tratado durante todo el proceso por el mismo fisioterapeuta se aumenta la satisfacción con los cuidados de salud. Entendemos que precisamente es el establecimiento de una



relación de confianza la que hace que el paciente esté más satisfecho cuando es tratado por el mismo profesional durante todo el proceso terapéutico.

*-Buena coordinación del equipo.* Los participantes en los grupos focales expresaron que el hecho de que todos los miembros del equipo estén coordinados en cuanto a las informaciones que van a dar al paciente y en cuanto a la manera de tratarle genera confianza y tranquilidad, facilitando la relación con los mismos.

*...pero el equipo en sí que yo he vivido ha trabajado de la misma forma, que eso es muy importante porque a lo mejor hay centros de salud que a lo mejor entre ellos no se coordinan igual.*

En este sentido, en el análisis de los resultados de los grupos focales de fisioterapeutas la falta de coordinación del equipo fue percibida como una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Si los mensajes contradictorios por parte de los miembros del equipo en cuanto a la patología, tratamiento o pronóstico del paciente dificultan el control de la situación por parte de este, entendemos que el buen funcionamiento del equipo en cuanto a información clara y coherente por parte de todos sus miembros facilitará el establecimiento de la relación terapéutica de confianza.

Según los participantes en nuestro estudio, una de las *características del espacio físico* en el que se desarrolló la interacción entre el fisioterapeuta y el paciente fue relevante para sus percepciones sobre la calidad de la relación con el fisioterapeuta: la *intimidad*.

*-Intimidad.* El hecho de ser tratado en un espacio físico que permita al paciente hablar con el fisioterapeuta sin ser oído por el resto de pacientes o por el personal fue percibido por los participantes en el estudio como un aspecto que facilitó el establecimiento de una relación de calidad entre el usuario y el fisioterapeuta.

*cuando hacía masajes pues eso sí que yo para mí un poquito más íntimo, en plan de hacer ejercicios y tal, no, pero cuando ella te hace el masaje, pues eso sí que lo veía un poquito, ahí yo prefiero ...más intimidad...*

*...esa intimidad hace que puedas tener la conversación o la comunicación que quisieras con el fisio.*

La falta de intimidad y la intimidad fue una barrera y un facilitador al establecimiento de una relación terapéutica de calidad según las experiencias de los fisioterapeutas participantes en la investigación, por lo que es un tema que ya ha sido discutido en este trabajo. Una vez más la intimidad es vista como un facilitador por los pacientes participantes. Los pacientes entienden que para establecer una relación de cercanía y confianza, en ocasiones contar con momentos de relación personales en los cuales el paciente pueda sentirse aceptado y escuchado, es de vital importancia.

Los participantes estuvieron de acuerdo en que un *ambiente emocional* de tranquilidad, confianza, y con poca gente en el lugar de tratamiento facilitó el que se encontrasen más relajados y más libres de expresarse, y de esa manera la percepción del establecimiento de una relación de calidad con su fisioterapeuta fue mayor.

*Mi padre, es, para él lo que le ayudaba a estar ahí era el ambiente. Que era como un club, un club, como un grupo de amigos que están aquí. Es una...el ambiente de tranquilidad y confianza, por decirlo de alguna manera, es bueno.*

*Si en la sala hay poca gente, la gente normal y hay un ambiente suave, es mucho más relajante.*

En este sentido, Medina-Mirapeix *et al*(2007) afirman en su estudio que la interacción entre pacientes tiene una influencia positiva si estos perciben el apoyo los unos de los otros, lo que provoca un ambiente de motivación, y permite conocer a personas con experiencias similares, desarrollando relaciones de ayuda mutua.

Este tipo de interacción facilita el establecimiento de un clima de relax, aceptación y compañerismo donde el aspecto relacional se intensifica y produce un estímulo motivacional en los pacientes.

### **3. Comparación e identificación de aspectos comunes y divergentes de las experiencias y percepciones de los fisioterapeutas y de los pacientes de los servicios sanitarios públicos sobre la calidad de la relación terapéutica que se establece entre ambos**

A continuación nos proponemos comparar las experiencias acerca de la percepción que fisioterapeutas y pacientes tienen de los elementos que proporcionan calidad a la relación terapéutica que se establece entre ambos. Como ya se comentó en la introducción del presente estudio, que creemos conveniente destacar en este momento, la percepción del servicio que tienen los usuarios suele ser diferente de la que tienen los profesionales sanitarios(51). Las percepciones de los usuarios sobre la calidad del servicio que se les ofrece están construidas de forma más general, y se basan en una visión más holística de su experiencia como usuarios del servicio. Aunque pueden incluir valoraciones sobre la calidad técnica, suelen centrarse en aspectos como es la interacción con el profesional, los aspectos físicos y la calidad del ambiente donde se desarrolla la atención sanitaria(47).

Como tanto del análisis de los resultados de los grupos focales de fisioterapeutas como de pacientes surgieron dos grandes temas, barreras y facilitadores y de estos tres subtemas, profesional, paciente y ambiente, estructuraremos este apartado en base a la comparación de estos temas y subtemas, introduciendo la discusión de cada categoría que vaya apareciendo, del mismo modo que venimos realizando en los dos apartados de resultados anteriores.

### ***3.1 Aspectos comunes y divergentes de las percepciones de fisioterapeutas y pacientes en cuanto a las barreras a la relación terapéutica de calidad***

En ambos tipos de grupos, tanto los fisioterapeutas como los pacientes estuvieron de acuerdo en que hubo algunos aspectos que se comportaron como barreras al establecimiento de una relación terapéutica de calidad entre ambos.

Los entrevistados percibieron estas situaciones en tres subtemas distintos que se refieren a: Profesional, Paciente, y Ambiente.

A continuación describimos cada uno de estos tres subtemas:

#### **3.1.1 Aspectos comunes y divergentes en cuanto a las barreras del profesional a la relación terapéutica**

Del análisis de los resultados de los grupos focales de fisioterapeutas y pacientes surgieron tres y cuatro categorías respectivamente, referentes a barreras del propio profesional al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Tanto fisioterapeutas como pacientes explicaron percepciones según las cuales algunas *características del profesional* y algunas *maneras interpersonales del fisioterapeuta* se convertían en barreras al establecimiento de una relación terapéutica de calidad, mientras que la *falta de formación en habilidades de comunicación* fue una barrera propia solo percibida por los fisioterapeutas y la *falta de seguimiento de las prescripciones* y la *falta de habilidades de comunicación para transmitir malas noticias* fueron barreras del profesional percibidas únicamente por los pacientes.

Fisioterapeutas y pacientes percibieron que algunas *características del profesional* ejercían como barreras al establecimiento de la relación terapéutica. Mientras que para los fisioterapeutas estas características son *la edad, el sexo y el mal estado de ánimo o físico*,

para los pacientes son *la negatividad* del profesional y *la percepción de inseguridad o falta de autoestima* de este.

Según los fisioterapeutas *la edad*, en cuanto a que la juventud puede ser percibida por los pacientes como una falta de experiencia; por otro lado, perciben que el paciente puede sentirse incómodo en determinadas ocasiones por el *sexo* del profesional que les trata (por ejemplo, a algunos hombres no les gusta ser tratados por otros hombres). Sin embargo estas dos características no parecen influenciar la relación según los pacientes, puesto que expresaron percepciones en este sentido.

Los fisioterapeutas expresan que su mal estado de ánimo o físico puede convertirse en una barrera, mientras que los pacientes perciben que es la negatividad y la inseguridad del profesional lo que ocasiona esta barrera. Entendemos, tal y como afirmó Beck en 1979(257) que la tríada cognitiva de la depresión incluye un procesamiento negativo potenciado de uno mismo, de su futuro y del ambiente externo en el que se encuentra. Si esto es así, podría ocurrir que la percepción del fisioterapeuta de que su mal estado de ánimo dificulta la relación terapéutica con el paciente esté basada en este procesamiento cognitivo, el cual a su vez puede provocar en los pacientes precisamente la percepción de que el fisioterapeuta tiene un carácter negativo, inseguro o que tiene falta de autoestima

Estas percepciones diferentes de la misma realidad podrían ser subsanables desde la comprensión mutua, a través de una buena relación terapéutica donde el profesional exprese su estado de manera auténtica y puede hacer comprender al paciente que no pasa por un buen momento pero que hará lo posible por ayudarlo. Para esto consideramos necesario que el profesional sepa darse cuenta de cuándo se encuentra en este estado. Como afirman Mean *et al*(23) una de las cinco partes importantes de la terapia centrada en el paciente es el profesional como persona, por lo que creemos que la regulación emocional del profesional debe ser un ítem importante a la hora de aprender a establecer una relación terapéutica de calidad. Estamos de acuerdo con Gunvor y Gyllensten(187) cuando afirman que identificar y expresar emociones, requisitos de inteligencia emocional, son capacidades muy necesarias en situaciones de tratamientos de fisioterapia,

y más teniendo en cuenta que en los resultados de las percepciones de los pacientes en cuanto a su relación con los fisioterapeutas, las emociones de estos pueden convertirse en barreras al establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

Ambos, fisioterapeutas y pacientes manifestaron que existen *maneras interpersonales del fisioterapeuta* que constituyen barreras al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Dentro de esta categoría estuvieron de acuerdo en que la *falta de interés* y la *falta de respeto hacia el paciente*, percibido por estos como que *no se les trata como a una persona, sino como a un mueble*, eran maneras interpersonales del fisioterapeuta que se comportaban como barreras. Parece ser que la falta de respeto del fisioterapeuta hacia el paciente es una situación que ocurre en el ámbito de la fisioterapia, puesto que los dos protagonistas de la relación expresan percepciones de que esto sucede. El respeto en una relación se nos antoja sumamente importante. Ya en el apartado de resultados de los grupos focales de los fisioterapeutas hemos discutido sobre este tema. Praestegaard y Gunvor(214) afirman que no solo puede ser una barrera al establecimiento de la relación sino también una falta de ética y Brady y Cronin(13) lo mencionan como parte de un ítem de calidad, la actitud, en las prestaciones de un servicio. Creemos que el escuchar activamente, ser auténtico, aceptar incondicionalmente al otro y adoptar una actitud empática debe desarrollarse mediante un profundo respeto por la otra persona, como afirma Rogers(70).

En cuanto a la percepción de que la falta de interés en el paciente que expresan los fisioterapeutas es una barrera a la relación terapéutica, se puede interpretar como una falta de respeto, y de hecho lo es y así es recibido por los pacientes, pero según el análisis de las percepciones de los fisioterapeutas también estos lo entienden como un recurso a una falta de respeto a su persona y trabajo cuando afirman que ....*Entonces ella misma me estaba diciendo: “yo no los voy a hacer”, claro yo misma me estaba diciendo: “mira ahí tienes la puerta, ¿para qué has venido?. Y encima me estás haciendo perder el tiempo y encima me estoy sintiendo una “m”, porque mi trabajo ni le estás dando valor.* Entendemos que en la relación terapéutica centrada en el paciente se debe comprender el porqué este se comporta de una determinada manera y no personalizar la situación como un ataque u ofensa hacia el profesional, puesto que es el paciente el que acude a pedir

ayuda. Como afirman Moreno *et al*(131) dentro de la campo de la enfermería en salud mental “en ocasiones percepciones, temores y mecanismos de autoprotección limitan la relación y ponen distancia entre el paciente y la enfermera”. Es por esto que de nuevo ponemos de manifiesto la necesidad de la regulación emocional y el autoconocimiento por parte de los profesionales de la fisioterapia como medio para poder establecer una relación terapéutica de calidad.

Los fisioterapeutas participantes comentaron que percibían que la *falta de escucha* al paciente, el *exceso de confianza* y el *tratar en base a la patología y no a la persona* se comportan como barreras a su percepción de una alta calidad de la relación terapéutica, mientras que los pacientes consideraron la *mala comunicación no verbal* y la *falta de sensibilidad a los cambios en el estado del paciente*.

Mientras que para los fisioterapeutas la percepción es de falta de escucha por su parte al afirmar: *no hay comunicación realmente, él está hablando pero yo a veces no estoy comunicándome con él, porque estoy... Sobre todo si tienes terapia manual, yo estoy concentrada en la vía que estoy*, los pacientes interpretan esa falta de escucha como una mala comunicación no verbal cuando afirman *...pero una persona que me esté hablando y no me mire a los ojos, si yo te estoy hablando, y te dice: “no, si yo te escucho”*. Comparando las percepciones de ambos grupos nos damos cuenta de que existe una mala comunicación en ese momento, puesto que el profesional intenta llevar la atención a la vía del tacto y el paciente continúa con la comunicación oral creándose, efectivamente, una barrera al establecimiento de la relación terapéutica de calidad. El paciente habla y aunque el fisioterapeuta está concentrado y trabajando con sus manos, espera señales no verbales de escucha activa. Nos llama la atención en este caso la importancia que dan los pacientes a la comunicación no verbal, como ya expusieron Pinto *et al*(212) puesto que no interpretan que no están siendo escuchados, sino que parecen sentir que su persona no está siendo tomada en cuenta por el profesional, que éste no les da la atención necesaria a su persona. Entendemos este resultado de vital importancia a la hora de establecer una relación terapéutica centrada en el paciente.



El *exceso de confianza* que expresaron los fisioterapeutas como una barrera al establecimiento de la relación terapéutica de calidad no parece ser importante para los pacientes, puesto que no expresaron experiencias ni percepciones relativas a ello. Creemos que en principio esto puede ser debido a que el exceso de confianza es percibido como positivo por el paciente puesto que se pasa de la relación terapéutica a una relación más estrecha, de amistad. Según la teoría de Oliver(53), esta característica de la relación no provoca en el paciente un aumento de su percepción de calidad del servicio, sino que influye en su satisfacción, aumentándola. El profesional, por su parte, percibe que en ocasiones se crea un ambiente distendido en la sala de tratamiento que facilita el transcurso de la rehabilitación, pero que si no es controlado puede escapársele de las manos, dificultando la relación terapéutica, siendo la percepción de los profesionales que “...*hay un exceso de confianza.... No tenemos todavía la profesionalidad de lo que debería ser el trato con un paciente...*”. Entendemos, por lo expresado anteriormente, que este exceso de confianza sea percibida solo por el fisioterapeuta como una barrera al establecimiento de la relación terapéutica de calidad, no influyendo positiva ni negativamente en la percepción de calidad de la relación terapéutica en el caso del paciente.

Los fisioterapeutas opinaron que el hecho de *tratar en base a la patología y no a la persona*, fue una forma de actuar que dificultaba el establecimiento de una buena relación terapéutica; por su parte los pacientes estuvieron de acuerdo en que la *falta de sensibilidad a los cambios en el estado del paciente* por parte del fisioterapeuta afectaba negativamente a su percepción de la calidad de la relación terapéutica. Creemos que estas dos percepciones vienen a significar lo mismo pero desde los grupos de pacientes se expresa con más precisión y desde un enfoque biopsicosocial. Los fisioterapeutas reflejan como una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad el hecho de que no se trate a la persona de manera individual, sino que se siga un tratamiento protocolizado para una patología, mientras que los pacientes opinan que quieren ser tratados teniendo en cuenta su día a día y el cambio que la parte psicosocial pueda comportar en sus sensibilidades. Esto lo expresan perfectamente Del Baño *et al*(44) al afirmar que la comprensión y sensibilidad por parte del profesional de los cambios tanto a nivel emocional, propiciados por circunstancias personales, como a nivel funcional que ocurren en el día a día, y el poder adaptarse a estas circunstancias, es

percibido por los pacientes como un servicio de alta calidad. Mead(23) afirma que cada persona tiene una experiencia individual de su patología, por lo que el desarrollo de los cuidados debe basarse en la atención, sensibilidad, empatía, auto-conciencia y atención a las señales emocionales de cada individuo.

En este sentido encontramos una crítica por parte de los fisioterapeutas al tratamiento protocolizado y una creencia en el tratamiento individual, pero nos parece intuir que todavía no se han arraigado las bases del tratamiento biopsicosocial, que es lo que parecen reclamar los pacientes, lo que sin duda nos parece una barrera al establecimiento de la relación terapéutica centrada en la persona.

Como barrera del profesional al establecimiento de la relación terapéutica de calidad expresada únicamente por los pacientes encontramos la percepción de *falta de seguimiento de las prescripciones* por parte de los fisioterapeutas. El seguimiento de los ejercicios terapéuticos por parte del profesional es percibido como un ítem de calidad por parte de los pacientes, mientras que los fisioterapeutas no parecen otorgarle importancia. Quizá los profesionales deberían prestar más atención a ello, puesto que puede ser visto como una muestra de interés hacia el paciente. Ya hemos referenciado como la monitorización y vigilancia de los ejercicios incrementa la motivación y adherencia a los mismos(249).

Por último dentro del apartado de Barreras del profesional expresadas por los participantes de los grupos focales nos queda una categoría expresada por los fisioterapeutas, la *falta de formación en habilidades de comunicación*, donde estos introducen la *falta de formación en habilidades comunicativas grupales*, la *falta de formación en contacto con el público*, la *falta de formación en asertividad* y la *falta de formación para comunicar malas noticias*. Mientras que la categoría expresada por los grupos focales de pacientes fue la *falta de habilidades de comunicación para transmitir malas noticias*.

Tanto fisioterapeutas como pacientes participantes percibieron que la falta de formación o habilidad para comunicar malas noticias se comportaba como una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Entendemos, como afirma Liénard(220), que el comunicar malas noticias es una de las tareas más estresantes para el profesional de la salud y que la falta de formación aumenta ese estrés. En numerosas ocasiones durante la rehabilitación se dan situaciones en las cuales el paciente pide saber el pronóstico de su patología o lesión y no siempre este es positivo. Los pacientes comentan: *...yo creo que esperas que te digan que te vas a quedar perfecto, y ellos no pueden decirte eso, entonces no saben cómo decírtelo y muchas veces no pueden decirte que te vas a quedar mal.* El ocultar información que el paciente quiere saber o el dar una mala noticia de forma errónea sin duda se puede comportar como una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad, puesto que si se oculta la verdad, aún sabiéndola, el profesional pierde autenticidad y no es posible establecer la confianza necesaria para llevar a cabo una relación adecuada. Si se da la noticia pero no de forma correcta o en el momento o lugares indicados, el resultado puede ser una percepción de falta de sensibilidad, como afirman Radziewicz y Baile(221), con lo que entendemos que la falta de formación en habilidades para transmitir malas noticias sea percibido como una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad por parte de profesionales y pacientes.

Entendemos que quizá la coordinación de todo el equipo terapéutico que trata al paciente debería asegurar que este recibe toda la información necesaria, en el momento necesario y de la forma más idónea. Epstein(227) afirma que esa coordinación debería asegurar que los cuidados ofrecidos por los diferentes miembros del equipo vayan dirigidos hacia el mismo lugar y tengan el mismo enfoque terapéutico, consiguiendo de esta manera que el paciente se sienta respetado. Así entendemos que quizá la coordinación con la figura del médico debería ser clave a la hora de administrar malas noticias.

### 3.1.2 Aspectos comunes y divergentes en cuanto a las barreras del paciente a la relación terapéutica

Del análisis de los grupos focales de fisioterapeutas y pacientes surgieron seis y cuatro categorías respectivamente que definieron percepciones acerca de las barreras del propio paciente al establecimiento de la relación terapéutica de calidad.

Los fisioterapeutas expresaron que percibían como barreras a una buena relación terapéutica atribuibles al paciente *características del propio paciente, comportamientos inadecuados por parte de pacientes y/o familiares, prejuicios hacia el fisioterapeuta, expectativas de tratamiento y/o de resultados, intereses ocultos y desconfianza en el sistema*. Los pacientes participantes expresaron que percibían como barreras atribuibles al propio paciente *la edad, la actitud pasiva o distante, la falta de afinidad con el fisioterapeuta y las expectativas sobre la actuación profesional o sobre los resultados del tratamiento*. Como el análisis de los resultados de los grupos de fisioterapeutas arrojó un mayor número de barreras, empezaremos relatando los resultados de este grupo para comprobar si los resultados pueden ser o no comparados con los de los grupos de pacientes.

En cuanto a la categoría de *características del propio paciente*, los fisioterapeutas entrevistados aseguraron percibir que *la edad, el sexo, la personalidad dependiente, las barreras lingüísticas, culturales y socioeconómicas, la baja percepción de autoeficacia y el rechazo al contacto físico* se comportaban como barreras del paciente al establecimiento de la relación terapéutica de calidad.

De estas destacamos la *edad*, por ser una percepción de barrera expresada también por los grupos focales de pacientes. En ambos grupos hubo coincidencias en que la edad del paciente, en cuanto a disminución de capacidades cognitivas, aprendizaje y capacidades físicas que pueden afectar a la comunicación, se convierte en una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Entendemos que esto es así y que,

debido a esto, los profesionales deberían basar la calidad de la relación en el cariño, la paciencia y la aceptación de las limitaciones del paciente, ajustando las expectativas del tratamiento a las dificultades con las que nos encontramos sin que estas lleguen a ser una barrera a una relación terapéutica de calidad.

En cuanto al *sexo*, la *personalidad dependiente*, las *barreras lingüísticas, culturales y socioeconómicas*, la *baja percepción de autoeficacia*, y *el rechazo al contacto físico* son percepciones de los fisioterapeutas que no se corresponden con las percepciones de los pacientes. Entendemos que todas ellas son características con las que acude el paciente a la rehabilitación que se deben tener en cuenta y que dificultan tanto la comunicación como el establecimiento de la relación terapéutica, pero también entendemos que bajo el paradigma de la relación terapéutica centrada en la persona y del enfoque biopsicosocial deben ser comprendidas y aceptadas por los profesionales, que son quienes deben llevar las riendas de la relación terapéutica, siendo este precepto la base para poder solventarlas y que finalmente no dificulten la relación.

La segunda categoría percibida por los grupos focales de fisioterapeutas como barreras de los pacientes al establecimiento de la relación terapéutica de calidad fueron los *comportamientos inadecuados por parte de pacientes y/o familiares*. Dentro de esta categoría encontramos los *comportamientos conflictivos*, el *exceso de confianza*, la *petición de información sobre otros pacientes*, la *conspiración del silencio*, la *falta de atención y de escucha*, y la *actitud pasiva depresiva o falta de motivación*. Para poder comparar con las percepciones de los pacientes sólo encontramos una categoría que surgió tras el análisis de los resultados de los grupos focales de estos, que fue la *actitud pasiva o distante*. Entendemos que la percepción de una *actitud pasiva o distante* que experimentan los pacientes como barrera propia, puede ser comparada a la *falta de atención y escucha* y a la *actitud pasiva, depresiva o falta de motivación* que expresan los fisioterapeutas como barrera de los pacientes. Los pacientes experimentan que en ocasiones a ellos les cuesta abrirse a la relación con el fisioterapeuta y reconocen cuando afirman: *...depende del paciente, porque algunos no se abren, pero si tú te abres con la "fisio" y hablas, la veo súper agradable*, que ellos también deben hacer un esfuerzo por establecer esa relación.

En cuanto a los *comportamientos conflictivos*, la *petición de información sobre otros pacientes* y el *exceso de confianza*, no encontramos percepciones parecidas en los resultados de los grupos de pacientes. Entendemos, por otro lado, que estos comportamientos pueden deberse a un mal manejo de las relaciones por parte de los profesionales, por lo que no podría ser interpretado como una barrera del paciente.

Mención aparte nos parece la percepción de barrera del propio paciente denominada *conspiración del silencio*, donde, a instancias de la familia, se le niega al paciente información sobre su estado que este ha demandado, creándose una especie de conspiración entre el profesional y el familiar supuestamente en beneficio del paciente. Esta percepción no la tienen los pacientes entrevistados, posiblemente porque no les haya ocurrido o si así fue, no lo supieran. Entendemos que si esto ocurre, el profesional es el que debe manejar la situación reuniéndose con el equipo y decidiendo la mejor opción siempre en beneficio del paciente. Nos parece que si se da esta conspiración, de la cual el paciente es excluido, no puede instaurarse una relación terapéutica de calidad, puesto que no existe una confianza total.

La tercera categoría expresada en los grupos focales de fisioterapeutas fue la percepción de que en ocasiones los pacientes acuden a rehabilitación con *prejuicios hacia el fisioterapeuta*. No hemos encontrado la misma percepción durante el análisis de resultados de los grupos focales de pacientes pero sí que afirman que en ocasiones experimentan una *falta de afinidad con el fisioterapeuta* desde el primer contacto, cuando este no les genera la confianza necesaria, y no saben expresar porqué. En este sentido los propios pacientes sí podrían referirse a barreras propias, al juzgar al profesional sin conocerlo. Cuando esto ocurre entendemos que la labor del fisioterapeuta debería ser respetar los sentimientos y percepciones del paciente e intentar llegar a comprenderlos, mediante la empatía, la escucha activa y la aceptación incondicional.

La cuarta categoría surgida del análisis de los grupos focales de fisioterapeutas en cuanto a barreras del propio paciente al establecimiento de la relación terapéutica fue *las expectativas de los pacientes acerca del tratamiento y/o de los resultados*. Esta misma

percepción surgió como categoría durante el análisis de los grupos focales de pacientes: *expectativas sobre la actuación profesional o sobre el resultado del tratamiento*. Así entendemos que tanto fisioterapeutas como pacientes perciben que las expectativas con las que acude el paciente a la rehabilitación, en cuanto a tratamiento y resultados del mismo, se pueden convertir en barreras al establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

De nuevo nos referimos a Potter *et al*(16) para afirmar que las expectativas de curación poco realistas y las ideas preconcebidas acerca del tratamiento son barreras al establecimiento de la relación terapéutica de calidad. Esta misma percepción es experimentada por los fisioterapeutas y pacientes participantes del presente estudio, por lo que se aumenta la evidencia científica de la misma. Este hallazgo nos parece muy interesante, puesto que pone de manifiesto la necesidad de establecer una alianza terapéutica en la cual juntos, profesional y paciente, propongan los objetivos de tratamiento, que deberán basarse en objetivos del propio paciente, y cómo llevarlos a cabo. De esta manera el paciente expresa sus expectativas, que deben ser comprendidas por el profesional. Posteriormente serán evaluadas y, mediante el acuerdo mutuo, perfiladas por ambas partes. Durante este diálogo se instaura la relación terapéutica, ya que a través de la actitud empática, la escucha activa y la aceptación incondicional, el profesional debe transmitir que entiende el porqué el paciente ha generado sus expectativas. Creemos que este punto es básico para poder discutirlos luego. De esta manera las expectativas pueden ser ajustadas a la realidad del paciente y de sus posibilidades de recuperación.

Las dos últimas categorías percibidas por los grupos focales de fisioterapeutas como barreras del propio paciente al establecimiento de la relación terapéutica no tienen correspondencia con ninguna de las experiencias y percepciones relatadas por los pacientes: los *intereses ocultos* y *la desconfianza en el sistema*. La percepción de que el paciente, durante su rehabilitación oculta algún interés como alargar la baja o conseguir dinero de alguna indemnización no fue experimentada por los participantes de los grupos focales de pacientes, aunque entendemos que estas situaciones pueden darse y que si es

así, son barreras al establecimiento de la relación terapéutica, puesto que no existe confianza entre las dos partes.

Por otro, lado los fisioterapeutas participantes expresaron que percibían que la privatización del sistema sanitario público crea desconfianza en el paciente, quien teme o percibe que este nuevo sistema ejerce más presión en los profesionales y escatima en gastos, lo cual podría repercutir en un menor número de sesiones, o en un mayor ratio fisioterapeuta paciente, lo que afectaría al tiempo instaurado para cada paciente. No encontramos esta percepción durante el análisis de los resultados de los grupos focales de pacientes, pero entendemos que si esto fuera así, esta desconfianza pueda comportarse como una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad.



### **3.1.3 Aspectos comunes y divergentes en cuanto a las barreras del ambiente a la relación terapéutica**

Tanto del análisis de los resultados de los grupos focales de fisioterapeutas como del de pacientes se extraen dos aspectos del ambiente en el que se desarrolla el tratamiento de fisioterapia que se perciben como barreras al establecimiento de una relación terapéutica de calidad: *la organización del servicio y las características del espacio físico*.

En cuanto a la *organización del servicio*, ambos están de acuerdo en que la *falta de coordinación del equipo* se convierte en una barrera al establecimiento de una relación de calidad. En este sentido tanto unos como otros manifestaron que el hecho de que cada profesional tenga una visión diferente del tratamiento y/o del pronóstico, y se la transmita al paciente influye en la confianza de este hacia el equipo y el fisioterapeuta que le trata a diario. Durante el proceso de rehabilitación en paciente puede ser visitado y/o tratado por varios profesionales. Entendemos que para que se aumente la confianza mutua en todos ellos, estos deberían encaminar su información, tratamiento y cuidados en el mismo sentido, como apunta Epstein(227). Además, el estrés y el miedo que acompaña a la incertidumbre con la que el paciente vive su situación puede agravar o convertirse en un factor de cronicidad de su estado como así concluyen Hülsebusch *et al* (258), por lo que aquí podemos encontrar un nexo de unión entre la calidad de la relación terapéutica basada en la confianza y los resultados terapéuticos. Ya que, tanto las percepciones de los profesionales como las de los pacientes de este estudio, como la evidencia aportada se encamina hacia la necesidad de una buena coordinación entre todos los profesionales que atienden al paciente, creemos suficientemente importante mejorarla para que no se convierta en una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad y pueda ayudar a una pronta recuperación de los pacientes.

Los fisioterapeutas participantes en los grupos focales aseguraron que percibían el *tiempo insuficiente de tratamiento*, el *excesivo ratio fisioterapeuta-paciente*, y las *listas de espera* como barreras a la relación terapéutica de calidad. Los pacientes participantes se expresaron en parecidos términos, relatando la percepción de *saturación del servicio*

como percepción de barrera a la relación de calidad. Nos llama la atención que sean los profesionales los más explícitos y los que expliquen más pormenores a la hora de definir percepciones en cuanto a la saturación del servicio, puesto que serían los pacientes los más perjudicados por dicha circunstancia, ya que son ellos los que sufren las listas de espera y la disminución del tiempo que el fisioterapeuta les dedica. Se nos ocurren dos posibles explicaciones a esta circunstancia: en primer lugar, puede ser que los fisioterapeutas estén muy concienciados y preocupados por la calidad de los tratamientos que aplican, lo cual hace que tengan muy en cuenta los pormenores de la saturación de su servicio y cómo esto les afecta tanto a ellos como a sus pacientes; por otro lado, es posible que las condiciones de saturación en las que están trabajando provoquen “burnout” en los profesionales. Sea por la causa que sea, entendemos que lo importante es la percepción que tienen ambos, profesiones y pacientes, de la situación de saturación en la que se desarrolla la terapia, y como esto se comporta como una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

Tanto los fisioterapeutas como los pacientes participantes en los grupos focales percibieron que las *interrupciones a lo largo del tratamiento* se comportaban como barreras al establecimiento de la relación terapéutica. Esta percepción de ambos podría ser debida de nuevo a la saturación del servicio y al excesivo número de pacientes que realizan al tratamiento a la vez en la misma sala.

Otra percepción de barrera a la relación terapéutica en la que coincidieron los participantes de los grupos focales de fisioterapeutas y pacientes fue la *falta de continuidad con el profesional* que inicia y desarrolla el tratamiento. Tanto profesionales como pacientes parecen ser sensibles a los cambios de fisioterapeuta una vez iniciado el tratamiento, corroborando lo que afirman autores como Hush et al(14) y Beattie et al(40) de que el ser tratado por el mismo profesional aumenta la satisfacción con los cuidados de salud. Entendemos que una vez se ha establecido la relación y existe confianza, empezar de nuevo con otro profesional se convierte en un impedimento para una relación terapéutica de calidad, sobretodo cuando ya existía una afinidad con el profesional anterior.

Los fisioterapeutas entrevistados coincidieron en que *el uso de las nuevas tecnologías* se convierte en una barrera al establecimiento de la relación terapéutica, debido a que el tiempo que pasan sentados frente al ordenador redactando informes o escribiendo cursos clínicos es tiempo que pierden de relación con los pacientes. Sin embargo, no encontramos esta percepción durante el análisis de los grupos focales de pacientes.

Por último, nos parece importante destacar la percepción de los pacientes sobre la existencia de una *falta de autonomía profesional del fisioterapeuta*. Nos parece especialmente relevante que los pacientes experimenten que los fisioterapeutas trabajan con falta de autonomía para tomar decisiones terapéuticas, para informar sobre temas de diagnóstico, pronóstico y tratamiento, ya que este límite en la libertad puede provocar desconfianza entre el paciente y el fisioterapeuta. La percepción de los pacientes es que el fisioterapeuta sabe y puede trabajar modificando el tratamiento en función del estado y evolución del paciente, pero que no lo puede hacer porque es el médico, después de visitar al paciente, el que lo realiza, con lo que en ocasiones la evolución del paciente va más deprisa que la evolución del tratamiento. Los pacientes afirman: *no me asegura cómo va a quedar.....que a ver cuando vaya a la rehabilitadora qué es lo que te ha dicho, como que no se moja. Él no, no tiene ninguna libertad a la hora de opinar, lo estoy notando, porque yo le pregunto y es como no.*

Esta percepción de falta de autonomía de los fisioterapeutas que experimentan los pacientes, nos parece que en efecto se comporta como una barrera al establecimiento de una relación terapéutica de calidad, ya que puede ser que el paciente entienda que el profesional no hace todo lo que puede por él, sobre todo si este no se comporta de manera franca y auténtica, manifestando el porqué de sus actuaciones y decisiones.

En cuanto a las características del espacio físico, los participantes en los grupos focales tanto de fisioterapeutas como de pacientes estuvieron de acuerdo en que su percepción de la calidad de la relación terapéutica fue dependiente de la arquitectura de la sala de rehabilitación y de la falta de intimidad, ya que algunos aspectos relacionados con esto se podían comportar como barreras al establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

Ambos grupos de participantes explicaron que, en ocasiones, la sala de rehabilitación está diseñada de manera que el profesional no puede ver lo que hace el paciente por lo que no puede controlar los ejercicios que este realiza, ni corregir si algo no se hace bien. Por otro lado, ambos coinciden también en la falta de espacios para poder realizar tratamientos individualizados en los que exista cierta intimidad para poder hablar temas que podrían estrechar lazos terapéuticos, y cuando estos espacios existen no suelen estar bien diseñados y los demás pueden escuchar las conversaciones, con lo que no sirven para mantener la intimidad deseada. Entendemos que tanto una deficiente arquitectura de la sala como la falta de espacios para mantener la intimidad sean percibidas como barreras al establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

### ***3.2 Aspectos comunes y divergentes de las percepciones de fisioterapeutas y pacientes en cuanto a los facilitadores a la relación terapéutica de calidad***

Tanto los fisioterapeutas como los pacientes manifestaron que algunos aspectos de su interacción con el fisioterapeuta o con el ambiente donde se desarrolló el proceso terapéutico facilitaron su percepción de una alta calidad de la relación terapéutica.

Los entrevistados percibieron estas situaciones facilitadoras en tres subtemas distintos: Profesional, Usuario, y Ambiente.

A continuación describimos cada uno de estos tres subtemas:

#### **3.2.1 Aspectos comunes y divergentes en cuanto a los facilitadores del profesional a la relación terapéutica**

Tanto en los grupos focales de fisioterapeutas como en los de pacientes encontramos experiencias y percepciones atribuibles al profesional que facilitan la percepción de una alta calidad de la relación terapéutica por parte del paciente.

En ambos perfiles de grupos focales el análisis de los resultados indicó que existen cuatro categorías percibidas como facilitadores del profesional. De las cuatro, tres fueron comunes para los grupos de fisioterapeutas y los de pacientes. Estas fueron: las *características del profesional*, las *maneras interpersonales*, y el *proporcionar información y consejos*. La cuarta categoría expresada por los fisioterapeutas fue la *formación de grupos de pacientes afines* mientras que los pacientes consideraron que los *buenos resultados terapéuticos* son un facilitador del profesional para su percepción de una alta calidad de la relación terapéutica. A continuación pasamos a analizar las coincidencias y las divergencias entre las percepciones de profesionales y pacientes

En cuanto a las *características del profesional*, pese a que tanto fisioterapeutas como pacientes hicieron referencia a que facilitan la relación con el paciente, las percepciones sobre cuáles son estas características difieren entre los grupos focales de fisioterapeutas y de pacientes.

Los fisioterapeutas indicaron que la *edad*, en referencia a que el paciente relaciona juventud con inexperiencia, por lo que la madurez puede ser un facilitador, y el *sexo* del profesional, en referencia a que los pacientes se sienten más cómodos según si son tratados por un hombre o una mujer, influyen en su percepción de una alta calidad de la relación terapéutica. Estas dos percepciones ya fueron descritas por los fisioterapeutas como barreras cuando ocurren al revés, por lo que los grupos de fisioterapeutas no aportaron nada nuevo en cuanto a características propias que puedan comportarse como facilitadores.

Por otro lado, los pacientes percibieron que existen otras características del profesional que pueden facilitar el establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Estas fueron: *la profesionalidad, la actitud cercana, la empatía, la autenticidad y la aceptación incondicional*.

Encontramos que tres de los componentes de la relación terapéutica son percibidos por los pacientes como características personales del fisioterapeuta que facilitan el establecimiento de una relación terapéutica de calidad: la empatía, la autenticidad y la aceptación incondicional. Nos parece relevante que los pacientes perciban estas tres características como propias del fisioterapeuta, puesto que son precisamente las que definió Rogers en 1951(67), y a las que después se añadió la escucha activa. También nos parece relevante que, según los fisioterapeutas, ninguna de estas características actúe como un facilitador de su percepción de una alta calidad de la relación terapéutica. Como veremos a continuación, los fisioterapeutas sí perciben la empatía como un facilitador propio, pero enmarcado dentro de sus propias maneras interpersonales. Lo que no contemplan de ninguna manera es que la autenticidad y la aceptación incondicional sean atributos que les puedan facilitar el establecimiento de una relación terapéutica de calidad centrada en el paciente. Entendemos aquí necesario establecer un replanteamiento de lo

que es la relación terapéutica centrada en el paciente y quizá aumentar los conocimientos que sobre ella tiene los fisioterapeutas.

Tanto los grupos focales de fisioterapeutas como los de pacientes percibieron que existen ciertas *maneras interpersonales del fisioterapeuta* que pueden comportarse como facilitadores al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. A continuación vamos a relatar las percepciones de *maneras interpersonales del fisioterapeuta* en las cuales coinciden tanto fisioterapeutas como pacientes.

Los fisioterapeutas y pacientes participantes en los grupos focales coincidieron en que la *escucha activa, la implicación*, según los fisioterapeutas, *el interés e implicación en los problemas del paciente* según los pacientes, *el demostrar seguridad y confianza y el tratar al paciente como parte de un equipo*, según los fisioterapeutas, y *la toma de decisiones conjunta*, según los pacientes, son maneras interpersonales del fisioterapeuta que facilitan el establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

La escucha activa es percibida tanto por los fisioterapeutas como por los pacientes como una característica interpersonal del fisioterapeuta que facilita el establecimiento de la relación terapéutica. Entendemos que esto es así, puesto que la escucha activa es un elemento de la comunicación no verbal interpersonal.

En cuanto a la implicación, parece ser que los profesionales la entienden como implicación total en el tratamiento en sí, aconsejando y buscando la manera más adecuada de mejorar al paciente, y que este *...se va convencido de que yo dentro de las posibilidades que tengo,.....he hecho todo lo posible por ayudarlo a mejorar, yo creo que sí*. Sin embargo muchos pacientes manifestaron que no sólo quieren implicación del profesional en el tratamiento, sino también en los problemas que le puedan surgir, y lo explican cómo: *... alguien se preocupa por lo que tú estás diciendo.....muy agradable*, lo cual indica que esta experiencia actúa como un facilitador de la percepción de alta calidad en la relación terapéutica.

En cuanto a *demostrar seguridad y confianza*, tanto fisioterapeutas como pacientes coinciden en que es un facilitador al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Debemos resaltar que el *demostrar inseguridad o falta de autoestima* fue percibido también por los pacientes como una característica del propio fisioterapeuta que actuaba como una barrera al establecimiento de la relación terapéutica. Entendemos pues que esta característica es especialmente importante para ellos a la hora de establecer una relación de calidad con el profesional.

En cuanto a *tratar al paciente como parte de un equipo, o la toma de decisiones conjunta*, tanto pacientes como fisioterapeutas manifestaron que la forma de referirse al otro al hablar y el lenguaje utilizado es importante para establecer un equipo. Los fisioterapeutas perciben que el referirse al paciente en plural, estableciendo un “nosotros”: *...les encanta que les digas: “bueno, pues esto ya lo tenemos bien”, o sea, que hables en plural, como que es cosa de los dos*, facilita la relación, mientras que los pacientes perciben que el tratarse de tú a tú aumenta la sensación de equipo y de poder tomar las decisiones conjuntamente: *al final le vas hablando de tú a tú, ¿no?, y bueno pues eso, intent... vamos a intentar hacerlo de otra forma.*

Los participantes de los grupos focales de fisioterapeutas consideraron que la *amabilidad, la actitud cercana y la accesibilidad*, como formas interpersonales del fisioterapeuta, facilitan el establecimiento de la relación terapéutica. Por su parte los pacientes participantes percibieron el *acompañamiento y el apoyo emocional* como una manera interpersonal del fisioterapeuta que facilita el establecimiento de la relación terapéutica. Podemos entender que para los fisioterapeutas *la amabilidad, accesibilidad y la actitud cercana* puedan ser una forma de *acompañamiento*, aunque no indican apoyo emocional. De nuevo son los pacientes los que perciben la necesidad de ese apoyo emocional, muchas veces en forma de comprensión de sus emociones y situación.

Los fisioterapeutas consideraron que algunas características del profesional facilitaban la relación terapéutica: *la paciencia, el sentido del humor, el transmitir positividad, la confianza y la empatía*. Sin embargo, estas características no fueron citadas por los



pacientes como elementos que facilitaran su percepción de una buena calidad de la relación terapéutica. La negatividad ya fue percibida por los pacientes como una barrera al establecimiento de la relación terapéutica, por lo que entendemos que el transmitir positividad sea un facilitador. La paciencia, el sentido del humor y la confianza no fueron mencionados en los grupos focales de pacientes, aunque creemos que la confianza es algo necesario que se aspira conseguir y aumentar con todas las acciones que mencionamos. En cuanto a la *empatía*, mientras que para los participantes en los grupos focales de pacientes es una característica personal del fisioterapeuta que facilita la comunicación, para los fisioterapeutas es una manera interpersonal que parece ayudarles en sus relaciones. En este sentido nos sentimos más cercanos a la percepción de los pacientes, que piensan como Rogers(67), que debería ser una característica personal del profesional.

Los pacientes consideraron que algunas maneras interpersonales del profesional facilitaban la relación terapéutica: *la comunicación no verbal, el ajuste de las expectativas y la sensibilidad a los cambios*. Sin embargo, estas características no fueron citadas por los fisioterapeutas como elementos que facilitaran su percepción de una buena calidad de la relación terapéutica. Una vez más, *la comunicación no verbal y la sensibilidad a los cambios*, que ya fueron percibidas por los pacientes como barreras interpersonales del fisioterapeuta, aparecen aquí como facilitadores, lo que indica lo mucho que aprecian los pacientes en los profesionales estas maneras interpersonales que facilitan el establecimiento de la relación terapéutica de calidad. En cuanto al *ajuste de las expectativas*, fue una percepción de barrera tanto del fisioterapeuta como del propio paciente expresada en los grupos focales de pacientes, y aquí de nuevo surge como ítem que debe valorar y ayudar a ajustar el profesional, siempre después de comprender por qué el paciente tiene estas expectativas, y que facilita el establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Entendemos pues la importancia que tanto unos como los otros otorgan al ajuste de las expectativas del paciente, ya que si estas no se cumplen, los resultados terapéuticos no serán satisfactorios y la relación terapéutica puede no ser del todo plena.

Todos los participantes estuvieron de acuerdo en que su percepción de la calidad de la relación terapéutica estuvo directamente relacionada con el hecho y la forma de *proporcionar información y consejos* por parte del fisioterapeuta. Fisioterapeutas y

pacientes afirman que la información y los consejos que aporta el profesional son primordiales, tanto para obtener confianza como para lograr buenos resultados de tratamiento, y por tanto facilita el establecimiento de la relación terapéutica.

Por último, los fisioterapeutas consideraron relevante para facilitar su percepción de una buena relación terapéutica la *formación de grupos de pacientes afines*. Parece ser que la formación de grupos de pacientes de similares características favorece el ambiente que se crea en la sala de rehabilitación. Esta percepción fue contrastada por percepciones similares que surgieron tanto en los grupos de pacientes como de fisioterapeutas cuando se refirieron a los facilitadores del ambiente, y que veremos más adelante. Aquí cabe destacar que mientras que los fisioterapeutas parecen atribuirse el mérito de la formación de los grupos, pensamos que los pacientes perciben que se forman de manera espontánea gracias a la empatía que se crea al relacionarse personas con problemáticas similares.

### 3.2.2 Aspectos comunes y divergentes en cuanto a los facilitadores del paciente a la relación terapéutica

Pacientes y fisioterapeutas estuvieron de acuerdo en que algunas características del propio paciente facilitan su percepción de una relación terapéutica de calidad. Según los fisioterapeutas, estas fueron las *expectativas realistas del paciente sobre el tratamiento y la evolución* y la *afinidad con el fisioterapeuta*, mientras que los pacientes solo nombraron la *afinidad con el fisioterapeuta*.

De nuevo encontramos la percepción, esta vez solo por parte de los fisioterapeutas, de que las *expectativas realistas del paciente sobre tratamiento y evolución* facilitan la relación terapéutica. Como ya comentamos anteriormente, esta característica es percibida tanto por los fisioterapeutas como por los pacientes como una barrera de estos últimos para el establecimiento de una buena calidad de la relación terapéutica, mientras que el hecho de ser capaz de ajustar las expectativas de los pacientes es considerado por los mismos como una manera interpersonal del fisioterapeuta que facilita su percepción de una buena calidad de la misma. Queda reflejada pues, la importancia que tiene tanto para los profesionales como para los pacientes el ajuste de expectativas para poder establecer una relación terapéutica de calidad.

Por último, tanto pacientes como fisioterapeutas expresaron que la *afinidad del paciente con el fisioterapeuta* facilita su percepción de una buena calidad de la relación terapéutica. De nuevo nos referimos a Knobe(241) cuando afirma que las creencias y consideraciones morales propias de cada uno determinan el juicio de la realidad y el cómo actuar ante los demás, afectando a su manera de relacionarse. Entendemos pues que tanto profesionales como pacientes perciban la afinidad o “feeling” como algo que se tiene o no se tiene con el profesional. Esto queda reflejado cuando los pacientes afirman: *...hay personas que, bajo mi experiencia, desde el primer momento te caen mal y ya pueden hacer maravillas...* El tener esta afinidad facilitará pues la instauración de una relación terapéutica de calidad, como así perciben tanto fisioterapeutas como pacientes.

### 3.2.3 Aspectos comunes y divergentes en cuanto a los facilitadores del ambiente a la relación terapéutica

Tanto los fisioterapeutas como los pacientes manifestaron que existen factores ambientales que facilitan su percepción de una buena calidad de la relación terapéutica.

Tanto fisioterapeutas como pacientes percibieron que una **característica de la organización del servicio**, como la *continuidad de cuidados* con el mismo profesional, facilita el establecimiento de una relación terapéutica de calidad. La no continuidad de cuidados ya fue percibida como una barrera tanto por los profesionales como por los pacientes, por lo que podemos afirmar que la continuidad de cuidados facilita el establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

Otra característica de la **organización del servicio** que fue percibida solo por los pacientes como un facilitador, fue la *buena coordinación del equipo*. Ya hablamos de esta percepción durante el relato de las barreras del ambiente, donde fue percibida como tal tanto por los fisioterapeutas como por los pacientes participantes. En este caso solo los pacientes perciben que esta coordinación facilite el establecimiento de una relación de calidad. Esto podría ser debido a que son ellos los que sufren esta descoordinación, en forma de informaciones contradictorias, esperas para cambios de tratamiento o para ser visitados y saber si continúan o no con la rehabilitación, por lo que lo tienen más en cuenta, o a que los profesionales lo viven desde la queja y el “burnout” profesional, pudiendo aparecer cierta desesperanza hacia la posibilidad de mejorar este asunto. Llegado a este punto nos podríamos preguntar si mejorando, ya no solo la coordinación del equipo, sino las relaciones de trabajo que puedan surgir entre los profesionales, se podría mejorar también la relación terapéutica que se establece con el paciente. De momento entendemos que la buena coordinación del servicio, bajo el punto de vista de los pacientes, facilita el establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

Tanto los grupos focales de fisioterapeutas como de pacientes expresaron que determinadas **características del espacio físico** facilitan su percepción de alta calidad de la relación terapéutica. Estas fueron la *intimidad* y *el ambiente emocional*.

La falta de *intimidad* fue una percepción de barrera atribuida a las características del espacio físico tanto por los fisioterapeutas como por los pacientes, y aquí surge de nuevo, pero esta vez como facilitador del establecimiento de la relación terapéutica cuando sí existe. Entendemos pues que la intimidad entre el profesional y el paciente en determinados momentos es necesaria y facilita el establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

Por otro lado tanto fisioterapeutas como pacientes coinciden en que el *ambiente emocional* que en ocasiones se crea en la sala facilita el establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Entendemos que esto es así, y corrobora lo afirmado por Medina-Mirapeix(207), en cuanto a que el apoyo de otros pacientes provoca un ambiente de motivación, desarrollando relaciones de ayuda mutua.

Entendemos que tanto fisioterapeutas como pacientes opinan que el ambiente emocional que proporciona la compañía de otros pacientes facilita el establecimiento de una relación terapéutica de calidad. La única duda nos surge cuando los fisioterapeutas perciben que son ellos los que forman estos grupos, y que esta es una manera interpersonal propia del profesional que facilita el establecimiento de la relación. No podemos afirmar si esto es así, o son los pacientes los que de manera instintiva, se buscan y acercan los unos a los otros.

## **Implicaciones para la práctica y la investigación**

Dada la importancia otorgada por los pacientes y fisioterapeutas del estudio a la relación terapéutica y el creciente interés de la fisioterapia por el enfoque biopsicosocial, en el cual se tienen en cuenta los pensamientos, creencias, estados de ánimo, motivaciones y habilidades relacionales del paciente, que parecen influir en su estado y recuperación, las implicaciones para la práctica clínica, la gestión de servicios sanitarios de fisioterapia, la investigación y la docencia derivadas de este estudio nos parecen numerosas.

En relación a la práctica clínica, el estudio ofrece la introducción de los componentes de la relación terapéutica en el ámbito de la fisioterapia. En la revisión de la literatura realizada para el estudio, no se encontraron trabajos en el campo de la fisioterapia que hablaran de cómo llegar a establecer una relación terapéutica de calidad. Sí existen estudios que comprueban y otorgan importancia a su establecimiento, pero cómo el fisioterapeuta puede llevarla a cabo, mediante la empatía, la aceptación incondicional, la autenticidad y la escucha activa, no fueron encontrados por los autores del presente estudio. Nos parece interesante resaltar que a través de los mencionados componentes el fisioterapeuta podrá establecer una relación de confianza, la cual facilita la puesta en práctica de la toma de decisiones conjunta, la educación y el aumento del control sobre el tratamiento, la patología y el dolor. Esta relación permite ajustar las expectativas del paciente acerca del tratamiento y el pronóstico, mejorar la comunicación no verbal, mejorar la comunicación de malas noticias, y aumentar la comprensión de la situación del paciente, tanto física como emocional, incrementando la percepción de este sobre el apoyo emocional recibido, aspectos que han demostrado ser fundamentales para conseguir buenos resultados terapéuticos.

Dado que ni la aceptación incondicional ni la autenticidad fueron aspectos relacionados por los fisioterapeutas del estudio con la calidad de la relación terapéutica, y que globalmente entienden la relación terapéutica como un aspecto importante pero más vinculado a las necesidades del paciente que a las de la práctica de su profesión, una línea de futuro sería mejorar los conceptos acerca de la relación terapéutica de los profesionales

de fisioterapia, ampliando u ofreciendo docencia sobre esta temática y sobre autoconocimiento, autoconsciencia, regulación emocional y comunicación de malas noticias, que han resultado ser cuestiones importantes en las que se fijan los pacientes a la hora de establecer una relación terapéutica de calidad. Creemos, pues, necesario que se dé mayor importancia en los planes de formación, tanto de pregrado como de postgrado, a aspectos relacionados con las áreas anteriormente mencionadas.

Los gestores de servicios de salud pueden usar la información obtenida en este estudio para mejorar la calidad de los mismos. El presente estudio presenta percepciones tanto de los profesionales como de los pacientes en cuanto a la mejora de la gestión y coordinación de los equipos terapéuticos y la mejora de las salas de rehabilitación en cuanto a arquitectura. Por ejemplo, tanto fisioterapeutas como pacientes reflejaron la necesidad de establecer una mejor coordinación entre los equipos terapéuticos y también la necesidad de aumentar la autonomía del fisioterapeuta, como reflejan las percepciones experimentadas por los pacientes.

Por otro lado, este estudio ofrece algunos temas que abren caminos para futuras investigaciones. En primer lugar, se deberían estudiar las percepciones de profesionales y pacientes en otros tipos de centros, como servicios sanitarios públicos, y en otros ámbitos geográficos. Sería de utilidad, también, estudiar otros grupos muestrales, tanto en el caso de los fisioterapeutas (tratando de investigar, por ejemplo, la influencia de la edad o los años de profesión en sus percepciones) como en los pacientes (para conocer la influencia del tipo de patología, la cronicidad o no de la misma, su tiempo de evolución o el tiempo de tratamiento de Fisioterapia sobre sus percepciones de la calidad de la relación terapéutica).

El presente estudio presenta percepciones acerca de las características que los pacientes relacionan con la calidad de la relación terapéutica en Fisioterapia, por lo que sus resultados podrían significar un primer paso para la creación de un instrumento de medida de la misma. Este instrumento podría ayudar a discernir la importancia e influencia de la relación terapéutica en temas como, por ejemplo: la adherencia terapéutica, la satisfacción

del paciente, la calidad percibida del paciente, la mejora en los resultados clínicos del tratamiento, la prevención del “burnout” del profesional, la disminución de bajas laborales, o saber si la mejora en las relaciones interprofesionales puede mejorar la relación con los pacientes.



## **Limitaciones del estudio**

La validez de los resultados del estudio puede tener limitaciones debidas a algunos aspectos de la metodología utilizada.

En primer lugar, la naturaleza retrospectiva del estudio puede ocasionar que las percepciones y experiencias de los participantes hayan sufrido el sesgo de memoria. No obstante, el hecho de que los datos fuesen recogidos simultáneamente de entre varios participantes, de entre los que, en la mayoría de ocasiones, varios de ellos habían sido tratados por el mismo fisioterapeuta y en el mismo centro, creemos que minimiza este posible problema.

La misma naturaleza del sistema de recogida de datos (grupos focales) podría haber ocasionado un sesgo en forma de contagio emocional entre los participantes. No obstante, el hecho de que el moderador estaba suficientemente entrenado para evitar esta situación, y el método de análisis, donde tres investigadores independientes revisaron las transcripciones y generaron un listado de frases codificadas, que fueron etiquetadas en categorías usando códigos emergentes, para después llegar a un acuerdo sobre estos a través de la discusión(199), y posteriormente comprobar la consistencia del esquema final de temas y subtemas a través de la aplicación de este a dos textos por dos investigadores independientes de forma ciega(206), aumentando así su fiabilidad, sirvió para esclarecer cuáles eran las opiniones reales de los participantes.

Otros aspectos derivados del sistema de recogida de información podrían haber limitado la validez de los resultados obtenidos: el apego al fisioterapeuta y el temor a perder el favor de este si trascienden opiniones negativas sobre él en el caso de los pacientes, el temor a que las opiniones trasciendan a los gestores o superiores jerárquicos en el caso de los fisioterapeutas, o el sesgo de memoria en ambos casos. Para evitar esto insistimos mucho en que la privacidad estaba garantizada, realizamos las reuniones en lugares sin vinculación con los centros de tratamiento, y no incluimos a ninguna persona que pudiese

resultar coercitiva para los participantes entre el personal que estuvo presente en las reuniones o en el posterior análisis, tales como gerentes o compañeros de trabajo en el caso de los fisioterapeutas o miembros del equipo de rehabilitación en el caso de los pacientes. Es posible, sin embargo, que otros diseños permitieran a los participantes ofrecer una perspectiva más detallada y completa de sus experiencias con el tratamiento de fisioterapia.

Por otra parte, para la formación de los grupos hemos seguido criterios de heterogeneidad, buscando incluir a todos los perfiles de pacientes y de fisioterapeutas que pudiesen influir en sus percepciones sobre la calidad de la relación terapéutica de acuerdo con una búsqueda bibliográfica previa. Quizás la estratificación de los grupos de pacientes en base al tipo de patología o el tiempo de tratamiento nos hubiese permitido identificar experiencias comunes entre aquellos participantes con patologías similares o entre pacientes que lleven poco o mucho tiempo de tratamiento. Igualmente, la estratificación por tipos de centros de trabajo o por tiempo de experiencia entre los fisioterapeutas nos podría haber dado información sobre experiencias específicas de profesionales que tratan determinadas patologías y/ o de la diferencia entre aquellos que llevan mucho y los que llevan poco tiempo. No obstante, el método de muestreo utilizado nos ha permitido adquirir una visión global de las percepciones y experiencias de pacientes y profesionales, y posteriormente se pueden realizar estudios que profundicen en las diferencias que puedan existir en los distintos perfiles de ambos.

Finalmente, dado el tamaño de la muestra y la participación de pacientes y profesionales de solamente algunos de los centros sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana, no podemos generalizar las conclusiones de los resultados presentados en este estudio. Sin embargo, nuestros resultados son consistentes con otros estudios realizados (18,40,41,43,44,207,230). En el futuro son necesarios más estudios, tanto cualitativos como cuantitativos, para corroborar nuestros resultados y por lo tanto generalizarlos.

## **VI. CONCLUSIONES**



## VI. CONCLUSIONES

1. Explorar las experiencias y percepciones de fisioterapeutas y pacientes en cuanto a la relación terapéutica que se establece entre ambos mediante métodos cualitativos, es una estrategia útil y válida para identificar aspectos relevantes asociados a la calidad percibida de la misma.

2. Los fisioterapeutas perciben que algunas de sus características personales, las maneras interpersonales mediante las que se relacionan con el paciente y las expectativas que este se forma acerca del tratamiento y el pronóstico, además de determinados aspectos del entorno en el que transcurre la interacción, se comportan a la vez como barreras y facilitadores al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. Además experimentan que su falta de formación en habilidades de comunicación, más determinadas características, comportamientos, prejuicios hacia el fisioterapeuta, intereses ocultos y desconfianza en el sistema de los pacientes, son percibidos como barreras, mientras que el proporcionar información y consejos, el contacto físico, los buenos resultados de tratamiento, la formación de grupos de pacientes afines y la afinidad del paciente con el fisioterapeuta, son percibidos como facilitadores al establecimiento de una relación terapéutica de calidad.

3. Los pacientes perciben que determinadas características y maneras interpersonales del profesional, la afinidad que ellos puedan tener con el fisioterapeuta, además de determinadas características del espacio físico y de la organización del servicio, pueden comportarse como barreras o como facilitadores de una relación terapéutica de calidad. Perciben también como barreras sus inadecuadas expectativas sobre la actuación del profesional o sobre el resultado, su actitud distante o pasiva y su edad, mientras que como facilitadores al establecimientos de una relación de calidad perciben el que el profesional les proporcione información y consejos, los buenos resultados del tratamiento y el ambiente emocional que se produce en la sala de rehabilitación.

4. Ambos, tanto fisioterapeutas como pacientes, experimentan percepciones en las cuales determinadas características del profesional, sus maneras interpersonales, las expectativas

del paciente sobre el tratamiento y el resultado del mismo, y algunas características del ambiente donde se desarrolla la interacción y de la organización del servicio, se pueden comportar como barreras o facilitadores al establecimiento de una relación terapéutica de calidad. También coinciden en percibir como facilitadores que el profesional proporcione información y consejos, los buenos resultados del tratamiento y la afinidad que el paciente pueda tener con el fisioterapeuta. Sin embargo, no se encontraron percepciones que se comportaran sólo como barreras en las cuales coincidieran tanto fisioterapeutas como pacientes.

5. La relación terapéutica que se establece entre el fisioterapeuta y el paciente en el entorno de rehabilitación se considera una herramienta terapéutica de primer orden que influye en el resultado final del proceso.

6. El fisioterapeuta, como profesional que debe manejar el establecimiento de una relación terapéutica de calidad, debería mejorar su autoconocimiento, autoconsciencia personal y regulación emocional, así como sus habilidades comunicativas, puesto que interfieren en su relación con el paciente.

7. El establecimiento de una relación terapéutica de calidad, dada la importancia que le otorgan los fisioterapeutas y los pacientes, necesita ser estudiada y mejorada constantemente, tanto por los fisioterapeutas participantes en la misma como por los gestores de los centros sanitarios.

## **VII. BIBLIOGRAFÍA**





## VII. BIBLIOGRAFÍA

1. PARASURAMAN A, ZEITHAML V BL. SERVQUAL: Calidad total en la gestión de servicios. Santos D de, editor. Madrid; 1993.
2. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. Vol. II. The criteria and standards of quality. Ann Arbor Heal Adm Press. 1982;260(12):1743–8.
3. Jallais J. La qualité dans le commerce: du service au service du client. Inst du Commer la Consomm Paris .... 1991;6:121–30.
4. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? Jama. 1988;260(12):1743–8.
5. Grönroos C. A service quality model and its marketing implications. Eur J Mark. 1984;18(4):36–44.
6. Lohr KN. A strategy for quality assurance; sources and methods Vol. II. Washington D.C: National Academy Press; 1990.
7. Saturno P, Quintana O, Varo J. Curso de calidad asistencial en Atención Primaria. Du Pont Pharma Madrid. 1997;
8. Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? Health Care Manage Rev. 1994;19(4):49–55.
9. Lam S. SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. Total Qual Manag. 1997;8(4):145–52.
10. Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. Patient Educ Couns. 2008 Dec;73(3):526–35.
11. Zeithaml VA. Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. J Mark. 1988;52(3):2–22.
12. Jr JC, Taylor S. Measuring service quality: a reexamination and extension. J Mark. 1992;56(3):55–68.
13. Brady M, Jr JC. Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. J Mark. 2001;65(3):34–49.
14. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. Phys Ther. 2011 Jan;91(1):25–36.
15. Potter M, Gordon S, Hamer P. The difficult patient in private practice physiotherapy: a qualitative study. Aust J Physiother. 2003 Jan;49(1):53–61.
16. Potter M, Gordon S, Hamer P. The physiotherapy experience in private practice: The patients' perspective. Aust J Physiother. 2003;49(3):195–202.
17. Dibbelt S, Schaidhammer M, Fleischer C, Greitemann B. Patient-doctor interaction in rehabilitation: the relationship between perceived interaction quality and long-

- term treatment results. *Patient Educ Couns*. 2009 Sep;76(3):328–35.
18. Beattie PF, Pinto MB, Nelson MK, Nelson R. Patient satisfaction with outpatient physical therapy: instrument validation. *Phys Ther*. 2002 Jun 1;82(6):557–65.
  19. Keith R. Patient satisfaction and rehabilitation services. *Arch Phys Med Rehabil*. 1998;79(9):1122–8.
  20. King G, Cathers T, King S, Rosenbaum P. Major elements of parents' satisfaction and dissatisfaction with pediatric rehabilitation services. *Child Heal Care*. 2001;30(2):111–34.
  21. Nuutila L, Salanterä S. Children with a long-term illness: parents' experiences of care. *J Pediatr Nurs*. 2006;21(2):153–60.
  22. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29(3):7–17.
  23. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000 Oct;51(7):1087–110.
  24. González B, Pacheco A. Problemas de comunicación percibidos por las enfermeras. *Metas de enfermería*. 2007;10(5):26–30.
  25. Roter D, Hall J, Katz N. Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Med Care*. 1987;25(5):437–51.
  26. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000 Oct;51(7):1087–110.
  27. Brédart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol*. 2005 Jul;17(4):351–4.
  28. Smith RC, Auguste H, Fortin, Francesca Dwamena RMF. An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Educ Couns*. 2013;91(3):265–70.
  29. Oates J, Weston W, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *Fam Pr*. 2000;49(9):796–804.
  30. Beach MC, Sugarman J, Johnson RL, Arbelaez JJ, Duggan PS, Cooper LA. Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? *Ann Fam Med*. 2005;3(4):331–8.
  31. Loh A, Leonhart R, Wills CE, Simon D, Härter M. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Educ Couns*. 2007 Jan;65(1):69–78.
  32. Bernal JS, Ventura MF. Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome del burnout. *An Psicol*. 2006;22(1):45–51.
  33. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001 Feb 24;322(7284):468–72.

34. Schirmer JM, Mauksch L, Lang F, Marvel MK, Zoppi K, Epstein RM, et al. Assessing communication competence: A review of current tools. *Family Medicine*. 2005. p. 184–92.
35. Trummer UF, Mueller UO, Nowak P, Stidl T, Pelikan JM. Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study. *Patient Educ Couns*. 2006 May;61(2):299–306.
36. Benoliel JQ, McCorkle R, Georgiadou F, Denton T, Spitzer A. Measurement of stress in clinical nursing. *Cancer Nurs*. 1990 Aug;13(4):221–8.
37. Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet (London, England)*. 2000 Feb 12;355(9203):533–7.
38. Bevia B, Juan LC. La relación como instrumento básico para Enfermería en todos los niveles de atención. *Enferm Cientif*. 1991;117:16–26.
39. Swenson SL, Buell S, Zettler P, White M, Ruston DC, Lo B. Patient-centered communication: do patients really prefer it? *J Gen Intern Med*. 2004 Nov;19(11):1069–79.
40. Beattie P, Dowda M, Turner C, Michener L, Nelson R. Longitudinal continuity of care is associated with high patient satisfaction with physical therapy. *Phys Ther*. 2005 Oct;85(10):1046–52.
41. Medina-Mirapeix F, Oliveira-Sousa SL, Sobral-Ferreira M, Montilla-Herrador J, Jimeno-Serrano FJ, Escolar-Reina P. What elements of the informational, management, and relational continuity are associated with patient satisfaction with rehabilitation care and global rating change? *Arch Phys Med Rehabil*. Elsevier; 2013 Nov 1;94(11):2248–54.
42. Cott CA. Client-centred rehabilitation: client perspectives. *Disabil Rehabil*. 2004 Dec 16;26(24):1411–22.
43. Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Phys Ther*. 2010 Aug;90(8):1099–110.
44. Del Baño-Aledo ME, Medina-Mirapeix F, Escolar-Reina P, Montilla-Herrador J, Collins SM. Relevant patient perceptions and experiences for evaluating quality of interaction with physiotherapists during outpatient rehabilitation: a qualitative study. *Physiotherapy*. Elsevier; 2014 Mar 3;100(1):73–9.
45. Fitzpatrick R. The assessment of patient satisfaction. *BMJ*. 1991;302(6781):887–9.
46. Figueroa WV, Corral EV, Vidal KY, Ing. Ariel Romero Fernández. Modelo RESORTQUAL para la Evaluación de la Calidad Percibida del Servicio en un destino Turístico de Sol y Playa - Monografias.com [Internet]. [cited 2016 Jan 26]. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos15/calidad-tur-playa/calidad-tur-playa.shtml>
47. McAlexander J. Service quality measurement. *J Heal care* .... 1994;14(3):34.
48. Crosby PB. La Calidad no cuesta: el arte de cerciorarse de la calidad.

- 1990;22(1):43–56.
49. Peyrot M, Cooper PD, Schnapf D. Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health services. *J Health Care Mark.* 1993 Jan;13(1):24–33.
  50. O'Connor SJ, Shewchuk RM, Carney LW. The great gap. Physicians' perceptions of patient service quality expectations fall short of reality. *J Health Care Mark.* 1994 Jan;14(2):32–9.
  51. Swartz T, Brown S. Consumer and provider expectations and experiences in evaluating professional service quality. *J Acad Mark.* 1989;17(2):189–95.
  52. Petersen M. Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. *J Nurs Care Qual.* 1988;2(3):25–35.
  53. Rust R, Oliver R. *Service quality: New directions in theory and practice.* London: SAGE Publications; 1993.
  54. Bitner M. Evaluating service encounters: The effects of physical surroundings and employee responses. *J Mark.* 1990;54(April):69–82.
  55. Czepiel J. Service encounters and service relationships: implications for research. *J Bus Res.* 1990;20(1):13–21.
  56. Arturo Bados López (facultad de Psicología), Eugeni García Grau (Facultad de psicología). *HABILIDADES TERAPÉUTICAS* Arturo Bados López y Eugeni García Grau. 2011;1–70.
  57. Cervantes RF, Mirapeix FM, Vidal IR, Diz SV, Insua MC. Habilidades comunicacionales en la entrevista clínica *Communication abilities.* 2013;24(2):90–6.
  58. Thornquist E. Profession and life: Separate worlds. *Soc Sci Med.* 1994 Sep 1;39(5):701–13.
  59. Liddle SD, Baxter GD, Gracey JH. Chronic low back pain: patients' experiences, opinions and expectations for clinical management. *Disabil Rehabil.* 2007 Dec 30;29(24):1899–909.
  60. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane database Syst Rev.* 2014 Jan;350:h444.
  61. Sanders T, Foster NE, Bishop A, Ong BN. Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC Musculoskelet Disord.* *BMC Musculoskeletal Disorders;* 2013;14(1):65.
  62. Besley JKN. Assessing the measurement properties of two commonly used measures of therapeutic relationship in physiotherapy. - Free Online Library. *NEW ZEALAND JOURNAL OF PHYSIOTHERAPY.* 2011. p. 81–91.
  63. Kenny D a., Veldhuijzen W, Weijden T Van Der, LeBlanc A, Lockyer J, Légaré F, et al. Interpersonal perception in the context of doctor–patient relationships: A dyadic analysis of doctor–patient communication. *Soc Sci Med.* Elsevier Ltd;

- 2010;70(5):763–8.
64. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med.* 1984 Nov;101(5):692–6.
  65. Schmidt E, Gramm L, Farin E. [Communication preferences of patients with chronic back pain in medical rehabilitation]. *Schmerz.* 2012 Feb;26(1):69–76.
  66. Bergeson, S. C., & Dean JD. A Systems Approach to Patient-Centered Care. *J Am Med Assoc.* 2006;296(23):2848–51.
  67. Rogers CR. *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory by Rogers,.* London, England: Constable & Robinson Ltd. 1951.
  68. Samberg E. Richard Sterba's (1934) "The fate of the ego in analytic therapy". Panel report. *J Am Psychoanal Assoc.* 1994 Jan;42(3):863–73.
  69. Rogers C, Koch S. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework. In: McGraw-Hill, editor. *Psychology: A Study of a Science Study 1, Volume 3: Formulations of the Person and the Social Context.* Mexico; 1959. p. 184–256.
  70. Rogers CR. *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica.* 1ª ed. Paidós, editor. Madrid; 2011. 398 p.
  71. Nichols M. *The Lost Art of Listening: Second Edition: How Learning to Listen Can Improve Relationships.* 2ª ed. The Guilford Press., editor. New York; 2009.
  72. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice.* 2002. p. 9–12.
  73. Morgan S, Yoder L. A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs.* 2012;30(1):6–15.
  74. Gómez B. La relación terapéutica en Terapia Cognitiva. *Rev la Asoc Psicoter la ....* 2010;1.
  75. Watson JC, Geller SM. The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process–experiential and cognitive–behavioral psychotherapy. *Psychother Res.* 2005 Jan 1;15(1-2):25–33.
  76. Patiño S, Paseiro G, Martínez S, Náchez N, Fernández R. Influencia del contexto en la calidad de la entrevista clínica en Fisioterapia. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol.* 2001;4(2):75–80.
  77. Iezzoni LI, Davis RB, Soukup J, O'Day B. Quality dimensions that most concern people with physical and sensory disabilities. *Arch Intern Med.* 2003 Sep 22;163(17):2085–92.
  78. Almond R. Reading Freud's "the Dynamics of Transference" one hundred years later. *J Am Psychoanal Assoc.* 2011 Dec;59(6):1129–56.
  79. Corbella S, Botella L. La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación / Therapeutic alliance: History, research and assessment. *An Psicol.*

- 2003;19(2):205–21.
80. Irving B. *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. New York: John Wiley & Sons; 1994. 304 p.
  81. Press TG, editor. *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice*. 1ª edición. New York: Guilford Press; 2011. 368 p.
  82. Irving P, Dickson D. Empathy: towards a conceptual framework for health professionals. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 2004;17(4-5):212–20.
  83. Catalán D. *Efectividad de una intervención fisioterapéutica en trastornos alimentarios [tesis doctoral]*. Universidad de Malaga; 2007.
  84. Davis MH. *Empathy: A social psychological approach*. Social psychology series. Westview Press; 1994. 260 p.
  85. Fernández-Pinto I, López-Pérez B, Márquez M. Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *An Psicol*. 2008;24(2):284–98.
  86. Ferrari PF. The neuroscience of social relations. A comparative-based approach to empathy and to the capacity of evaluating others' action value. *Behaviour*. 2014 Feb 1;151(2-3):297–313.
  87. Baron-Cohen S, Wheelwright S. The empathy quotient: An investigation of adults with asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2004. p. 163–75.
  88. Preston SD, de Waal FBM. Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behav Brain Sci*. 2002 Feb;25(1):1–71.
  89. Stotland E. *Advances in Experimental Social Psychology Volume 4*. *Advances in Experimental Social Psychology*. Washington D.C: Elsevier; 1969. 271-314 p.
  90. Rankin KP, Kramer JH, Miller BL. Patterns of cognitive and emotional empathy in frontotemporal lobar degeneration. *Cogn Behav Neurol*. 2005 Mar;18(1):28–36.
  91. Swan P, Riley Dp. “Mentalization”: A Tool to Measure Teacher Empathy in Primary School Teachers. In: *Joint AARE APERA International Conference*, editor. Sydney 2012; 2010 [cited 2014 Oct 10]. p. 20. Available from: <http://www.aare.edu.au/data/publications/2012/Swan12.pdf>
  92. Mayer JD, Salovey P. The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*. 1993 Oct;17(4):433–42.
  93. Bar-On R. The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*. 2006 Jan;18 Suppl:13–25.
  94. Barrett-Lennard GT. The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *J Couns Psychol*. 1981;28(2):91.
  95. Markakis, K Frankel, R Beckman, H Suchman A. Teaching empathy: it can be done. Working paper presented at the Annual Meeting of the Society of General

- Internal Medicine. San Francisco, CA. 1999.
96. Coulehan JL, Platt FW, Egner B, Frankel R, Lin CT, Lown B, et al. "Let me see if i have this right...": words that help build empathy. *Ann Intern Med.* 2001 Aug 7;135(3):221–7.
  97. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013 Jan;63(606):e76–84.
  98. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham FW, Wender RC, Gonnella JS. A Brief Instrument to Measure Patients' Overall Satisfaction With Primary Care Physicians. 2011;43(6):412.
  99. Dulmen S Van. Patients' preferences and experiences in handling emotions. *Patient Educ ....* 2004;55(1):149–52.
  100. Mercer SW, Neumann M, Wirtz M, Fitzpatrick B, Vojt G. General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland--a pilot prospective study using structural equation modeling. *Patient Educ Couns.* 2008 Nov;73(2):240–5.
  101. Konrath SH, O'Brien EH, Hsing C. Changes in dispositional empathy in American college students over time: a meta-analysis. *Pers Soc Psychol Rev.* 2011 May 1;15(2):180–98.
  102. Jankowiak-Siuda K, Rymarczyk K, Grabowska A. How we empathize with others: a neurobiological perspective. *Med Sci Monit.* 2011 Jan;17(1):RA18–24.
  103. Decety J. The neurodevelopment of empathy in humans. *Dev Neurosci.* 2010 Jan;32(4):257–67.
  104. Starr SS. Authenticity: a concept analysis. *Nurs Forum.* 2008;43(2):55–62.
  105. Heidegger M. *Being and Time: A Translation of Sein und Zeit.* New York SU of, editor. New York; 1996.
  106. Biggs Donal B. *Dictionary of Counseling.* Greengow Press, editor. London: IAP; 2000. 252 p.
  107. Yepes R. La persona como fuente de autenticidad. *Acta Philos.* 1997;6:22.
  108. Mora J. *Diccionario De Filosofía. Sexta.* Alianza E, editor. Madrid; 1979.
  109. Neri C. Authenticity as an aim of psychoanalysis. *Am J Psychoanal.* 2008 Dec;68(4):325–49.
  110. ROGERS CR. *PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE.* 10<sup>a</sup> edición. Espasa S.A., editor. Madrid; 2014. 459 p.
  111. Brennan N, Barnes R, Calnan M, Corrigan O, Dieppe P, Entwistle V. Trust in the health-care provider-patient relationship: a systematic mapping review of the evidence base. *Int J Qual Health Care.* 2013 Dec;25(6):682–8.
  112. Thom DH, Wong ST, Guzman D, Wu A, Penko J, Miaskowski C, et al. Physician trust in the patient: development and validation of a new measure. *Ann Fam Med.*

- 2011 Jan;9(2):148–54.
113. Whom Can We Trust?: How Groups, Networks, and Institutions Make Trust Possible. *Contemp Sociol A J Rev.* 2009;42(4):551–2.
  114. Bieber C, Müller KG, Blumenstiel K, Hochlehnert A, Wilke S, Hartmann M, et al. A shared decision-making communication training program for physicians treating fibromyalgia patients: effects of a randomized controlled trial. *J Psychosom Res.* 2008 Jan;64(1):13–20.
  115. Iberg JR, Of T, Rogers CR. Unconditional Positive Regard. *Psychother Theory Res Pract Train.* 1959;38:155–71.
  116. Chan DK, Lonsdale C, Ho PY, Yung PS, Chan KM. Patient motivation and adherence to postsurgery rehabilitation exercise recommendations: the influence of physiotherapists' autonomy-supportive behaviors. *Arch Phys Med Rehabil.* Elsevier Inc.; 2009 Dec;90(12):1977–82.
  117. Ryff Carol D. (University of Wisconsin, Corey Lee M. Keyes. The Structure of Psychological well-being revisited.pdf. *J Pers Soc Psychol.* 1995;69(4):719–27.
  118. Páez D. Cuaderno De Prácticas De Psicología Social y Salud: Fichas técnicas sobre bienestar y valoración Psico-social de la Salud Mental. San Sebastián Univ del País Vasco. 2008;1–35.
  119. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C, et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema.* 2006;18(3):572–7.
  120. MacInnes DL. Self-esteem and self-acceptance: an examination into their relationship and their effect on psychological health. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2006 Oct;13(5):483–9.
  121. Flett GL, Davis R a, Hewitt PL. Dimensions of perfectionism, unconditional self acceptance, and depression. *J Ration Cogn Behav Ther.* 2003;21(2):119–38.
  122. Rosenberg M. *Conceiving the Self.* 1<sup>a</sup> ed. Books B, editor. Acceptance and commitment therapy. New York; 1965.
  123. Rankin H, Holtum SE. The relationship between acceptance and cognitive representations of pain in participants of a pain management programme. *Psychol Health Med.* 2003 Aug;8(3):329–34.
  124. Patterson TG, Joseph S. Development of a self-report measure of unconditional positive self-regard. *Psychol Psychother Theory, Res Pract.* 2006 Dec 24;79(4):557–70.
  125. Shipley SD. Listening: a concept analysis. *Nurs Forum.* 2010 Jan;45(2):125–34.
  126. International Listening Association - Home [Internet]. [cited 2015 Feb 12]. Available from: <http://www.listen.org/>
  127. Robertson K. Active listening: more than just paying attention. *Aust Fam physician.* 2005;34(12):1053–5.



128. Hofstadt Román CJV, Quiles Marcos Y, Quiles Sebastián MJ. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. 1ª edición. Sanidad GVC de, editor. Valencia; 2006.
129. Kim SS, Park BK. Patient-perceived communication styles of physicians in rehabilitation: the effect on patient satisfaction and compliance in Korea. *Am J Phys Med Rehabil.* 2008 Dec;87(12):998–1005.
130. Bowles N, Mackintosh C, Torn A. Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution-focused communication training. *J Adv Nurs.* 2001 Nov;36(3):347–54.
131. Moreno Poyato AR, Tolosa Merlos D. [Reflections on therapeutic relationship and its clinical practice in mental health nursing]. *Rev enfermería (Barcelona, Spain).* 2013 Dec;36(12):26–31.
132. Partridge C, Johnston M. Perceived control of recovery from physical disability: measurement and prediction. *Br J Clin Psychol.* 1989 Feb;28(1):53–9.
133. Johnston M, Gilbert P, Partridge C, Collins J. Changing perceived control in patients with physical disabilities: an intervention study with patients receiving rehabilitation. *Br J Clin Psychol.* 1992 Feb;31(1):89–94.
134. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *Am Psychol.* 1989 Sep;44(9):1175–84.
135. Engers A, Jellema P, Wensing M, Van des Windt D, Grol R, Van Tulder M. Individual patient education for low back pain ( Review ). *Cochrane Collab.* 2011;(2):1–56.
136. Traeger AC, Moseley GL, Hübscher M, Lee H, Skinner IW, Nicholas MK, et al. Pain education to prevent chronic low back pain: a study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2014 Jan;4(6):1–7.
137. Pellino TA, Ward SE. Perceived control mediates the relationship between pain severity and patient satisfaction. *J Pain Symptom Manage.* 1998;15(2):110–6.
138. Wiech K, Edwards R, Moseley GL, Berna C, Ploner M, Tracey I. Dissociable neural mechanisms underlying the modulation of pain and anxiety? An FMRI pilot study. *PLoS One.* 2014 Jan;9(12):e110654.
139. Rokke PD, Fleming-Ficek S, Siemens NM, Hegstad HJ. Self-efficacy and choice of coping strategies for tolerating acute pain. *J Behav Med.* 2004;27:343–60.
140. Bandura A (Stanford U. Self-efficacy in Changing societies. In: Cambridge university press., editor. Cambridge; 1995. p. 1–45.
141. Lonsdale C, Hall AM, Williams GC, McDonough SM, Ntoumanis N, Murray A, et al. Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT): a cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale,. *BMC Musculoskelet Disord.* 2012 Jan;13:104.
142. Petry NM, Cengiz E, Wagner JA, Hood KK, Carria L, Tamborlane W V.

- Incentivizing behaviour change to improve diabetes care. *Diabetes Obes Metab.* 2013 Dec;15(12):1071–6.
143. Briss P, Rimer B, Reilley B, Coates RC, Lee NC, Mullen P, et al. Promoting informed decisions about cancer screening in communities and healthcare systems. *Am J Prev Med.* 2004 Jan;26(1):67–80.
  144. Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implement Sci.* 2006 Jan;1(1):16.
  145. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract.* 1999 Jun;49(443):477–82.
  146. Hofstede SN, van Bodegom-Vos L, Wentink MM, Vleggeert-Lankamp CLA, Vliet Vlieland TPM, Marang-van de Mheen PJ, et al. Most important factors for the implementation of shared decision making in sciatica care: ranking among professionals and patients. *PLoS One* [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Dec 14];9(4):e94176. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24710328>
  147. Kennedy A, Rogers A, Gately C. From patients to providers: prospects for self-care skills trainers in the National Health Service. *Health Soc Care Community.* 2005 Sep;13(5):431–40.
  148. Tattersall RL. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. *Clin Med.* 2002 Jan;2(3):227–9.
  149. Nijs J, Paul van Wilgen C, Van Oosterwijck J, van Ittersum M, Meeus M. How to explain central sensitization to patients with “unexplained” chronic musculoskeletal pain: Practice guidelines. *Man Ther.* Elsevier Ltd; 2011;16(5):413–8.
  150. Hofstede SN, Marang-van de Mheen PJ, Wentink MM, Stiggelbout AM, Vleggeert-Lankamp CL a, Vliet Vlieland TPM, et al. Barriers and facilitators to implement shared decision making in multidisciplinary sciatica care: a qualitative study. *Implement Sci. Implementation Science*; 2013;8(1):95.
  151. Hofstede SN, van Bodegom-Vos L, Wentink MM, Vleggeert-Lankamp CLA, Vliet Vlieland TPM, Marang-van de Mheen PJ. Most important factors for the implementation of shared decision making in sciatica care: ranking among professionals and patients. *PLoS One.* 2014 Jan;9(4):e94176.
  152. Sotosky JR. Physical therapists' attitudes toward teaching. *Phys Ther.* 1984;64(3):347–50.
  153. Sluijs EM. A checklist to assess patient education in physical therapy practice: development and reliability. *Phys Ther.* 1991 Aug;71(8):561–9.
  154. May BJ. Teaching. A skill in clinical practice. *Phys Ther.* 1983;63(10):1627–33.
  155. Novell MI. Documento marco para el rediseño de la fisioterapia en atención primaria. *Fisioterapia.* 2008;30(2):59–60.

156. Guide to Physical Therapist Practice. Second Edition. American Physical Therapy Association. *Phys Ther.* 2001 Jan;81(1):9–746.
157. World Congress for Physical Therapy. WCPT guideline for physical therapist professional entry level education. London; 2011.
158. Gallagher L, McAuley J, Moseley GL. A randomized-controlled trial of using a book of metaphors to reconceptualize pain and decrease catastrophizing in people with chronic pain. *Clin J Pain.* 2013 Jan;29(1):20–5.
159. Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, DiMatteo MR, Kravitz RL. Antecedents of adherence to medical recommendations: Results from the medical outcomes study. *J Behav Med.* 1992 Oct;15(5):447–68.
160. Feinberg J. The effect of patient-practitioner interaction on compliance: a review of the literature and application in rheumatoid arthritis. *Patient Educ Couns.* 1988 Jun;11(3):171–87.
161. Parry RH, Brown K. Teaching and learning communication skills in physiotherapy: what is done and how should it be done? *Physiotherapy.* 2009 Dec;95(4):294–301.
162. Harman K, Bassett R, Fenety A, Hoens AM. Client Education: Communicative Interaction between Physiotherapists and Clients with Subacute Low Back Pain in Private Practice. *Physiother Canada Physiothérapie Canada.* 2011 Jan;63(2):212–23.
163. Mather M, Carstensen LL. Aging and motivated cognition: the positivity effect in attention and memory. *Trends Cogn Sci.* 2005 Oct;9(10):496–502.
164. Alonso Babarro A. [The importance of adequately evaluating pain]. *Aten Primaria.* 2011 Nov;43(11):575–6.
165. Verhaak PF, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain.* 1998 Sep;77(3):231–9.
166. Institute of Medicine (US) Committee on Advancing Pain Research, Care and Education. Introduction. National Academies Press (US); 2011.
167. Moseley L. Combined physiotherapy and education is efficacious for chronic low back pain. *Aust J Physiother.* Australian Physiotherapy Association; 2002;48(4):297–302.
168. Melzack R. Pain and the neuromatrix in the brain. *J Dent Educ.* 2001 Dec;65(12):1378–82.
169. Fenton BW, Shih E, Zolton J. The neurobiology of pain perception in normal and persistent pain. *Pain Manag.* 2015 Jan;5(4):297–317.
170. Moseley GL. A pain neuromatrix approach to patients with chronic pain. *Man Ther.* 2003 Aug;8(3):130–40.
171. Montañés M. El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad

- motivacional-afectiva. *Ansiedad y estrés*. 1994;0:77–88.
172. Moseley GL. Teaching people about pain: why do we keep beating around the bush? *Pain Manag*. 2012;2:1–3.
  173. BEECHER HK. Relationship of significance of wound to pain experienced. *J Am Med Assoc*. 1956 Aug 25;161(17):1609–13.
  174. Rhudy JL, Meagher MW. Noise stress and human pain thresholds: divergent effects in men and women. *J Pain*. 2001 Feb;2(1):57–64.
  175. Rhudy JL, Meagher MW. Fear and anxiety: divergent effects on human pain thresholds. *Pain*. 2000 Jan;84(1):65–75.
  176. Rhudy JL, Grimes JS, Meagher MW. Fear-induced hypoalgesia in humans: effects on low intensity thermal stimulation and finger temperature. *J Pain*. 2004 Oct;5(8):458–68.
  177. Rhudy JL, Meagher MW. Negative affect: effects on an evaluative measure of human pain. *Pain*. 2003 Aug;104(3):617–26.
  178. Demmelmaier I. Behaviours, Beliefs and Back Pain: Prognostic Factors for Disability in the General Population and Implementation of Screening in Primary Care. In: University U, editor. *Behaviours, Beliefs and Back Pain: Prognostic Factors for Disability in the General Population and Implementation of Screening in Primary Care*. Uppsala; 2010.
  179. Arntz A, Claassens L. The meaning of pain influences its experienced intensity. *Pain*. 2004 May;109(1-2):20–5.
  180. Keefe FJ, Crisson J, Urban BJ, Williams DA. Analyzing chronic low back pain: the relative contribution of pain coping strategies. *Pain*. 1990 Mar;40(3):293–301.
  181. van Tulder MW, Assendelft WJ, Koes BW, Bouter LM. Spinal radiographic findings and nonspecific low back pain. A systematic review of observational studies. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1997 Feb 15;22(4):427–34.
  182. Merí EM. La aportación de Lorimer Moseley a la fisioterapia con la integración de los avances en neurociencia. *Fisioterapia y Divulgación*. 2014. p. 18–22.
  183. Moseley L. Unraveling the barriers to reconceptualization of the problem in chronic pain: The actual and perceived ability of patients and health professionals to understand the neurophysiology. *J Pain*. 2003;4(4):184–9.
  184. Butler D, Moseley L. Evidence base for Explain pain Second Edition. 2nd ed. Noigroup publications, editor. 2013.
  185. Moseley GL, Nicholas MK, Hodges PW. A randomized controlled trial of intensive neurophysiology education in chronic low back pain. *Clin J Pain*. 2004;20(5):324–30.
  186. Moseley GL. Widespread brain activity during an abdominal task markedly reduced after pain physiology education: fMRI evaluation of a single patient with chronic low back pain. *Aust J Physiother*. 2005;51(1):49–52.

187. Gard G, Gyllensten AL. The Importance of Emotions in Physiotherapeutic Practice. *Phys Ther Rev*. Maney Publishing; 2013 Sep 5;5(3):155–60.
188. Hasenbring MI, Chehadi O, Titze C, Kreddig N. Fear and anxiety in the transition from acute to chronic pain: there is evidence for endurance besides avoidance. *Pain Manag*. 2014 Sep;4(5):363–74.
189. Araña-Suárez M, Wishik J. CENTRAL SENSITIZATION OF PAIN: CLINICAL AND LEGAL IMPLICATIONS. *Trastor ...* [Internet]. [cited 2015 Sep 17]; Available from: [http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4419985/Ara%C3%B1a-Trastornos\\_muscoloesqueleticos\\_psiopatologia\\_dolor.pdf#page=162](http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4419985/Ara%C3%B1a-Trastornos_muscoloesqueleticos_psiopatologia_dolor.pdf#page=162)
190. Jeffels K, Foster N. Can Aspects of Physiotherapist Communication Influence Patients' Pain Experiences? A Systematic Review. *Phys Ther Rev*. 2003;8:197–210.
191. Cherkin D, Deyo RA, Berg AO. Evaluation of a physician education intervention to improve primary care for low-back pain. II. Impact on patients. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1991 Oct;16(10):1173–8.
192. Miles CL, Pincus T, Carnes D, Homer KE, Taylor SJC, Bremner SA, et al. Review: Can we identify how programmes aimed at promoting self-management in musculoskeletal pain work and who benefits? A systematic review of sub-group analysis within RCTs. *Eur J Pain*. 2011 Sep 13;15(8):775.e1–775.e11.
193. Carnes D, Homer KE, Miles CL, Pincus T, Underwood M, Rahman A, et al. Effective delivery styles and content for self-management interventions for chronic musculoskeletal pain: a systematic literature review. *Clin J Pain*. 2012 May;28(4):344–54.
194. Hoeger Bement MK, St Marie BJ, Nordstrom TM, Christensen N, Mongoven JM, Koebner IJ, et al. An interprofessional consensus of core competencies for prelicensure education in pain management: curriculum application for physical therapy. *Phys Ther*. 2014;94(4):451–65.
195. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009;74(3):295–301.
196. Morgan DL. Focus Groups as Qualitative Research [Internet]. SAGE Publications; 1997 [cited 2015 Oct 26]. 80 p. Available from: <https://books.google.com/books?id=iBJZusd1GocC&pgis=1>
197. Hill C, Thompson B, Williams E. A guide to conducting consensual qualitative research. *Couns Psychol*. 1997;25(4):517–72.
198. Hill CE, Knox S, Thompson BJ, Williams EN, Hess SA, Ladany N. Consensual qualitative research: An update. *J Couns Psychol*. 2005;52(2):196.
199. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. 1ª edición. Editorial Síntesis S.A., editor. Madrid; 2000.
200. Taylor, S. J., & Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 1987;

201. Blum RH. *The Management of the Doctor-Patient Relationship*. Literary Licensing, LLC; 1960;35(12):1186.
202. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. GAPS IN DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION: I. Doctor-Patient Interaction and Patient Satisfaction. *Pediatrics*. 1968 Nov 1;42(5):855–71.
203. Mayan MJ. *Una Introducción a los Métodos Cualitativos: Módulo de Entrenamiento para Estudiantes y Profesionales*. Alberta; 2001.
204. Strauss A, Corbin J. Grounded theory methodology. *Handb Qual Res*. 1994;273–85.
205. Caulley DN. Qualitative Research for Education: An Introduction to Theories and Methods. *Qual Res J*. 2007;7(2):106–8.
206. Creswell J. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Second edi. Publications S, editor. California; 2013.
207. Medina-Mirapeix F, Del Baño-Aledo ME, Oliveira-Sousa SL, Escolar-Reina P, Collins SM. How the rehabilitation environment influences patient perception of service quality: a qualitative study. *Arch Phys Med Rehabil*. Elsevier; 2013 Jun 6;94(6):1112–7.
208. Roberts LC, Whittle CT, Cleland J, Wald M. Measuring verbal communication in initial physical therapy encounters. *Phys Ther*. 2013 Apr;93(4):479–91.
209. Greenfield BH, Anderson A, Cox B, Tanner MC. Meaning of caring to 7 novice physical therapists during their first year of clinical practice. *Phys Ther*. 2008 Oct;88(10):1154–66.
210. Rios KA, Barbosa DA, Belasco AGS. Evaluation of quality of life and depression in nursing technicians and nursing assistants. *Rev Lat Am Enfermagem*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo; 2010 Jun;18(3):413–20.
211. Johnson DR. Emotional intelligence as a crucial component to medical education. *Int J Med Educ*. 2015 Jan;6:179–83.
212. Pinto RZ, Ferreira ML, Oliveira VC, Franco MR, Adams R, Maher CG, et al. Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *J Physiother*. Elsevier; 2012 Jan;58(2):77–87.
213. Gotlieb J, Grewal D, Brown S. Consumer satisfaction and perceived quality: complementary or divergent constructs? *J Appl Psychol*. 1994;79(6):875.
214. Praestegaard J, Gard G. The perceptions of Danish physiotherapists on the ethical issues related to the physiotherapist-patient relationship during the first session: a phenomenological approach. *BMC Med Ethics*. BioMed Central Ltd; 2011 Jan;12(1):21.
215. Cooper K, Smith BH, Hancock E. Patient-centredness in physiotherapy from the perspective of the chronic low back pain patient. *Physiotherapy*. Elsevier; 2008 Sep 1;94(3):244–52.

216. Yurtsal ZB, Özdemir L. Assertiveness and problem solving in midwives. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2015 Jan;20(6):647–54.
217. Kozier B. *Fundamentals of nursing: concepts, process and practice.* 1ª ed. Australia P, editor. 2008.
218. Mayer-Spiess OC. *La asertividad: expresión de una sana autoestima.* 3ª ed. SA EDDB, editor. Madrid; 1996.
219. Timmins F, McCabe C. Nurses' and midwives' assertive behaviour in the workplace. *J Adv Nurs.* 2005 Jul;51(1):38–45.
220. Liénard A, Merckaert I, Libert Y, Bragard I, Delvaux N, Etienne A-M, et al. Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program. *Br J Cancer.* 2010 Jul 13;103(2):171–7.
221. Radziewicz R, Baile WF. Communication skills: breaking bad news in the clinical setting. *Oncol Nurs Forum.* 2001 Jul;28(6):951–3.
222. Berlin EA, Fowkes WC. A teaching framework for cross-cultural health care. Application in family practice. *West J Med.* 1983 Dec;139(6):934–8.
223. Alarcón M AM, Vidal H A, Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Med Chil. Sociedad Médica de Santiago;* 2003 Sep;131(9):1061–5.
224. Swenson SL, Buell S, Zettler P, White M, Ruston DC, Lo B. Patient-centered communication: do patients really prefer it? *J Gen Intern Med.* 2004 Nov;19(11):1069–79.
225. Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. [Breaking bad news in clinical practice]. *Rev médica Chile. Sociedad Médica de Santiago;* 2014 Oct;142(10):1306–15.
226. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Q.* 2001 Jan;79(4):613–39, v.
227. Epstein R, JR RS. Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. *Soc Sci ....* 2007;61(7):1516–28.
228. Epstein RM, Street RL. Shared mind: communication, decision making, and autonomy in serious illness. *Ann Fam Med.* 2011 Jan;9(5):454–61.
229. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Phys Ther.* 2011 Jan 1;91(1):25–36.
230. Medina i Mirapeix F, Meseguer Henarejos AB, Navarrete Navarro S, Saturno Hernández PJ, Valera Garrido JF, Montilla Herrador J. Calidad percibida por los usuarios de Fisioterapia en Atención Primaria. *Rev Iberoam Fisioter y Kinesiol. Elsevier;* 2005 Jun 1;8(1):3–10.
231. Tarrant C, Stokes T, Baker R. Factors associated with patients' trust in their

- general practitioner: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract.* 2003 Oct;53(495):798–800.
232. Shields CG, Coker CJ, Poulsen SS, Doyle JM, Fiscella K, Epstein RM, et al. Patient-centered communication and prognosis discussions with cancer patients. *Patient Educ Couns.* 2009 Dec;77(3):437–42.
233. Dreeben-Irimia O. *Patient Education in Rehabilitation.* 1<sup>a</sup> ed. Publishers J& B, editor. Massachusetts; 2010. 474 p.
234. Wilkins P. Unconditional positive regard reconsidered. *Br J Guid Counc.* 2000 Feb;28(1):23–36.
235. Ardito RB, Rabellino D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Front Psychol.* 2011 Jan;2(October):270.
236. Reach G. Patient autonomy in chronic care: solving a paradox. *Patient Prefer Adherence.* 2013 Jan;8:15–24.
237. Thomson D. An ethnographic study of physiotherapists' perceptions of their interactions with patients on a chronic pain unit. *Physiother Theory Pract.* 2008 Jan;24(6):408–22.
238. Oliveira VC, Refshauge KM, Ferreira ML, Pinto RZ, Beckenkamp PR, Negrao Filho RF, et al. Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: a systematic review. *J Physiother.* 2012 Jan;58(4):215–29.
239. Gyllensten a L, Gard G, Salford E, Ekdahl C. Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. *Physiother Res Int.* 1999;4(2):89–109.
240. Jenkinson C, Coulter A. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf ....* 2002;11:335–9.
241. Knobe J. Person as scientist, person as moralist. *Behav Brain Sci.* 2010 Aug;33(4):315–29; discussion 329–65.
242. Knobe J. Action trees and moral judgment. *Top Cogn Sci.* 2010 Jul;2(3):555–78.
243. van 't Riet J, Ruitter RAC, Werrij MQ, de Vries H. Investigating message-framing effects in the context of a tailored intervention promoting physical activity. *Health Educ Res.* 2010 Apr;25(2):343–54.
244. Mendez RDR, Rodrigues RCM, Spana TM, Cornélio ME, Gallani MCBJ, Pérez-Nebra AR. Validation of persuasive messages for the promotion of physical activity among people with coronary heart disease. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2012 Jan;20(6):1015–23.
245. Keijsers GP, Schaap CP, Hoogduin CA. The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy. A review of empirical studies. *Behav Modif.* 2000 Apr;24(2):264–97.



246. Olcese C. UNA APROXIMACION A LA PSICOTERAPIA DE CARL ROGERS. *iasde.com.ar* [Internet]. [cited 2016 Mar 10]; Available from: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/cvasquez/rogers.htm>
247. Roberts L, Bucksey SJ. Communicating with patients: what happens in practice? *Phys Ther.* 2007 May;87(5):586–94.
248. Jagosh J, Donald Boudreau J, Steinert Y, Macdonald ME, Ingram L. The importance of physician listening from the patients' perspective: enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. *Patient Educ Couns.* Elsevier Ireland Ltd; 2011 Dec;85(3):369–74.
249. Escolar-Reina P, Medina-Mirapeix F, Gascón-Cánovas JJ, Montilla-Herrador J, Jimeno-Serrano FJ, de Oliveira Sousa SL, et al. How do care-provider and home exercise program characteristics affect patient adherence in chronic neck and back pain: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* BioMed Central; 2010 Jan 10;10(1):60.
250. Koponen AM, Simonsen N, Suominen S. Determinants of physical activity among patients with type 2 diabetes: the role of perceived autonomy support, autonomous motivation and self-care competence. *Psychol Health Med.* 2016 Mar 7;1–13.
251. Kidd MO, Bond CH, Bell ML. Patients' perspectives of patient-centredness as important in musculoskeletal physiotherapy interactions: A qualitative study. *Physiotherapy.* The Chartered Society of Physiotherapy; 2011;97(2):154–62.
252. Raja S, Hasnain M, Vadakumchery T, Hamad J, Shah R, Hoersch M. Identifying elements of patient-centered care in underserved populations: a qualitative study of patient perspectives. *PLoS One.* 2015 Jan;10(5):e0126708.
253. Jani BD, Blane DN, Mercer SW. The role of empathy in therapy and the physician-patient relationship. *Forsch Komplementmed.* 2012 Jan;19(5):252–7.
254. Charman R. Pain theory and physiotherapy. *Physiotherapy.* 1989;75(5):246–54.
255. Carey TA, Kelly RE, Mansell W, Tai SJ. What's therapeutic about the therapeutic relationship? A hypothesis for practice informed by Perceptual Control Theory. *The Cognitive Behaviour Therapist.* 2012. p. 47–59.
256. Alexanders J, Anderson A, Henderson S. Musculoskeletal physiotherapists' use of psychological interventions: a systematic review of therapists' perceptions and practice. *Physiotherapy.* 2015 Jun;101(2):95–102.
257. Beck A. *Cognitive therapy and the emotional disorders.* Penguin, editor. New York; 1979.
258. Hülsebusch J, Hasenbring MI, Rusu AC. Understanding Pain and Depression in Back Pain: the Role of Catastrophizing, Help-/Hopelessness, and Thought Suppression as Potential Mediators. *Int J Behav Med.* 2015 Nov 20;1–9.



## **VIII. FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN**



## VIII. FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN

El estudio (PRCEU-UCH06/12) que lleva por nombre *Experiencias y percepciones de la calidad de la relación terapéutica entre fisioterapeutas y pacientes de los servicios públicos de la Comunidad Valenciana* ha sido financiado por el Banco de Santander y la Universidad Cardenal Herrera dentro de la Convocatoria de ayudas para el fomento de la investigación científica en la Universidad CEU Cardenal Herrera, curso académico 2012-2013.

### Difusión

#### Comunicaciones orales

Título: *Percepción de la calidad de la comunicación entre usuarios de instituciones sanitarias públicas y sus fisioterapeutas*. Año: 2013 Congreso: XXIV Congreso Nacional de Comunicación y Salud de la SEMFYC. Lugar de celebración: Auditorio Alfredo Krauss de Las Palmas de Gran Canaria. Tipo de presentación: Presentación oral. Publicación: Gaceta del grupo Comunicación y salud de la sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Publicación on-line.

Título: *Calidad de la comunicación fisioterapeutas-usuarios en instituciones sanitarias públicas de la Comunidad Valenciana*. Año: 2013. Congreso: II jornadas de comunicación en salud, organizadas por el CECOVA. Lugar de celebración: Universidad Miguel Hernández, Elche. Tipo de presentación: Presentación oral. Conferencia invitada

Título: *Percepciones de los fisioterapeutas sobre la comunicación con los usuarios de servicios sanitarios públicos. Estudio preliminar*. Año: 2013. Congreso: IV Congreso iberoamericano de psicología y salud. Lugar de celebración: Universidad de A Coruña. Facultad de Fisioterapia. A Coruña. Presentación oral. Publicación: Libro de actas del congreso.

Título: *Influencia de la alianza terapéutica en la adherencia a los tratamientos de fisioterapia*. Año: 2014. Congreso: III congreso iberoamericano de Psicología de la Salud. Lugar de celebración: Sevilla. Tipo de presentación: Presentación oral.

### **Comunicaciones tipo Poster**

Título: *Comunicación entre médico y paciente: una revisión bibliográfica*. Año: 2013. Congreso: .XVII Encuentro Internacional de Investigación en enfermería. Lugar de celebración: Palacio de congresos de Lleida Tipo de presentación: Poster Publicación: Libro de actas del congreso

Título: *Calidad de la comunicación entre fisioterapeutas y usuarios de servicios sanitarios públicos de la Comunidad valenciana*. Año: 2014. Congreso: XXV Congreso nacional de entrevista clínica y comunicación asistencial. SEMFYC. Lugar de celebración: Casa de la Convalescència (UAB Campus) de Barcelona. Tipo de presentación: Póster.

Título: *Percepciones de los fisioterapeutas sobre la comunicación con los usuarios de servicios sanitarios públicos*. Año: 2014. Congreso: XVIII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Lugar de celebración: Vitoria. Tipo de presentación: Póster.

## **Publicaciones nacionales**

Rodríguez O, Catalán D, Muñoz-Cruzado M, Serranos P. *Avances en dolor crónico, tema central de la II Jornada Nacional de Fisioterapia en Salud Mental*. *Fisioterapia*. 2016;38(4)





## **IX. ANEXOS**



## **IX. ANEXOS**

ANEXO I. Carta de información e invitación a participar para los fisioterapeutas

ANEXO II. Hoja de consentimiento informado para los fisioterapeutas

ANEXO III. Carta de información e invitación a participar para los pacientes

ANEXO IV. Hoja de consentimiento informado para los pacientes

ANEXO V. Información y consentimiento informado del Hospital de Valencia

ANEXO VI. Cuestionario de datos clínicos y sociodemográficos de pacientes

ANEXO VII. Cuestionario de datos sociodemográficos de fisioterapeutas

ANEXO VIII. Concesión del proyecto de investigación referencia PRCEU-UCH 06/12.

ANEXO IX. Aprobación del proyecto de investigación Hospital General de Valencia.

ANEXO X. Petición de evaluación al hospital Vinalopó del proyecto de investigación

ANEXO XI. Correo electrónico de confirmación de aprobación de la realización del estudio en el Hospital Vinalopó.

**ANEXO I.**

**UNIVERSIDAD**



**CEU**

*Universidad  
Cardenal Herrera*

**CARDENAL HERRERA CEU**

**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**Facultad de Ciencias de la salud**

Sr/ Sra:

Me dirijo a usted en relación con un estudio que estamos realizando en la Universidad Cardenal Herrera CEU, junto con las Universidades Miguel Hernández de Elche, UCAM, Universidad de Murcia y Fundació Universitària del Bages. El estudio tiene como objetivo contribuir a la mejora de la comunicación entre fisioterapeutas y usuarios de servicios de Fisioterapia de centros sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana.

Por este motivo, **queremos invitarle** a usted, junto con otros fisioterapeutas con experiencia en este tipo de centros, **a participar en una reunión**. El objetivo de esta reunión es intercambiar experiencias, opiniones y puntos de vista sobre la comunicación entre sus pacientes y ustedes y sobre las barreras que pueden encontrar para una mejor comunicación. **Su participación es esencial para conocer de qué forma se puede mejorar la comunicación entre fisioterapeutas y pacientes.**

La reunión se celebrará el **próximo** día 26 de abril de 2013, en la sala de profesores de la sede en Elche de la Universidad cardenal Herrera CEU, sita en la 5ª planta del edificio de la universidad, en C/ Carmelitas, nº 3 (adjuntamos un plano de situación). Comenzará a las 18 h y finalizará a las 19,30 h aproximadamente.

Debido a que nos hemos puesto en contacto con un número reducido de personas, el éxito de la reunión dependerá en gran medida de su asistencia y participación en la misma. Por ello, para confirmar su asistencia y resolver cualquier duda al respecto, le llamaremos por teléfono durante los próximos días.

Agradeciéndole por anticipado su colaboración, le saluda atentamente

Prof. Dr Jaume Morera Balaguer

Si desea alguna aclaración, por favor, no dude en llamar al teléfono 965426486 (ext.67408), miércoles y viernes de 13 a 14,30 h. Le atenderemos gustosamente.

**ANEXO II.**

**UNIVERSIDAD CARDENAL HERRERA CEU**



**CEU**

*Universidad  
Cardenal Herrera*

**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**Facultad de Ciencias de la salud**

**HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Proyecto de investigación *Calidad de la comunicación entre fisioterapeutas y usuarios de servicios sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana.*

La Universidad Cardenal Herrera CEU, junto con las Universidades Miguel Hernández de Elche, UCAM, Universidad de Murcia y Fundació Universitària del Bagés está realizando un estudio con el objetivo de contribuir a la mejora de la comunicación entre los fisioterapeutas y los usuarios de servicios de Fisioterapia de centros sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana.

Si acepta participar en este estudio, ello le implicaría participar en una reunión con otros fisioterapeutas, dirigida por un miembro de nuestro equipo de investigación, de unos 40-80 minutos de duración.

**CONFIDENCIALIDAD**

Toda la información que usted nos facilite durante la reunión necesariamente tendrá que ser grabada para su posterior uso. No obstante, de acuerdo con la Ley Orgánica Reguladora de la protección de datos personales, la información será tratada de forma confidencial.

**SU FIRMA EN ESTE DOCUMENTO SIGNIFICA QUE HA DECIDIDO PARTICIPAR DESPUÉS DE HABER LEÍDO Y ENTENDIDO LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTA HOJA DE CONSENTIMIENTO.**

Firma del PARTICIPANTE

Fecha

Nombre y apellidos

Teléfono

### ANEXO III.



### UNIVERSIDAD

### CARDENAL HERRERA CEU

### DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

### Facultad de Ciencias de la salud

Sr/ Sra:

Me dirijo a usted en relación con un estudio que estamos realizando en la Universidad Cardenal Herrera CEU, junto con las Universidades Miguel Hernández de Elche, UCAM, Universidad de Murcia y Fundació Universit ria del Bages. El estudio tiene como objetivo contribuir a la mejora de la comunicaci3n entre fisioterapeutas y usuarios de servicios de Fisioterapia de centros sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana.

Por este motivo, **queremos invitarle** a usted, junto con otros usuarios de este tipo de centros, **a participar en una reuni3n**. El objetivo de esta reuni3n es intercambiar experiencias, opiniones y puntos de vista sobre la comunicaci3n entre sus fisioterapeutas y ustedes y sobre las barreras que pueden encontrar para una mejor comunicaci3n. **Su participaci3n es esencial para conocer de qué forma se puede mejorar la comunicaci3n entre pacientes y fisioterapeutas.**

La reuni3n se celebrará el pr3ximo día **14 de octubre de 2015**, en la **Sala de raquis** del servicio de Rehabilitaci3n del Hospital General Universitario de Elche. **Comenzar  a las 12 h y finalizar  a las 13,30 h** aproximadamente.

Debido a que nos hemos puesto en contacto con un número reducido de personas, el éxito de la reuni3n dependerá en gran medida de su asistencia y participaci3n en la misma. Por ello, para confirmar su asistencia y resolver cualquier duda al respecto, le llamaremos por teléfono durante los pr3ximos días.

Agradeciéndole por anticipado su colaboraci3n, le saluda atentamente

Prof. Dr Jaume Morera Balaguer

Si desea alguna aclaraci3n, por favor, no dude en llamar al teléfono 965426486 (ext.67405). Le atenderemos gustosamente entre las 8h y las 14h los martes y jueves, y entre las 11h y las 14h los lunes

**ANEXO IV.**



**UNIVERSIDAD**

**CARDENAL HERRERA CEU**

**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**Facultad de Ciencias de la salud**

**HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Proyecto de investigación *Calidad de la comunicación entre fisioterapeutas y usuarios de servicios sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana.*

La Universidad Cardenal Herrera CEU, junto con las Universidades Miguel Hernández de Elche, UCAM, Universidad de Murcia y Fundació Universitària del Bagés está realizando un estudio con el objetivo de contribuir a la mejora de la comunicación entre los fisioterapeutas y los usuarios de servicios de Fisioterapia de centros sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana.

Si acepta participar en este estudio, ello le implicaría participar en una reunión con otros usuarios, dirigida por un miembro de nuestro equipo de investigación, de unos 40-80 minutos de duración.

**CONFIDENCIALIDAD**

Toda la información que usted nos facilite durante la reunión necesariamente tendrá que ser grabada para su posterior uso. No obstante, de acuerdo con la Ley Orgánica Reguladora de la protección de datos personales, la información será tratada de forma confidencial.

**SU FIRMA EN ESTE DOCUMENTO SIGNIFICA QUE HA DECIDIDO PARTICIPAR DESPUÉS DE HABER LEÍDO Y ENTENDIDO LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTA HOJA DE CONSENTIMIENTO.**

Firma del PARTICIPANTE

Fecha

Nombre y apellidos

Teléfono

## **ANEXO V.**

### **IMPRESO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS SUJETOS A INCLUIR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION**

#### **TÍTULO**

Calidad de la comunicación entre fisioterapeutas y usuarios de servicios sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana

#### **INVESTIGADOR PRINCIPAL**

Dr Jaume Morera Balaguer

#### **OBJETIVOS**

Identificar y describir los aspectos relacionados con la calidad de la comunicación entre fisioterapeutas y usuarios de servicios sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana.

#### **DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

El presente estudio forma parte de un proyecto de investigación más amplio, con el cual se intenta contribuir a la mejora de la comunicación entre los fisioterapeutas y los usuarios de servicios de Fisioterapia de centros sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana. Para ello se le propone participar en una reunión con varios usuarios de Fisioterapia en servicios sanitarios, de unos 40-80 minutos de duración. El objetivo de esta reunión es intercambiar experiencias, opiniones y puntos de vista sobre la comunicación entre sus pacientes y ustedes y sobre las barreras que pueden encontrar para una mejor comunicación. Durante la reunión, un miembro del equipo de investigación, que ejercerá como moderador, les pedirá que hablen sobre aspectos relacionados con la comunicación con su fisioterapeuta.

Toda la información que usted nos facilite durante la reunión necesariamente tendrá que ser grabada para su posterior uso. No obstante, de acuerdo con la Ley Orgánica Reguladora de la protección de datos personales, la información será tratada de forma confidencial.

Si Ud. está de acuerdo, libremente firme el Anexo que para este fin se ha añadido en el impreso de autorización.

Si Ud. está de acuerdo, libremente firme el consentimiento de participación en este estudio que para este fin se ha añadido al final de este impreso.

#### **RIESGOS Y BENEFICIOS**

Al tratarse de una investigación en la que no hay intervención sobre los sujetos participantes, carece de riesgos para los mismos.



Con su participación en este estudio, usted va a ayudar a mejorar la comunicación entre los fisioterapeutas y los usuarios de servicios de Fisioterapia de centros sanitarios públicos.

Según su condición clínica esta información podrá o no ser aprovechada en su propia salud.

### **PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y no recibirá remuneración alguna.

Como paciente, el rechazo a participar no supondrá ninguna penalización o ni afectará en modo alguno a la calidad de la asistencia sanitaria que reciba.

### **CONFIDENCIALIDAD**

Toda la información obtenida será confidencial, los datos recogidos se introducirán, por el Equipo investigador, en una base de datos para realizar el análisis estadístico pero su nombre no aparecerá en ningún documento del estudio, sólo se le asignará un número. En concreto, las muestras se identificarán con un número y se agruparan por patologías afines. En ningún caso se le identificará en las publicaciones que puedan realizarse con los resultados del estudio. Sin embargo, esta información podrá ser revisada por el Comité Ético de Investigación Clínica de este Hospital así como por organismos gubernamentales competentes.

Sus datos personales serán tratados de manera confidencial, y se procesarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (15/1999, del 13 de Diciembre). El tratamiento de toda la información obtenida en el estudio está regulado por las leyes nacionales e internacionales de datos y de confidencialidad.

El procedimiento de destrucción de las muestras será el mismo que se utiliza habitualmente con el resto de las muestras del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Puede ejercer su derecho de acceso y rectificación de sus datos. También, si así lo desea, puede ser informado de los resultados del estudio

El estudio se realizará asegurando el cumplimiento de normas éticas y legales vigentes (Declaración de Helsinki).

Si tiene alguna duda o no entiende este texto consulte antes de firmar el documento con El Dr. D. Jaume Morera Balaguer, con nº de teléfono 965426486, ext. 67403, que es el fisioterapeuta responsable de esta investigación y le puede preguntar cualquier duda o problema que tenga relacionado con este estudio o consulte con sus familiares y, finalmente, si está de acuerdo firme este consentimiento. Se le entregará una copia.

Fdo.: Jaume Morera Balaguer  
Investigador Principal del Proyecto  
Vicedecano de Fisioterapia  
Universidad Cardenal Herrera CEU  
Tel: 965426486 Ext 67403

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE SUJETO DE ESTUDIO**

Título del proyecto de investigación :

Calidad de la comunicación entre fisioterapeutas y usuarios de servicios sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana

Yo, .....

He leído la hoja de información anterior.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con .....

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Doy mi consentimiento para que este material aparezca en informes y artículos de revista de publicaciones médicas.

Entiendo que:

- Mi nombre no será publicado.
- El material no será utilizado para publicidad o embalaje.
- El material no será utilizado fuera de contexto.

Firmado .....

Fecha.....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL.**

Título del proyecto de investigación:

Calidad de la comunicación entre fisioterapeutas y usuarios de servicios sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana

Yo, .....

en calidad de: .....

de: .....

He leído la hoja de información anterior.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con .....

Comprendo que la participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Comprendo que este material aparezca en informes y artículos de revista de publicaciones médicas.

Entiendo que:

- Mi nombre no será publicado.
- El material no será utilizado para publicidad o embalaje.
- El material no será utilizado fuera de contexto.

En mi presencia se ha dado a .....  
.....toda  
la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en  
participar.

Y presto mi conformidad con que .....  
..... participe en el estudio.

Firmado ..... Fecha.....

## ANEXO VI. CUESTIONARIO DE DATOS CLÍNICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad

Sexo  Hombre  Mujer

Nivel de estudios (marque una cruz dentro de la casilla que corresponda a su nivel)

Primarios

Secundarios

Universitarios

Centro donde ha recibido tratamiento

Patología por la que ha sido tratado en el servicio de Fisioterapia

Semanas en tratamiento en el servicio de Fisioterapia

Por el problema actual

En total

## ANEXO VII. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad

Sexo

Hombre

Mujer

**Centro de Trabajo**

**Tipo de usuarios a los que atiende mayoritariamente**

**Años trabajados**

En total

En el servicio

**Entorno en el que desarrolla habitualmente las sesiones:**

Individual

Grupal

**Estudios de postgrado (cursos, seminarios, talleres...) relacionados con habilidades de comunicación**

SÍ

NO

## ANEXO VIII.



D. Jaime Morera Balaguer  
CEU-UCH

Moncada, a 14 de diciembre de 2012

Estimado Investigador:

En tu condición de grupo precompetitivo y habiéndose reunido la Comisión de Investigación el 14 de noviembre de 2012, se te ha concedido el proyecto de Investigación solicitado con referencia PRCEU-UCH 08/12. A falta de la determinación de la cuantía final asignada, tienes ya disponible una dotación presupuestaria de 2.510€. En breve, procederemos a enviarte la resolución definitiva.

Recordarte que los gastos deben estar dentro del periodo lectivo relativo al curso 2012-2013 comprendido entre las fechas 1 de septiembre de 2012 y 31 de agosto de 2013. Las facturas podrán entregarse hasta el 13 de septiembre de 2013 a Silvia Sáez (Contabilidad).

Aprovecho la ocasión para saludarte y darte mi más cordial enhorabuena,



## ANEXO IX.



Comarcia Hospital General Universitario de Valencia  
Comité Ético de Investigación Clínica

### APROBACIÓN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

- ANEXO 11 -

Este CEIC tras evaluar en su reunión de 25 de septiembre de 2014 el Proyecto de Investigación:

<b>Título:</b>	Calidad de la comunicación entre fisioterapeutas y usuarios de servicios de fisioterapia en instituciones sanitarias públicas de la CV		
<b>I.P.:</b>	Jaume Morera Balaguer/José Angel Gonzalez	<b>Servicio/Unidad</b>	Fisioterapia

Acuerda respecto a esta documentación:

Que la Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado presentado reúnen las condiciones exigidas por este CEIC, por tanto se decide su APROBACIÓN.

Los miembros que evaluaron esta documentación:

		Presente	Ausente	Disculpa
<b>Presidente</b>	Dr. Severiano Marín Bertolín	X		
	D. Ernesto Bataller Alonso	X		
	D. Alejandro Moner González	X		
<b>Miembros Lego</b>	Dña. M <sup>a</sup> Teresa Jareño Roglan			X
	Dña. Encarna Domingo Cebrián	X		
	D. Jaime Alapont Pérez			X
	Dña. Carmen Sarmiento Cabeñas	X		
	D. Antonio Baltasar Olivas Nevado			X
	Dr. D. José Manuel Iranzo Miguélez		X	
	Dr. D. Miguel Armengol Carceller			X
<b>Vocales</b>	Dr. D. Julio Cortijo Gimeno			X
	Dra. Dña. Elena Rubio Gomis	X		
	Dr. D. Gustavo Juan Samper	X		
	Dra. Pilar Blasco Segura	X		
	Dra. M <sup>a</sup> José Salfont Aguilera	X		
	Dra. Ana Blasco Cordellat	X		



## ANEXO X.



VINALOPÓ SALUD

### Anexo I

D. Jaume Morera Balaguer

Profesor colaborador doctor del departamento de Fisioterapia. Universidad Cardenal Herrera CEU

Mediante la presente,

### SOLICITA

A la Comisión de Investigación; la evaluación del proyecto de Investigación titulado:

"Calidad de la comunicación entre fisioterapeutas y usuarios de servicios sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana"

Versión del Protocolo \_\_\_ de Fecha \_\_ de \_\_\_ de 20\_\_

Así mismo

### DECLARA

Que el estudio respeta las normas éticas aplicables a este tipo de estudios.

Que la realización del estudio no supondrá coste alguno, de ningún tipo, ni económico, ni en especie ni de capital humano, para el hospital

Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el estudio, sin que ello interfiera, en el ejercicio de sus funciones establecidas por contrato, ni en la realización de otro tipo de estudios ni en otras tareas que tiene habitualmente encomendadas.

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en el protocolo del estudio, una vez esta haya sido aprobado por la Comisión a la que hago esta solicitud

Que tanto el abajo firmante como mi equipo respetaremos en todo momento las normas éticas y legales aplicables a este tipo de estudios y seguiremos las normas de buena práctica clínica en su realización.

Que los colaboradores que necesita para realizar el estudio propuesto son los idóneos y están capacitados para realización del mismo.

En Elche (Alicante) a 8 de MARZO de 2013

Firmado:

D. Jaume Morera Balaguer

Comisión de Investigación Hospital del Vinalopó

Firmatarios específicos  
Dirección de Enfermería

**ANEXO XI.**

**De: Mireia J. Ladios Martin <mladios@vinaloposalud.com>**

**Enviado: miércoles, 27 de marzo de 2013 10:10**

**Para: Jaime Vicente Morera Balaguer**

**Cc: PATRICIA SOBRINO ORTEGA**

**Asunto: RE: INVESTIGACIÓN UCH-CEU**

**Te cc parte del acta.**

**Estudio Aprobado.**

**Un saludo,**

**1.3.- Evaluación del proyecto de investigación titulado: “Calidad de la Comunicación entre fisioterapeutas y usuarios de servicios sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana”**

**Investigador / Autor: JAUME MORERA BALAGUER**

**Universidad Cardenal Herrera Oria**

**Evaluadores: Mireia Ladios**

**Ana Adela Ramírez**

**Por Unanimidad de APRUEBA**



