



Universidad  
de Alcalá

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**GRADO EN FISIOTERAPIA**

**VALORES, ACTITUDES Y CREENCIAS**

**RESPECTO AL DOLOR CRÓNICO**

**Y SU INFLUENCIA EN EL RAZONAMIENTO CLÍNICO**

**DE LOS FISIOTERAPEUTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA:**

**ESTUDIO CUALITATIVO.**

**Adrián Ávila Sánchez**

Alcalá de Henares, 23 de Junio del 2015

**Tutor:** D. Fernando Vergara Pérez, Profesor Titular de la Escuela Universitaria.  
Departamento de E. y Fisioterapia. Universidad de Alcalá.

## **Agradecimientos**

*“Cuando bebas agua, recuerda la fuente.”*

Proverbio chino.

En primer lugar, a mi tutor de trabajo de fin de grado, el profesor Fernando Vergara, por compartir parte de su tiempo permitiéndome acceder a sus enseñanzas y su paciente guía en este estudio. A todos y cada uno de los docentes implicados en mis estudios en la Universidad de Alcalá por haberme dado la oportunidad de acceder al título de Grado en Fisioterapia.

En segundo lugar, todas aquellas personas que participaron en el estudio, a los pacientes por su especial amabilidad. A los fisioterapeutas, mi profunda gratitud por sus aportaciones, percepciones y reflexiones que han constituido la base del estudio y fuente de enriquecimiento personal. A mis dos compañeras Miriam Domínguez y América Enríquez, por ser un excelente apoyo para que el desarrollo de este estudio haya sido posible, mi reconocimiento y mi gratitud.

Por otro lado, quisiera reconocer y agradecer al resto de mis compañeros el gran ejemplo que han representado para mí durante estos cuatro años de estudios juntos.

Y finalmente a mi familia y a todas aquellas personas que igualmente considero mi familia, por su cercanía y cariño, por proveerme de todo lo necesario a cada paso que he dado, como estudiante, hijo, hermano y amigo. Y en especial, a Victoria por ser la compañía de mayor inspiración.

A todas aquellas personas, a las que vinieron como bendiciones y a las que vinieron como lecciones, mi sincera y profunda gratitud.

# RESUMEN

**Antecedentes.** Actualmente no existen estudios acerca de los valores, actitudes y creencias de los fisioterapeutas respecto al dolor crónico y como esto influye en el razonamiento clínico empleado por los profesionales de la fisioterapia en atención primaria.

**Objetivo.** Este estudio cualitativo analiza los valores, actitudes y creencias de los fisioterapeutas respecto al dolor crónico de los pacientes con los que se encuentra en los servicios de atención primaria.

**Sujetos y metodología.** El estudio cualitativo se llevó a cabo dentro del paradigma cualitativo. La selección de la muestra se realizó mediante la estrategia de muestreo teórico. La muestra estaba constituida por tres fisioterapeutas expertos de dos centros de atención primaria, el Centro de Salud Juan de Austria, en Alcalá de Henares y el Centro de Salud de Los Manantiales, en Guadalajara. La recogida de datos se realizó mediante la observación participante y la entrevista en profundidad de cada uno de los fisioterapeutas participantes mediante las cuales se alentó a los participantes a verbalizar sus pensamientos, reflexiones y experiencias. Todos los datos fueron posteriormente transcritos, codificados y analizados. Se emplearon técnicas de verificación para darle mayor confiabilidad a los hallazgos.

**Resultados.** Los valores, actitudes y creencias de los fisioterapeutas de atención primaria formaron diez categorías: valores profesionales, valores altruistas, creencias respecto al paciente crónico, actitudes y creencias respecto al tratamiento, abordaje biopsicosocial, creencias respecto al dolor, estrategias para modificar actitudes y creencias, actitudes y creencias acerca de los resultados, comunicación y modelos de razonamiento clínico. Los valores, actitudes y creencias de los fisioterapeutas emergían con el fin de establecer una buena relación terapéutica y de colaboración con el paciente. El abordaje biopsicosocial del dolor crónico requiere del empleo de modelos de razonamiento clínico interactivos que favorezcan la comprensión del paciente. Emerge la actitud educador para provocar modificaciones en las actitudes y creencias de los pacientes.

**Conclusiones.** Los resultados contribuyen a la investigación orientada a la identificación de valores, actitudes y creencias de los fisioterapeutas que tratan con pacientes con dolor crónico en atención primaria. Los hallazgos encontrados tienen implicaciones tanto para los docentes como para la práctica clínica desarrollada por los fisioterapeutas y futuras investigaciones.

**Palabras clave:** *valores, actitudes y creencias, dolor crónico, razonamiento clínico, fisioterapia, atención primaria.*

# ABSTRACT

**Background.** Nowadays there are not studies about values, attitudes and beliefs of physiotherapists respect to chronic pain and how it influences clinical reasoning used by physiotherapist in primary care.

**Objective.** This qualitative study analyzes the values, attitudes and beliefs of physiotherapists respect to chronic pain patients who turn to primary care services.

**Subjects and methodology.** The qualitative study was conducted within the qualitative paradigm. The sample selection was made by the theoretical sampling strategy. The sample was formed by three experts physiotherapists from two primary care centers, Juan de Austria's Health Centre, in Alcalá de Henares city and Los Manantiales' Health Centre, in Guadalajara city. Data collection was performed through observation of participants and in-depth interview of each physiotherapists through which they were encouraged to verbalize their thoughts, reflections and experiences. All data were transcribed, coded and analyzed. Verification techniques were employed to give reliability to findings.

**Results.** Values, attitudes and beliefs of primary care's physiotherapists formed ten categories: professional values, altruistic values, beliefs about chronic patient, attitudes and beliefs about treatment, biopsychosocial approach, beliefs about pain, strategies to change attitudes and beliefs, attitudes and beliefs about results, communication and clinical reasoning models. Physiotherapists' values, attitudes and beliefs emerged in order to establish a good and collaborative therapeutic relationship with patients. The biopsychosocial approach to chronic pain requires the use of interactive clinical reasoning models that promote patient understanding. Educator attitude emerges to cause changes in patients' attitudes and beliefs.

**Conclusions.** The results contribute to research aimed at identifying physiotherapists' values, attitudes and beliefs who treat patients with chronic pain in primary care. The findings have implications for both education and clinical practice developed by physiotherapists and future research.

**Keywords:** *values, attitudes and beliefs, chronic pain, clinical reasoning, physical therapy, primary care.*

# ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	i
ABSTRACT .....	iii
ÍNDICE GENERAL.....	iv
ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS .....	vi
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Definición de razonamiento clínico.....	2
1.2. Dimensiones esenciales del razonamiento clínico.....	3
1.3. Modelos e interpretaciones de razonamiento clínico.....	4
1.3.1. Razonamiento clínico como proceso cognitivo.....	5
1.3.2. Razonamiento clínico como proceso interactivo.....	6
1.4. Estrategias de razonamiento clínico .....	8
1.5. Dolor crónico .....	9
1.5.1. Dolor crónico en España.....	11
1.5.2. Dolor crónico en centros de Atención Primaria.....	13
1.6. Razonamiento clínico y dolor .....	14
1.6.1. Factores de influencia en el razonamiento clínico del dolor.....	15
1.7. Modelos de enfoque biomédico y biopsicosocial .....	16
1.8. Valores, actitudes y creencias.....	18
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
<b>3. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>24</b>
3.1. Diseño .....	25
3.2. Investigadores.....	25
3.3. Ámbito de estudio.....	26
3.4. Sujetos de estudio .....	26
3.5. Consideraciones éticas.....	27
3.6. Métodos de recogida de datos .....	28
3.6.1. Variables de estudio .....	28
3.6.2. Técnicas de recolección de datos.....	28
3.6.3. Recursos empleados.....	30
3.6.4. Intervención.....	30
3.7. Análisis de datos.....	32
3.8. Técnicas de verificación .....	33

<b>4. RESULTADOS</b> .....	34
4.1. Categoría 1: Valores profesionales .....	36
4.2. Categoría 2: Valores altruistas .....	38
4.3. Categoría 3: Creencias respecto al paciente crónico .....	41
4.4. Categoría 4: Actitudes y creencias respecto al tratamiento .....	43
4.5. Categoría 5: Abordaje biopsicosocial .....	47
4.6. Categoría 6: Creencias respecto al dolor crónico .....	49
4.7. Categoría 7: Estrategias para modificar actitudes y creencias de los pacientes .....	51
4.8. Categoría 8: Actitudes y creencias acerca de los resultados .....	55
4.9. Categoría 9: Comunicación .....	57
4.10. Categoría 10: Modelos de razonamiento clínico .....	59
4.11. Relación entre categorías .....	62
<b>5. DISCUSIÓN</b> .....	64
5.1. Fortalezas y limitaciones del estudio .....	78
5.2. Implicaciones para la fisioterapia .....	78
5.3. Futuras investigaciones .....	79
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	81
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	84
<b>8. ANEXOS</b> .....	89
<i>Anexo 1. Hoja informativa</i> .....	90
<i>Anexo 2. Consentimiento informado</i> .....	94
<i>Anexo 3. Recogida de datos personales</i> .....	96
<i>Anexo 4. Consentimiento informado</i> .....	97
<i>Anexo 5. Plantilla de observación participante</i> .....	100
<i>Anexo 6. Guía de entrevista</i> .....	102
<i>Anexo 7. Guía de entrevista modificada</i> .....	103

## ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

<b>Número</b>	<b>Figura</b>	<b>Página</b>
2.1.	Criterios de homogeneidad de los fisioterapeutas participantes	27
2.2.	Criterios de heterogeneidad de los fisioterapeutas participantes	27
4.1.	Categorías encontradas tras el análisis de datos	35

<b>Número</b>	<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
4.1.	Variables descriptivas de los fisioterapeutas participantes	35
4.2.	Categoría 1: Valores profesionales	36-37
4.3.	Categoría 2: Valores altruistas	38-40
4.4.	Categoría 3: Creencias respecto al paciente crónico	41-42
4.5.	Categoría 4: Actitudes y creencias respecto al tratamiento	43-46
4.6.	Categoría 5: Abordaje biopsicosocial	47-49
4.7.	Categoría 6: Creencias respecto al dolor crónico	49-50
4.8.	Categoría 7: Estrategias para modificar actitudes y creencias	51-54
4.9.	Categoría 8: Actitudes y creencias acerca de los resultados	55-56
4.10.	Categoría 9: Comunicación	57-58
4.11.	Categoría 10: Modelos de razonamiento clínico	59-61



# **1. INTRODUCCIÓN**

## 1.1. Definición de razonamiento clínico

Hace más de tres décadas que los estudios de investigación intentan comprender la naturaleza del razonamiento clínico y, sin embargo, las teorías y la evidencia han sido sintetizadas con muy poca calidad y, consecuentemente, su interpretación sigue siendo difícil (1).

Las expectativas puestas en los fisioterapeutas y el desarrollo de la profesión dentro de un sistema de atención sanitaria en constante cambio son una de las causas de que el razonamiento clínico se haya convertido en un importante tema de estudio durante la última década. Para conseguir buenos resultados, el fisioterapeuta requiere de un manejo eficaz y eficiente de los pacientes (2, 3).

Igualmente, el logro de la autonomía profesional por parte de los fisioterapeutas requiere de una capacidad de toma de decisiones clínicas responsables, oportunas, acertadas e independientes (4). Así, la promoción de la autonomía profesional dentro del campo de la fisioterapia también ha proporcionado un fuerte impulso para avanzar en la investigación del entendimiento y el desarrollo de las técnicas de razonamiento clínico (4, 5).

Higgs y Jones definieron el razonamiento clínico como un proceso que ocurre cuando el terapeuta, interactuando con el paciente, familiares y otros miembros del equipo sanitario, ayuda a estructurar objetivos, planes de tratamiento y estrategias de gestión de la salud en base a los datos clínicos, las opciones de los pacientes, la experiencia, y el juicio y el conocimiento profesional (2).

Este complejo fenómeno de razonamiento clínico fue definido por Higgs en 2006 como:

*“Toma de decisiones y manera de pensar contexto-dependiente durante la práctica profesional para guiar las acciones de la práctica. Implica la construcción de narraciones para dar sentido a múltiples factores e intereses relacionados con la tarea del razonamiento actual. Ocurre dentro de un conjunto de situaciones problemáticas influenciados por el marco de referencia, el contexto de trabajo y el modelo de la práctica, así como del paciente o el contexto en el que se encuentra el paciente. Utiliza las dimensiones esenciales del conocimiento práctico, cognición y*

*metacognición y apoyándose estas capacidades en otras. La toma de decisiones dentro del razonamiento clínico ocurre en micro, macro y meta niveles pudiendo ser elaboradas individualmente o de manera colaborativa. Esto implica habilidades comunicación, generación de conocimiento, autenticidad del modelo de la práctica y reflexión (6, 7)”*.

## 1.2. Dimensiones esenciales del razonamiento clínico

Para que el fisioterapeuta sea capaz de hacer una toma de decisiones eficaz se requiere de lo que llaman dimensiones esenciales del proceso de razonamiento clínico, que incluye: el conocimiento, la cognición y la metacognición.

El **conocimiento** es una de las características que definen al profesional y es esencial para el razonamiento clínico y la toma de decisiones. Los fisioterapeutas gastan una gran cantidad de tiempo en obtener conocimientos necesarios para la práctica clínica y la especialidad elegida. Además, los fisioterapeutas tienen un compromiso con el aprendizaje para toda la vida (8).

En relación con la práctica de la fisioterapia, Higgs y Titchen dividen el conocimiento en dos tipos: proposicional y no proposicional (8). El **conocimiento proposicional** (“saber qué”) es teórico y obtenido a través de la investigación. El **conocimiento no proposicional** (“saber cómo”) es derivado de la experiencia profesional y personal como fuente de conocimiento (6, 8). El conocimiento profesional que está incrustado en la práctica clínica, puede ser tácito e incluye tanto los conocimientos profesionales generales obtenidos de la experiencia como los conocimientos específicos relacionados con el paciente y el contexto. El conocimiento personal se moldea con las experiencias en la vida y, por tanto, es único para cada fisioterapeuta, incluyendo el conocimiento colectivo de la comunidad y la cultura individual del clínico y los valores personales de cada uno, suposiciones, creencias y actitudes, las cuales pueden facilitar u obstaculizar la prestación de una atención óptima. El conocimiento personal ayuda a determinar lo que es relevante para cada paciente. Esto es esencial para ayudar a los pacientes a alcanzar sus metas y brindar una atención centrada en los mismos (8).

Con el fin de ser un clínico eficaz, por lo tanto, se requieren de múltiples tipos de conocimiento obtenido a partir de varias fuentes.

*“La comprensión y el manejo con éxito de los problemas del paciente requiere de una rica organización de los tres tipos de conocimiento. El conocimiento proposicional nos proporciona la teoría y los niveles de sustanciación por los cuales la presentación clínica del paciente puede ser considerada en contra de la teoría investigada-validada y la práctica. El conocimiento profesional no proposicional nos permite utilizar la teoría en la clínica mientras que se proporciona de manera adicional, y a menudo pruebas vanguardistas derivadas de la evidencia (aunque generalmente con carácter no probado). El conocimiento personal permite una comprensión más profunda del problema clínico que se pueden obtener en el contexto de la situación particular del paciente y nos permite practicar de una manera integral y solidaria” (8).*

La **cognición** o habilidades de pensamiento, como el análisis, la síntesis y la evaluación de los datos clínicos recogidos, son utilizadas para procesar datos clínicos y resolver problemas (6).

La **metacognición** o autoconciencia reflexiva integra el conocimiento y la cognición. Permite a los clínicos identificar las limitaciones en la calidad de la información obtenida, inconsistencias o resultados inesperados; les permite controlar su razonamiento y la práctica clínica, en busca de errores y credibilidad; les lleva a reconocer cuando sus conocimientos o habilidades no son suficientes y necesitan medidas correctivas (6).

Además existen otras dimensiones adicionales como son la toma de decisiones colaborativa, la interacción con el contexto y la influencia de la naturaleza del caso clínico (6).

### **1.3. Modelos e interpretaciones de razonamiento clínico**

Estos han sido divididos en dos grupos: modelo cognitivo y modelo interactivo. Varias formas o estrategias de razonamiento clínico han sido descritas a

lo largo de los años. Estas, dependiendo del contexto y el problema clínico, pueden darse combinadas (2, 7).

### 1.3.1. Razonamiento clínico como proceso cognitivo

Tiene sus raíces en el paradigma empírico-analítico o también conocido como paradigma positivista que mantiene que la verdad o la realidad es objetiva y medible, utilizando de este modo la observación y la experimentación para producir un resultado que, a su vez, puede ser generalizado y conduce, también, a la predicción (2).

**El razonamiento hipotético-deductivo** es un proceso de generación de hipótesis basada en los datos clínicos y los conocimientos, y las pruebas de investigación posterior respecto a la hipótesis. Es utilizado por los principiantes, y en situaciones problemáticas, por los expertos (4). Otras dos formas de razonamiento se hacen visibles: el razonamiento relativo al procedimiento, el cual sigue procedimientos predeterminados de evaluación y tratamiento, generalmente, junto con la hipótesis, y el razonamiento diagnóstico que se usa para determinar el posible proceso patobiológico subyacente, evaluando la discapacidad física/limitación funcional y de los trastornos asociados teniendo en cuenta los mecanismos del dolor, la patología tisular y el amplio número de factores potenciales contribuyentes (2, 6, 7).

**El reconocimiento de patrones** es un proceso inductivo, que se caracteriza por la velocidad y la eficiencia. Groen y Patel identificaron que el razonamiento de expertos en situaciones no problemáticas asemejaba a un reconocimiento de patrones o una recuperación automática de información de una base de conocimientos bien estructurada. Los nuevos casos se clasifican, y las similitudes se reconocen (signos, síntomas, opciones de tratamiento, resultados, el contexto), en relación con los casos clínicos previamente experimentados (6).

**El razonamiento intuitivo, implícito o tácito:** Es una forma de razonamiento clínico muy común y aumenta con los años de experiencia profesional. Razonamiento intuitivo es a menudo razonamiento “tácito”, y las decisiones basadas en esta forma de razonamiento son mayormente inconscientes. Los fisioterapeutas necesitan desarrollar sus habilidades de reflexión para ser capaces de compartir las

razones de sus decisiones clínicas con otros colegas y estudiantes, para mejorar aún más el desarrollo personal y profesional, y contribuir al desarrollo global de la profesión (2, 7).

### **1.3.2. Razonamiento clínico como proceso interactivo**

Este tiene sus raíces en el paradigma interpretativo, el cuál sostiene que la mejor práctica clínica en la atención sanitaria debería ser particularizada, no generalizada y, por tanto, la toma de decisiones debería operar dentro de un contexto. En una investigación reciente sobre el impacto del contexto sobre la toma de decisiones clínicas, identificaron que la toma de decisiones clínica en la práctica actual es un proceso contexto-dependiente y que está determinado socio-culturalmente (6, 9).

**El razonamiento multidisciplinar** se da cuando un grupo multidisciplinar de profesionales se reúnen para decidir acerca de la condición del paciente (6).

**El razonamiento condicional/predictivo**, generalmente ocurre durante el tratamiento. El fisioterapeuta reflexiona en cómo las intervenciones pueden afectar las futuras respuestas y funcionamiento del paciente. Reflexiona sobre el éxito/fracaso del razonamiento relativo al procedimiento y el interactivo. El pensamiento va más allá del presente hacia un nivel de interpretación más profundo de la persona como un todo. Este razonamiento requiere de experiencia ya que trata de estimar las respuestas del paciente y resultados del tratamiento, ayudando al paciente a considerar posibilidades y reconstruir su vida en función de su lesión (2, 6, 7).

**El razonamiento narrativo** usa la escucha activa por parte del fisioterapeuta para comprender profundamente la experiencia del paciente acerca de su enfermedad, “el relato”, el contexto, las creencias y los factores culturales. El fisioterapeuta entra en la historia personal del paciente y toma una mayor o menor rol en su vida. El propósito del razonamiento narrativo es diseñar un tratamiento significativo para el paciente y establecer una relación basada en la comprensión y la confianza (4, 6, 7).

*“No es tanto lo que le sucede a las personas sino cómo éstas interpretan y explican lo que les sucede lo que determina sus acciones, sus esperanzas, su satisfacción, su bienestar emocional y su comportamiento”* (Mezirow, 1991).

**El razonamiento interactivo** ocurre entre el fisioterapeuta y el paciente para llegar a un mejor entendimiento de la perspectiva del paciente (6). Implica una compleja interpretación de las pistas que se perciben durante el encuentro del tratamiento, como las palabras y la entonación elegida y el lenguaje verbal y no verbal (7).

*“El razonamiento relativo al procedimiento guía el tratamiento. El razonamiento interactivo guía la terapia”* (Fleming, 1991).

**El razonamiento colaborativo** está relacionado con el proceso de toma de decisiones conjunta entre el fisioterapeuta y el paciente acerca de las metas, objetivos y elección de las intervenciones terapéuticas (2,7).

*“Nuestra presencia como clínicos, la manera en la que conectamos con aquellos a los que atendemos, es un factor crucial para proporcionar la curación”* (8).

**El razonamiento ético** se lleva a cabo para comprender y solucionar dilemas pragmáticos y éticos. Los valores, necesidades y metas del paciente se tienen en cuenta a la hora de escoger el método terapéutico. Frecuentemente se llevan a cabo decisiones relacionadas con dilemas económicos, políticos y morales a los que se enfrentan los fisioterapeutas, así como decisiones respecto a cuánto tiempo debe continuarse el tratamiento (6). Otra forma de razonamiento clínico menos conocida toma relevancia en este tipo de situaciones como es el razonamiento pragmático, el cual busca la factibilidad, por ejemplo, el ajuste de prioridades para definir los objetivos terapéuticos si el número y/o el tiempo de las sesiones de tratamientos son reducidos debido a factores sociopolíticos u otras restricciones (7).

**El razonamiento relativo a la enseñanza** es usado cuando se aconseja, instruye o guía al paciente para promover un cambio y mejorar su entendimiento de los efectos de su propio (movimiento) comportamiento (también incluye aspectos del razonamiento clínico narrativo, de procedimiento e interactivo) (6, 7).

#### 1.4. Estrategias de razonamiento clínico

Finalmente, se exponen brevemente las estrategias de razonamiento clínico que emplean los fisioterapeutas para resolver casos clínicos. Un estudio interpretativo actual (2) añadió otra dimensión para entender la práctica experta de la fisioterapia. En dicho estudio concluye que, con independencia del marco donde se aplique el tratamiento, durante la práctica clínica los fisioterapeutas presentan focos de pensamiento y actuación relacionados con diversas actividades diagnósticas, terapéuticas o resolutivas de problemas éticos. Estos diferentes focos u orientaciones del razonamiento se denominan estrategias de razonamiento clínico (2, 4).

A continuación se exponen las diferentes estrategias englobadas en los apartados de diagnóstico, tratamiento y resolución de problemas éticos:

##### **Estrategias de diagnóstico**

- *Razonamiento diagnóstico*: el diagnóstico se alcanza en función de la discapacidad física/limitación funcional y de los trastornos asociados, teniendo en cuenta los mecanismos del dolor asociado, la patología tisular y el amplio número de potenciales factores contribuyentes.
- *Razonamiento narrativo*: comprensión de la experiencia del paciente acerca de su enfermedad, “el relato”, el contexto, las creencias y los factores culturales.

##### **Estrategias de tratamiento**

- *Razonamiento relativo al procedimiento*: determinación y verificación de los procedimientos terapéuticos.
- *Razonamiento interactivo*: establecimiento de la relación terapeuta-paciente.
- *Razonamiento colaborativo*: empleo de un enfoque consensuado en la interpretación de los hallazgos exploratorios, el planteamiento de objetivos y prioridades y la ejecución y progresión del tratamiento.
- *Razonamiento docente*: planear, realizar y evaluar la docencia de forma individualizada y en función del contexto.



- *Razonamiento predictivo*: imaginar escenarios futuros con los pacientes y explorar las alternativas y sus implicaciones.

### **Estrategias de resolución de problemas éticos**

- *Razonamiento ético*: comprensión y resolución de los dilemas pragmáticos y éticos.

Además, el estudio encontró que en la práctica clínica las estrategias no solían emplearse aisladamente ni se utilizaban de forma separada para tareas particulares, sino que se emplean a menudo de manera combinada, superpuestas de diversos modos, en función de la situación clínica concreta de cada caso (2, 4).

En otras ocasiones, el razonamiento y/o la práctica clínica están más orientados a la comunicación y su resultado se evalúa de una forma diferente. En dichas ocasiones, el razonamiento se caracteriza por seguir un modelo cualitativo, más interpretativo. En estas situaciones, el fisioterapeuta trata de entender la experiencia del paciente dentro del contexto vital del propio paciente y establece junto con él la validez de dicha comprensión (2, 4).

Las diferencias entre los modelos de razonamiento son análogas a las diferencias entre los métodos de investigación cualitativos y cuantitativos. La interacción en la práctica clínica entre estos dos modelos de razonamiento diferentes se denomina razonamiento dialéctico (2).

Algunos modelos recientes de la atención primaria ofrecen un enfoque en el que consideran las preferencias del paciente, de acuerdo con el aumento de la conciencia de la necesidad de promover la toma de decisiones compartida en la atención de la salud. Los métodos cualitativos son ideales para adoptar una manera abierta y no directiva respecto a las perspectivas de los pacientes (10).

### **1.5. Dolor crónico**

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*International Association for the Study of Pain –IASP–*) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular existente o

presumida, o bien lo que el sujeto describe utilizando esos mismos términos, sin que exista una lesión verificable". Se ha establecido una clasificación del trastorno doloroso en función de su duración. El dolor agudo tiene una duración inferior a 6 meses y el dolor crónico tiene una duración mayor de 6 meses de evolución (11, 12). Aunque aún hay estudios que definen el dolor crónico a aquel dolor que sobrepasa los 3 meses (13).

Mientras que el dolor agudo es predominantemente un síntoma o manifestación de lesión tisular, el dolor crónico se considera como una enfermedad en sí mismo. El dolor crónico con frecuencia, es de difícil tratamiento; puede causar problemas importantes al paciente; y tiene repercusiones negativas sobre su calidad de vida (14). A menudo desencadena un conjunto de cambios físicos y psicosociales, como ansiedad, problemas hormonales, trastornos del sistema inmunológico y gastrointestinal, disminución de la movilidad, alteraciones del sueño y del apetito. Todo puede conllevar a una disminución de la calidad de vida, dependencia de la familia y otros cuidadores, mayor vulnerabilidad a enfermar, bajo o nulo rendimiento laboral, además de miedo, angustia, depresión y, en algunos casos, suicidio (12, 14).

El dolor crónico se clasifica en oncológico y no-oncológico. Ambos pueden ser de origen nociceptivo (somático o visceral) y neuropático (14). Las enfermedades típicas que ocasionan dolor crónico son la artrosis, la artritis reumatoide, la fibromialgia, los dolores crónicos de columna y muchas otras. La lumbalgia crónica es más prevalente en la zona industrial, en hombres y en pacientes que realizan actividades físicas altas (13).

En la literatura científica existe un gran consenso en que el dolor es un fenómeno complejo y multifactorial que depende de la interacción de factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales. Aunque no se han descrito diferencias concluyentes en la percepción del dolor o en su manifestación, relacionadas con condiciones étnicas o raciales, ni en adultos ni en niños (14).

Hay una gran variedad de estudios acerca de la repercusión del dolor crónico en la calidad de vida del paciente. Recientemente, se ha publicado un estudio multicéntrico europeo referente a la prevalencia del dolor crónico y su impacto en la calidad de vida. Los resultados demostraron que el dolor producía importantes

consecuencias en el paciente: el 21% de los pacientes presentaba depresión, el 61% había disminuido su capacidad para trabajar, el 19% había perdido su trabajo y el 13% había tenido que cambiar de trabajo a causa del dolor, observándose diferencias entre países, probablemente relacionadas con factores de tipo cultural (15).

El dolor crónico requiere de la interrelación y estrecha coordinación entre atención primaria y las distintas especialidades implicadas en el manejo clínico de estos pacientes. El sistema de atención al dolor crónico debe utilizar una perspectiva biopsicosocial lo que demanda la integración de múltiples disciplinas (12, 14).

### **1.5.1. Dolor crónico en España**

Uno de los estudios más importantes realizados para determinar la prevalencia del dolor crónico ha sido la revisión sistemática de Ospina M y cols que analizaron 32 publicaciones, del periodo 1991-2002, de las cuales seleccionaron 13 para su evaluación. Entre sus resultados destaca un rango de prevalencia estimada del 10,1% al 55,2%, con mayor incidencia en las mujeres y un uso sistemático de los recursos del sistema de salud. En ese estudio fue incluido el trabajo de Catalá E y cols, que estimaba una prevalencia de dolor crónico en la población española, según los criterios de la IASP, del 23,4% (13,16).

Según datos de la encuesta europea "Pain in Europe", el dolor crónico afecta al 11% de la población española y sólo una pequeña proporción de estos enfermos recibe tratamiento adecuado. La mayoría de los pacientes afirma que el dolor es constante y una tercera parte refiere tener dolor diario durante todo el año. La gran mayoría de los pacientes que sufren dolor (73%) está siendo tratada por el médico de atención primaria o por el traumatólogo, y de ellos sólo el 63% sigue un tratamiento farmacológico para el dolor (15).

La frecuencia de dolor crónico en población adulta en España es muy elevada. La evidencia epidemiológica, procedente en su mayoría de los países desarrollados, ha demostrado que el dolor crónico es un problema generalizado de salud pública. Un reciente estudio epidemiológico en España sobre dolor en las

consultas de atención primaria muestra que un 30,9% de la muestra poblacional refería dolor crónico (14).

Según el estudio de prevalencia más actual, publicado en 2015, de Dueñas M et al. con una muestra de 1.957 individuos de la población española, reflejaron que la prevalencia del dolor crónico fue del 16,6% y entre estos temas, más del 50% refirió limitaciones en sus actividades diarias, el 30% sentía tristeza y/o ansiedad, y el 47,2% indicó que su el dolor estaba afectando a su vida familiar. Concluyeron que el dolor afecta a una proporción importante de la población adulta española y que tiene un fuerte impacto personal (17).

Todos estos factores hacen que el dolor crónico sea uno de los problemas sanitarios con mayor coste dentro de nuestra sociedad, no sólo por los gastos directos inherentes (hospitalización, consultas, analíticas, pruebas diagnósticas, tratamientos farmacológicos, rehabilitación, fisioterapia, ayudas a domicilio, cuidado familiar, etc.), sino también por los gastos indirectos (baja laboral, disminución rendimiento laboral, pérdida capacidad productiva, etc.). Su coste se cifra, actualmente, en el 2,5% del Producto Interior Bruto (12).

El gasto por fármacos para aliviar el dolor en 2004 supuso para el Sistema Nacional de Salud más de 330 millones de euros. El estudio “Valoración Clínico-Epidemiológica del Dolor Crónico en Unidades del Dolor”, realizado por la Sociedad Española del Dolor (SED), puso de manifiesto que un tercio de la población que sufría dolor crónico y se encontraba laboralmente activa estuvo el año 2000 más de 200 días de baja. En términos económicos, ello supuso un coste para la Seguridad Social por improductividad laboral superior a los 6.000 millones de euros (13).

En otro contexto, podemos considerar el interés que el tratamiento del dolor tiene en nuestro país en base a la producción científica en esta área del conocimiento. Tomando como referencia los buscadores bibliográficos y sólo mirando las principales revistas científicas, con un mayor Factor de Impacto según publica el *Science Citation Index*, se puede considerar que existe una producción que tal vez incluso excede el nivel de organización de que se dispone. El número de publicaciones en ciencias básicas es mayor que en clínica, y la mayor parte de los trabajos son realizados en laboratorios de investigación experimental (universidades

o CSIC) o bien en hospitales españoles, teniendo por objetivo la farmacología y la fisiología (16).

Es en el manejo del dolor crónico complejo, debido a patología benigna, donde los equipos multidisciplinarios son esenciales. La búsqueda de soluciones tecnológicas a estos problemas, sin considerar otros aspectos terapéuticos, sólo redundaría en conducir al paciente a más dolor, sufrimiento y gastos. Para pacientes complejos, una valoración y un manejo multidisciplinar son generalmente la mejor elección. Una unidad multidisciplinar de tratamiento del dolor debe contar en su plantilla con profesionales sanitarios capaces de abordar los aspectos físicos, psicosociales, médicos y laborales del dolor crónico. El equipo debe estar integrado por médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales y cualquier otro tipo de profesional sanitario que pueda contribuir al diagnóstico y tratamiento de los pacientes (16).

### **1.5.2. Dolor crónico en centros de Atención Primaria**

El dolor crónico es un problema de salud en todos los países desarrollados. Existen estudios con un seguimiento superior a 40 años, que muestran un aumento de la prevalencia entre 2 y 4 veces en el dolor de espalda, dolor en el hombro y dolor generalizado, siendo el incremento en algunos casos estadísticamente significativo (18).

Los profesionales de atención primaria son los que con mayor frecuencia tratan pacientes con dolor crónico, requiriendo –por su complejidad o especificidad– el concurso de otras especialidades y áreas de conocimiento como las de anestesiología, cuidados paliativos, fisioterapia, medicina interna, neurología, neurocirugía, oncología, psicología, psiquiatría, rehabilitación, reumatología y traumatología (14).

A pesar de la magnitud del problema y del interés médico, científico y social que supone la atención y el tratamiento de la persona con dolor crónico, este problema está infravalorado (15, 14), o inadecuadamente tratado (19).

Las causas de la infravaloración del dolor y de la inadecuación en su tratamiento son de naturaleza multifactorial, siendo los problemas más destacados la falta de formación y de información del profesional sanitario; el desconocimiento sobre la utilización de tratamientos de forma segura, efectiva y eficiente; la falta de precisión, adecuación y utilización de los métodos de evaluación del dolor (14).

Otros factores están relacionados con la dificultad en la verbalización del dolor por parte del paciente y la comunicación entre la persona atendida y el profesional sanitario (20), así como el componente cultural subyacente a las actitudes y sistemas de afrontamiento del dolor (14).

Por tanto, las dificultades en el tratamiento de pacientes con dolor crónico, no sólo están compuestas por la falta de conocimientos, sino también por el comportamiento de los profesionales, los cuales están guiados por sus actitudes (11).

Las actitudes reales o supuestas, tanto del enfermo que sufre dolor crónico como de los principales actores que intervienen en su tratamiento, van a ser determinantes en la toma de decisiones y, en muchos casos, van a influir o modificar los criterios de la indicación terapéutica (15).

El razonamiento clínico en relación con el dolor crónico en la práctica de fisioterapia en los centros de atención primaria no ha sido objeto de investigación ampliamente estudiado.

## **1.6. Razonamiento clínico y dolor**

Para los fisioterapeutas ha sido propuesto una categorización del dolor y un enfoque de su razonamiento clínico basado en los mecanismos del dolor y en hipótesis orientada. Este enfoque sugiere que las presentaciones clínicas de dolor podrían ser categorizadas de acuerdo con cinco clases de mecanismos del dolor: nociceptivo, neurogénico periférico, dolor central, mecanismos autonómicos y motores y mecanismos afectivos (21).

Mientras que el razonamiento clínico del dolor no ha sido estudiado directamente en fisioterapia, existe una cantidad limitada de literatura respecto al estudio del dolor entre fisioterapeutas y profesionales de la salud (21).

Wolff et al. realizaron una serie de cuestionarios en su estudio de 500 fisioterapeutas ortopédicos, encontrando que el 72% de los encuestados percibe su nivel de educación en el dolor, con respecto a la teoría del dolor y el manejo, como muy inadecuada o menos que adecuada (11). Moseley también encontró que los profesionales de la salud tienen un pobre conocimiento de la neurofisiología del dolor, pero que con una formación adecuada eran capaces de mejorar su entendimiento (22). Rivett y Higgs, en un estudio de 19 terapeutas manuales, no encontraron pruebas de razonamiento clínico relativo a los mecanismos neurofisiológicos del dolor. Otros autores también han puesto de manifiesto la discrepancia existente entre la información publicada de neurobiología y de la psicología del dolor y del conocimiento y las acciones de los clínicos (21).

### 1.6.1. Factores de influencia en el razonamiento clínico del dolor

Varios factores han sido descritos como factores influyentes en el proceso de razonamiento clínico de los fisioterapeutas (7):

- Conocimiento profesional y experimental, cognición, metacognición y habilidades de reflexión.
- Valores y enfoques del fisioterapeuta y del paciente.
- Conocimientos y experiencias personales del fisioterapeuta.
- Emociones.
- Conocimientos de base del paciente.
- Experiencias previas del paciente y del fisioterapeuta.
- Factores culturales, los cuales influyen en los valores.
- Contexto laboral, social y económico del paciente.
- Enfoque clínico biomédico o biopsicosocial.
- Estructura del manejo clínico.
- Estructura colaborativa (autoritaria, multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar).

A menudo el tratamiento del dolor depende de las actitudes y costumbres de los profesionales de la salud. El aumento de los conocimientos resulta en mejoras en las actitudes. Ambos aspectos son necesarios para la mejora en los comportamientos relacionados con la atención al paciente. Existe poca información directamente relacionada con el conocimiento y las actitudes de los fisioterapeutas con respecto a los pacientes con dolor crónico (11).

### 1.7. Modelos de enfoque biomédico y biopsicosocial

El aprendizaje y la práctica de la fisioterapia se han basado tradicionalmente en el **modelo biomédico**, que considera el dolor y la discapacidad asociada del paciente como síntomas de una patología subyacente. Según este modelo, el objetivo principal durante la entrevista con el paciente y la exploración física es la identificación de las alteraciones físicas en los tejidos del sistema neuromusculoesquelético, así como la elección del tratamiento adecuado para la patología en cuestión (4).

La formación en el modelo biomédico influye en las actitudes y creencias de los fisioterapeutas respecto al dolor crónico musculoesquelético. Los fisioterapeutas deben ser conscientes del impacto de sus propias actitudes y creencias sobre las actitudes y creencias del paciente. Las creencias del fisioterapeuta suelen ser adoptadas de igual manera por los pacientes. Las actitudes y creencias del paciente influyen en la adherencia al tratamiento y por tanto, los fisioterapeutas deben ser conscientes de que un enfoque biomédico respecto al dolor crónico musculoesquelético es probable que resulte en menos adherencia al tratamiento y en un pobre resultado del mismo (especialmente en términos de recuperación funcional) debido a que ya ha quedado bien establecido que este modelo de enfoque biomédico se queda corto a la hora de explicar el dolor crónico musculoesquelético (23).

En cambio, es sabido que pueden existir cambios patológicos sin síntomas y, también, pueden existir síntomas sin patología. Esto llevó a un modelo de enfoque clínico (24). El **modelo biopsicosocial** postula que el grado de discapacidad del paciente dependerá de la reacción ante el dolor, más que de la experiencia física del



dolor en sí mismo (4). El dolor no tiene porqué ser un señal de que exista patología o daño tisular, ya que también está influenciado por factores psicológicos y sociales. Debido a estos factores el dolor puede permanecer en el tiempo incluso si la patología inicial ha sido curada (24, 25).

Los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que los factores psicológicos y sociales sirven como indicadores de pronóstico, u obstáculos en la recuperación (28).

El modelo biopsicosocial sitúa al dolor en un contexto más holístico y le concede importancia no de forma aislada sino relacionado con cualquier discapacidad que el paciente que sufre dolor pueda experimentar como resultado del mismo (4). Los fisioterapeutas todavía tienen orientaciones de sus creencias hacia un modelo biomédico del dolor influenciando en su razonamiento clínico e incluso en sus explicaciones hacia los pacientes, y en sus tratamientos usan técnicas pasivas de tratamiento no basadas en evidencia (como el ultrasonido) (24, 26, 27).

La integración de la evaluación de los factores psicosociales y utilizar esta información para guiar la toma de decisiones clínicas tienen el potencial de mejorar la calidad de la atención ofrecida por los fisioterapeutas, mejorando el enfoque de los tratamientos, la relación terapeuta-paciente y la adherencia a los programas de asesoramiento y gestión del tratamiento. Estos enfoques pueden mejorar los resultados clínicos de los pacientes y la eficiencia de la prestación de servicios (28).

La aplicación del modelo biopsicosocial a la práctica de la fisioterapia ha supuesto un reto, ya que obliga a los profesionales a expandir el ámbito de factores que deben abordar abiertamente y de forma explícita como parte del tratamiento integral del paciente (1).

Un enfoque biopsicosocial es más probable que contribuya a la mejora de las estrategias terapéuticas, y por tanto, a una mejora de los resultados, especialmente en procesos de dolor crónico (23).

*“La forma en la que los pacientes manifiestan su dolor o enfermedad está conformada en parte por lo que son” (8).*

En ocasiones el razonamiento y/o la acción clínica de los profesionales se emplean de modo que el “resultado” es evaluado y medido de forma empírica. En otras ocasiones, el razonamiento y/o la práctica clínica están más orientados a la comunicación y su resultado se evalúa de una forma diferente. En dichas ocasiones, el razonamiento se caracteriza por seguir un modelo cualitativo, más interpretativo. El fisioterapeuta intenta entender la experiencia del paciente dentro del contexto vital del paciente (4).

Existen estudios que nos dicen que las expectativas de los profesionales de la salud son indicadores muy fuertes acerca de la auto-evaluación del dolor y del alivio del dolor de los pacientes, incluyendo los cambios pre y post procedimiento en los índices de dolor de los pacientes. Estos resultados indican que los profesionales de la salud pueden provocar un impacto en los resultados del paciente con dolor crónico, aunque sea a través de mecanismos involuntarios. El comportamiento no verbal de los profesionales puede proporcionar sutiles y poderosos mensajes que afecten la eficacia del tratamiento del dolor de quién los percibe. De tal manera que, los pacientes pueden responder a tales características involuntarias confirmando así las expectativas de los profesionales (30).

Aunque el hecho de prestar atención a los factores psicosociales no es un enfoque novedoso, los fisioterapeutas han aprendido por lo general las técnicas diagnósticas y terapéuticas psicosociales (por ejemplo, la escucha, la comunicación, la negociación, el asesoramiento y la motivación) para lograr cambios positivos en el entendimiento de la salud de sus pacientes, sus creencias y sus conductas por medio de la experiencia personal. Los conocimientos y las aptitudes interpersonales requeridas son a menudo tácitas y se encuentran menos desarrolladas en algunos profesionales (2).

### **1.8. Valores, actitudes y creencias**

Los valores se presentan como asunciones o premisas básicas que guían la toma de decisiones, en este caso, las decisiones clínicas y comportamientos profesionales (31).

Los valores de una profesión se logran a través de la socialización profesional, donde un individuo desarrolla los conocimientos, habilidades, comportamientos, actitudes y valores de determinada profesión y desarrolla una identidad profesional. Los valores son influenciados y moldeados por los contextos y prioridades sociales, institucionales, culturales y políticas que nos rodean, por lo que los resultados encontrados por otras investigaciones de otros países y contextos profesionales no pueden ser directamente transferibles al contexto que en este estudio nos concierne (32).

El concepto “visión del mundo” (“Worldview”) descrito por Hooper, es una conceptualización de la influencia que tiene el contexto personal de un terapeuta en su pensamiento y razonamiento. El concepto “visión del mundo” es comúnmente entendido como las asunciones subyacentes de un individuo sobre la vida y la realidad. Estas asunciones son formadas por el contexto histórico cultural personal del individuo y producen una perspectiva global respecto al mundo y la vida. De ahí, que el concepto “visión del mundo” englobe la ética, los valores y creencias, fe y espiritualidad y motivación del terapeuta (34).

Azjen y Fishbein muestran en su “teoría de la acción razonada” cómo el comportamiento puede ser influido por las creencias, actitudes y valores. Estos a su vez se combinan o se influyen entre sí, de manera que determinadas creencias pueden reforzar o debilitar el efecto de determinada actitud. Se otorga una gran importancia a estos factores de tipo social, como elementos determinantes a la hora de configurar las intenciones y la toma de decisiones a la cuales se consideran el preámbulo de la acción (31).

Es importante hacer explícitos los valores que transmiten los fisioterapeutas. Esto implica que puedan ser socializados de manera más consistente dentro de los planes de estudios universitarios. También pueden ser utilizados por los profesionales para dar forma a su futura práctica, reflexionando sobre cómo sus propios valores se alinean con los de la profesión (32).

Las actitudes han sido consideradas como tendencias psicológicas expresadas mediante la evaluación favorable o desfavorable hecha sobre algo. Son consideradas como representaciones mentales de esas respuestas evaluadoras,

que pueden estar basadas en sentimientos, conocimientos o experiencias previas.  
(30)

Las **creencias** aparecen como afirmaciones que se dan por ciertas sin ningún tipo de duda.

*“Las creencias nos poseen y nos preceden, siendo compartidas sin necesidad de cuestionarlas ni de formularlas explícitamente” (Ortega y Gasset, 2001).*

Las creencias de los profesionales de la salud pueden interferir en el proceso terapéutico. Por ejemplo, los profesionales de la salud que asocian el movimiento con el empeoramiento del dolor y piden a sus pacientes con dolor lumbar que restrinjan algunas de sus actividades de la vida diaria y laboral tienen más probabilidades de inducir niveles significativos de discapacidad (29,33).

Las actitudes y creencias del fisioterapeuta representan bien cómo se lleva a cabo la comunicación con el paciente, incluyendo la educación al paciente, que a su vez modula las expectativas y credibilidad del tratamiento (24, 25, 26, 27).

En una encuesta nacional, Cherkin observó falta de consenso entre los fisioterapeutas en sus creencias sobre la efectividad de muchos de los tratamientos para el dolor lumbar. Las actitudes y las creencias no sólo influyen sobre el comportamiento de los fisioterapeutas (la información que brindan) sino también sobre la información médica que ven como importante (24).

La “visión del mundo” de un terapeuta puede influir positiva o negativamente en su razonamiento clínico. Mattingly y Eleming describieron muchas situaciones donde se creyó que las destrezas de los terapeutas estaban ligadas o bajo la influencia de las habilidades o estilos personales del terapeuta. Se sabe que muchos terapeutas están motivados intrínsecamente por conseguir los mejores resultados posibles en sus pacientes y se esfuerzan por alcanzar la excelencia en su práctica clínica (34).

Sin embargo, también es posible que el razonamiento del terapeuta pueda estar bajo la influencia de otros factores menos deseables. Por ejemplo, la investigación seminal de Eisenberg demostró que la personalidad del paciente y su aspecto físico tenían un impacto en el diagnóstico médico y en decisiones de

tratamiento. Incluso, la investigación indicó que la toma de decisiones de los profesionales de la salud podría estar influenciada por el nivel socioeconómico de los pacientes (34).

De esta manera, las actitudes, las creencias y los valores quedan ligados entre sí e influyen de manera importante sobre la toma de decisiones. Para Dreezens et al. los valores, actitudes y creencias formarían una estructura jerárquica en la que los valores estarían en lo más alto y las creencias y las actitudes formarían la base. Las potenciales influencias entre valores, actitudes y creencias serían activadas según el contexto, en los cuales, el conocimiento podría jugar un papel fundamental a la hora de tomar las decisiones (31).

En resumen, los valores, las actitudes y creencias de los fisioterapeutas están relativamente inexploradas; pero parecen tener un importante impacto en el desarrollo del razonamiento clínico, teniendo además, una gran influencia en las actitudes y creencias de los pacientes (25). Esto es algo que afecta a los resultados del paciente en términos de recuperación, el uso de la atención sanitaria y su función (24). Por esta razón, se considera importante hacer explícitos los valores, actitudes y creencias de los fisioterapeutas que se encuentran con parte de esa gran prevalencia de pacientes con dolor crónico que acuden a los centros españoles de atención primaria.

## **2. OBJETIVOS**

El **objetivo principal** de este estudio es analizar los valores, creencias y actitudes de los fisioterapeutas respecto al dolor crónico de los pacientes con los que se encuentra en los servicios de atención primaria.

Además, se plantea el siguiente **objetivo secundario**:

- Identificar los modelos de razonamiento clínico más empleados en la atención de pacientes con dolor crónico derivados de la influencia de los valores, creencias y actitudes de los fisioterapeutas.

### **3. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS**



### 3.1. Diseño

Un diseño **cualitativo fenomenológico** desde el **paradigma interpretativo** fue elegido para llevar a cabo el estudio. Este diseño permite explorar, en profundidad, las experiencias, conductas y puntos de vista de los participantes dentro de su marco de actuación, algo que no se puede hacer mediante datos cuantitativos (35). Al ser de tipo fenomenológico **hermenéutico**, tiene como objetivo comprender la vivencia de los sujetos dónde el investigador permanece inmerso y además es partícipe (36, 37).

Heidegger precisa que la fenomenología se enfatiza en la ciencia de los fenómenos; ésta consiste en “*permitir ver lo que se muestra, tal como se muestra a sí mismo y en cuanto se muestra por sí mismo*”; por consecuencia, es un fenómeno objetivo, por lo tanto verdadero y a su vez científico (38).

El diseño se ha mantenido flexible y emergente en todo momento, adaptándose a los hallazgos durante la recogida de datos. Así mismo, el investigador ha ido tomando decisiones en función de los resultados que se ha ido encontrando y fruto de su reflexión. Este proceso se ha producido de forma cíclica, cada vez que se recopilaban nuevos datos. El diseño de esta investigación pretende tener como base la realidad y los puntos de vista de los participantes, los cuales ni se conocían ni se comprendían al inicio del estudio.

### 3.2. Investigadores

Tres investigadores formaron parte de este estudio: un investigador principal y dos investigadores secundarios. Los tres investigadores eran estudiantes de último curso del Grado en Fisioterapia en la Universidad de Alcalá de Henares. Todos ellos habían cursado todas las asignaturas del último curso y poseían conocimientos básicos sobre los conceptos relacionados con el razonamiento clínico y el dolor crónico. Uno de los investigadores secundarios también estaba en proceso de realizar un estudio cualitativo de características similares a este.

El investigador principal se encargó del diseño del estudio, así como de toda la recogida de datos. Dos investigadores secundarios colaboraron con el investigador principal a la hora de realizar el análisis de datos.

### 3.3. **Ámbito de estudio**

El estudio se enmarca dentro del contexto de las unidades de fisioterapia de dos centros de Atención Primaria: el Centro de Salud de Juan de Austria del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), ubicado en Alcalá de Henares y el Centro de Salud de Los Manantiales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), ubicado en Guadalajara. Ambos centros son de gestión pública directa y llevan a cabo una función asistencial, investigadora y docente.

### 3.4. **Sujetos de estudio**

La muestra inicial fue de dos fisioterapeutas del Centro de Salud Juan de Austria, en Alcalá de Henares. Una vez iniciado el trabajo de campo se amplió la muestra con un fisioterapeuta del Centro de Salud de Los Manantiales, en Guadalajara.

La **selección de la muestra** se realizó mediante una estrategia de **muestreo no probabilístico**, de tipo intencional o “**muestreo teórico**” (37). Se identificó un informador clave que ayudó a identificar posibles participantes. Se realizó un muestreo por objetivos hasta alcanzar la  **saturación de la información**, es decir, hasta el momento en que los nuevos datos ya no agregasen información nueva.

Los  **criterios de homogeneidad** de las variables descriptivas de los **pacientes** que formaron parte del estudio fueron: Sufrir dolor no oncológico de más de 6 meses de evolución y que estuviese bajo tratamiento fisioterapéutico en los servicios de atención primaria. No se incluyeron  **criterios de heterogeneidad**. Se informó a los fisioterapeutas que serían observados mientras trataran a pacientes con dolor crónico sin importar otro tipo de variables (como la edad, género, localización, comportamiento o intensidad del dolor, actividad laboral, etc.).

Los **fisioterapeutas participantes** fueron seleccionados siguiendo los **criterios de homogeneidad** detallados en la **Figura 2.1**.

- 1º. Ser **fisioterapeuta colegiado**, requisito obligado para ejercer la profesión, e implica la posesión del título académico correspondiente.
- 2º. Estar **en activo** trabajando en un centro de **Atención Primaria**.
- 3º. Tener una **experiencia mínima de 10 años** como fisioterapeuta.
- 4º. Profesionales que hayan **firmado el consentimiento informado**.
- 5º. Profesionales que estén atendiendo **pacientes con dolor de mínimo 6 meses de evolución** en el momento de la recogida de datos.

**Figura 2.1.** Criterios de homogeneidad de los fisioterapeutas participantes

Además de los siguientes **criterios de heterogeneidad** que quedan detallados en la **Figura 2.2**.

- 1º. La edad y género de los fisioterapeutas.
- 2º. La ubicación o localidad del centro de Atención Primaria.
- 3º. Formación continua y/o especialidad de los fisioterapeutas.
- 4º. Número de pacientes con dolor crónico atendidos por los fisioterapeutas.

**Figura 2.2.** Criterios de heterogeneidad de los fisioterapeutas participantes

### **3.5. Consideraciones éticas**

El presente estudio analiza los valores, creencias y actitudes como factores de influencia en el razonamiento clínico de los fisioterapeutas respecto al dolor crónico, en el ámbito de la Atención Primaria. Dado las características del tema, y para facilitar la información veraz, se cumplen una serie de consideraciones éticas: el **consentimiento informado** y la **confidencialidad** de datos personales. Los profesionales que decidieron formar parte de la muestra de estudio firmaron la **hoja informativa** (Ver ANEXO 1) previamente al **consentimiento informado** (Ver ANEXO 2), aceptando ser observados en su práctica clínica y ser grabados durante

la entrevista en profundidad. El pacto establecido previamente contiene los siguientes puntos: a) se guarda el anonimato de los sujetos de estudio y toda persona presente en el proceso de recogida de datos, incluyendo la **recogida de datos personales** (Ver ANEXO 3); b) las organizaciones sanitarias en las que trabajan, o con las que tienen relación, así como las personas que identifican en las entrevistas no se reflejan en el análisis de datos y además también tuvieron que firmar un **consentimiento informado** propio, como es el caso de los **pacientes** presentes (Ver ANEXO 4).

El anonimato de los fisioterapeutas se mantuvo mediante el uso de **pseudónimos** constituidos por la letra “F” seguida de un número en función del orden en el que fueron entrevistados (por ejemplo: el pseudónimo del primer fisioterapeuta entrevistado es F1). Cualquier detalle que fuese susceptible de revelar la identidad del profesional se cambió y se aseguró a los profesionales que todo dato personal proveniente de ellos no se publicaría en el estudio.

### **3.6. Métodos de recogida de datos**

#### **3.6.1. Variables de estudio**

Las variables descriptivas de la muestra que fueron recogidas fueron: edad, sexo, años de experiencia profesional, formación continua y especialidades, y centros en los que se trabaja o trabajó.

El resto de variables fueron emergiendo según se fue realizando la recogida de datos. De esta manera, estas variables se identificaron y se definieron a través de las categorías que se fueron estableciendo durante el análisis de datos.

#### **3.6.2. Técnicas de recolección de datos**

Fundamentalmente, se ha utilizado dos técnicas de recogida de datos: observación participante, la entrevista en profundidad (39, 40) y un diario reflexivo (41). Para llevar la recogida de datos se confirmaron lugar, fecha y hora con los participantes en el estudio.

1. **Observación participante:** Se elaboró una plantilla de observación participante (Ver ANEXO 5) tratando de recoger todo aquello en relación con los valores, actitudes y creencias de los participantes y su influencia en su práctica clínica a la hora de atender pacientes con dolor crónico. Para minimizar la posible incomodidad de los pacientes y fisioterapeutas, y aumentar la posibilidad de observar un proceso espontáneo y natural, el investigador principal asistió en uniforme como si fuera un fisioterapeuta más del centro de Atención Primaria. Con la observación se pretende realizar un análisis cualitativo de los escenarios, teniendo en cuenta el contexto en el que se desarrollan. Igualmente se pretende llegar a las acciones rutinarias que pueden llegar a pasar desapercibidas para la conciencia de los participantes y por ello, se desarrolla dentro del escenario natural donde se producen los hechos, describiendo sistemáticamente las conductas sin modificar en absoluto este entorno para encontrar categorías significativas sin necesidad de una predeterminación de las mismas por parte del investigador.
2. **Entrevista en profundidad:** Se elaboró una guía de entrevista en profundidad (Ver ANEXO 6). La guía consistió en una serie de 15 preguntas abiertas y descriptivas. Las preguntas fueron desarrolladas de tal manera que se preguntaba desde lo más general a lo más particular de los temas. Este guión de entrevista semi-estructurada permitió que surgieran más preguntas durante la entrevista *in situ*, de tal manera, que permitió explorar los temas claves de los que trata este estudio y que los profesionales entrevistados fueran produciendo información sobre las áreas de que se tratan. La entrevista fue grabada por completo por un dispositivo audiovisual. La ventaja de grabar la entrevista es que permite un registro fidedigno y detallado de la información (39,40). Se mantuvo la privacidad de la imagen y la identidad del participante. La entrevista inicial se vio modificada y se elaboró una segunda guía de entrevista en profundidad para realizar la recogida de datos del tercer participante. Esto vino dado en función de la observación que se realizó. Las modificaciones sirvieron para enfocar más en los aspectos deseados y tratar de extraer más información (Ver ANEXO 7).

3. **Diario reflexivo y de experiencias:** Se desarrolló un documento Word en el que se fue recogiendo posibles mejoras de la metodología de investigación, preguntas por resolver que fueron surgiendo durante el proceso, observaciones más personales relacionadas con el procedimiento, documentos escritos sobrantes o considerados como poco útiles para la objetivo del estudio, etc.

Antes de realizar la primera recogida de datos mediante la observación participante se siguió el consejo de realizar ejercicios de memoria (41) y así tratar de elaborar una buena recogida de datos.

Algunas de las habilidades de comunicación que se desarrollaron durante la entrevista en profundidad para tratar de recoger buena información fueron: la clarificación, síntesis, señalamiento, parafraseo, escucha activa y el silencio (39).

### **3.6.3. Recursos empleados**

Para realizar el siguiente estudio ha sido necesario los siguientes recursos humanos: investigador principal, investigadores secundarios, fisioterapeutas profesionales de los centros de atención primaria, pacientes que sufren de dolor crónico. Además, fueron necesarios los siguientes recursos materiales: **libreta de notas** y **dispositivo audiovisual**.

### **3.6.4. Intervención**

El orden de los pasos seguidos para llevar a cabo el estudio se explican en el siguiente apartado.

En un primer momento fue necesario realizar una **revisión de la literatura** científica acerca del razonamiento clínico, el dolor crónico y los valores, actitudes y creencias de los profesionales sanitarios, además de realizar una revisión de documentos acerca de la investigación cualitativa.

Se elaboró la hoja informativa y los consentimientos informados necesarios para proporcionárselos a los fisioterapeutas y pacientes durante el mes de Enero y Febrero del 2015. En estos documentos quedaban detallados el objetivo de estudio, la intervención y condiciones de participación dentro del proceso de investigación. Además, tuvo lugar una explicación verbal de todo el proceso que se iba a llevar a cabo y se aclararon todas las dudas que fueron surgiendo.

Los profesionales que aceptaron participar en el estudio, firmaron el consentimiento informado (dónde se asegura la voluntariedad de participar y abandono del estudio en cualquier momento, y la confidencialidad de los datos) y rellenaron una hoja de recogida de datos personales dónde queda reflejado su experiencia. De esta manera quedó seleccionada la muestra.

Una vez hecha la selección de la muestra, se concertaron las citas a conveniencia de los participantes y el investigador para comenzar con la recogida de datos. El proceso completo se llevó a cabo a lo largo de las fechas 12/1 y el 26/2 del 2015. El proceso de recogida de datos comenzó con la **observación participante**, técnica mediante la cual los sujetos de estudio fueron observados durante su práctica clínica y con la que se obtuvieron los primeros datos acerca de su entorno profesional y la manera en la que transmiten valores, actitudes y creencias durante el método de intervención en fisioterapia a pacientes con dolor crónico. Tras la observación participante se anotaron las diferentes observaciones en la libreta de notas y se pasaron a la plantilla de observación participante y se tomó un tiempo de reflexión sobre posibles modificaciones de la misma y de la guía de la entrevista en profundidad antes de concertar la cita con el profesional. Los datos de la **entrevista en profundidad** se recogieron mediante un dispositivo audiovisual. Se escogió una fecha y un lugar adecuados para el participante y el investigador, tratando de encontrar la suficiente tranquilidad y comodidad de ambos. El profesional tuvo la libertad de responder a las diferentes cuestiones que se le expusieron y tuvo la oportunidad de narrar experiencias personales y profesionales de gran valor para conocer en profundidad su realidad como profesional de fisioterapia.

Fruto de esta reflexión después de cada recogida de datos, surgió la modificación de una de las guías de entrevista en profundidad (Ver ANEXO 7) para enfocar mejor sobre los asuntos que conciernen a este estudio.

### 3.7. Análisis de datos

Tras la recogida de datos se transcribieron literalmente todas las entrevistas para proceder a la lectura de las mismas y de las notas obtenidas de la observación. Se anotaron impresiones y comentarios sobre los textos para comenzar así con la primera fase de **comprensión**, en la que se incluye el inicio de la **codificación** de los temas que se tratan (2, 3). Esta fase incluye todas las operaciones a través las cuales los datos son fragmentados, conceptualizados y luego articulados analíticamente de un modo nuevo (37). El investigador principal se encargó de codificar la muestra inicial y junto con los otros dos investigadores secundarios se compararon y se discutieron la clasificación de códigos. Después se realizó la **síntesis** de categorías agrupadas en distintas familias. Los resultados que se van generando a partir de comparaciones constantes se van registrando en forma de trozos de texto que se va desarrollando e integrando a medida que progresa la investigación. Más tarde, las familias se definieron y describieron de manera consensuada con los investigadores secundarios durante la fase de **teorización**. En esta fase se tiene en cuenta las explicaciones o modelos considerados por los otros dos investigadores. Y por último, la fase de **recontextualización**, en la cual se comparan los resultados encontrados dando pie a posibles teorías emergentes. Estos pasos, se repiten tantas veces como análisis de datos se hagan (2, 3). Es un proceso cíclico y de comparación permanente.

Fue de esta manera, como se recogieron los datos de la primera muestra de dos fisioterapeutas. Se transcribieron y se trataron de comprender en una primera fase. Se codificaron y se consensuaron los resultados con otros dos investigadores secundarios. Se amplió la muestra con un sujeto más de estudio. Se modificó la entrevista en profundidad, de manera, el investigador orientó sobre las temáticas que quería que hablase el entrevistado. Otros temas van emergiendo a través de los datos y hay datos que se van repitiendo en las entrevistas, de manera que van adquiriendo significado. De esta manera, se repitió el procedimiento de análisis de datos: comprensión, codificación, teorización y finalmente recontextualización (37).



### 3.8. Técnicas de verificación

Las técnicas de verificación usadas en este estudio cualitativo para darle validez y confiabilidad a los hallazgos, fueron las siguientes:

1. La **triangulación** de los datos usando múltiples fuentes de datos, múltiples métodos de recogida de los mismos y múltiples investigadores para la realización del análisis aporta consistencia al estudio. La **triangulación metodológica** se llevó a cabo gracias al uso de dos técnicas de acercamiento como son: observación participante y la entrevista en profundidad. La **triangulación de datos espacial** se realizó al escoger dos lugares diferentes dónde recoger datos: Centro de Salud Juan de Austria de Alcalá de Henares y Centro de Salud Los Manantiales de Guadalajara. La **triangulación de investigadores** se realizó al colaborar en el análisis de datos con otros dos investigadores secundarios, los cuales también eran estudiantes de fisioterapia de último curso. De esta manera los hallazgos reportados en el estudio son producto del consenso de los tres analistas (37, 42).
2. El **diario reflexivo** y de **experiencias** (41) elaborado se convierte en una herramienta de credibilidad y confirmabilidad que aumenta el rigor científico del estudio. En el diario se fue anotando impresiones y experiencias del proceso de investigación llevado por el investigador principal. Otras herramientas de confirmabilidad son los consentimientos informados firmados por los participantes, por los pacientes presentes en el proceso de observación y la recogida de datos personales de los participantes.
3. El **uso de citas directas**, gracias a las grabaciones y su posterior transcripción literal aportan credibilidad y transparencia a la investigación. Las citas aparecen en forma de textos entre comillas formados por las palabras textuales de los participantes.

## **4. RESULTADOS**

En este apartado quedan representados los hallazgos encontrados tras el análisis de datos. El estudio consta de una muestra de tres fisioterapeutas cuyas variables descriptivas se exponen más específicamente en la *Tabla 4.1*.

P.F	G	Edad	Cursos de formación	C.T	A.E
F1	M	32	Síndrome del dolor miofascial. Inducción Miofascial.	C.S. Juan de Austria. Clínica fisioterapia privada.	11
F2	M	49	Síndrome del dolor miofascial. Formación en concepto Bobath. Master oficial en docencia. Nivel I y II en kinesiología.	C.S. Juan de Austria. C.S. Nuestra señora del Pilar. Hospital Universitario Salamanca.	20
F3	H	33	Fisioterapia respiratoria.	C.S. Los Manantiales. Hospital de Villarrobledo. CEDT Azuqueca. Hospital Lariboisière.	12

**Tabla 4.1.** Variables descriptivas de los fisioterapeutas participantes.

**Notas:** P.F: pseudónimo del fisioterapeuta; G: Género; C.T: Centros de trabajo; A.E: Años de experiencia.

Se encontraron diez categorías. Cada categoría agrupa una variedad de códigos que se ven apoyados por citas textuales sacadas de las entrevistas y en forma de comentarios descriptivos extraídos mediante la observación.



**Figura 4.1.** Categorías encontradas tras el análisis de datos.

#### 4.1. Categoría 1: Valores profesionales

Esta categoría hace referencia a las premisas básicas y fundamentales sobre los que descansa la profesión.

CATEGORÍA 1: VALORES PROFESIONALES		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Bienestar</b>	Estado de satisfacción mental y física del paciente.	<i>“Que empiecen la mañana con música que les pueda estimular bienestar. Todos sabemos los beneficios de la musicoterapia.” (F2)</i>
<b>Seguridad</b>	Garantizar la seguridad personal de los pacientes. No ponerles en riesgo.	<i>“...tienes que transmitir la confianza de que ellos poco a poco se den cuenta por sí mismos de que pueden mover ese hombro y de que ese hombro vale para algo... es importante que ellos mismos sean conscientes de que pueden hacer más cosas de las que creen.” (F1)</i>
<b>Participación</b>	Implicación e iniciativa del paciente en su proceso de recuperación.	<i>“...poco a poco se den cuenta por sí mismos de que pueden mover ese hombro y de que ese hombro vale para algo. Eso me gusta que lo hagan ellos solos. Poco a poco.” (F1)</i>
<b>Compromiso</b>	Acuerdo moral por el que el paciente toma parte de su recuperación.	<i>“Yo se lo digo a todos y alguna, de alguna u otra forma siempre les digo que yo hago mi trabajo y luego ellos tienen que hacer el suyo. Que es mucho más importante que el mío.” (F2)</i>
<b>Consideración</b>	Interés del fisioterapeuta por las necesidades del paciente.	<i>“...ellos necesitan también muchas veces, contrastar que lo que les pasa no es nada grave.”(F1)</i>

**Tabla 4.2.** Categoría 1: Valores profesionales.

<b>CATEGORÍA 1: VALORES PROFESIONALES</b>		
<b>Código</b>	<b>Explicación</b>	<b>Ejemplo</b>
<b>Respeto</b>	Tener en consideración los pensamientos valores, decisiones y cultura de los paciente	<i>“Te piden que les tapes o que les metas en el despacho y como en el despacho no pueden estar a veces, pues tienes que meter biombos. Y gente que tiene vergüenza, que tienen más pudor o lo que sea, también los he tenido. Te lo piden y a ver... les tapas y ya está, tampoco pasa nada. Pero bueno, es un poco para eso, para dar intimidad al paciente que realmente te lo solicita.” (F1)</i>
<b>Confianza</b>	Seguridad o esperanza firme que se tiene en el fisioterapeuta.	<i>“A ver... pues yo creo que tienes que tener muy claro lo que estás haciendo. También tienes que transmitir mucha seguridad, ¿vale? E independientemente de lo mucho o poco que sepas, ellos tienen que ver como que tú estás muy segura de lo que haces y que realmente crees en lo que estás haciendo.” (F1)</i>
<b>Distancia emocional</b>	El mantenimiento de los límites y control de las emociones que pueden impactar en el fisioterapeuta.	<i>“...que no me transmitan el dolor, porque no me transmiten el dolor, en eso estoy bastante inmune...” (F3)</i>
<b>Dominio</b>	Tener una sólida base de conocimientos, dominio de habilidades de la fisioterapia y su actualización a lo largo de la carrera profesional.	<i>“creo que tratarles lo mejor que sepas, desde el punto de vista de la fisioterapia, también, por supuesto.” (F1).</i>

**Tabla 4.2.** Categoría 1: Valores profesionales.

Todos los fisioterapeutas participantes en este estudio compartían los valores profesionales representados en la *Tabla 4.2*. Los fisioterapeutas quieren mostrar una **actitud de profesionalidad**. Dan mucha importancia al hecho de transmitir confianza a los pacientes con el fin de favorecer la relación terapéutica de calidad y la adherencia al tratamiento, mejorando así los resultados del mismo. Esto se traduce en que el fisioterapeuta busca que el paciente se implique en su tratamiento y colabore con él por conseguir objetivos comunes, como el restablecimiento de la salud.

Además, la transmisión de conocimientos y habilidades propias de la fisioterapia y la seguridad que muestra el fisioterapeuta en sí mismo son valores que los fisioterapeutas de este estudio creen importantes para que los pacientes se sientan seguros y confiados de que el tratamiento que están recibiendo va a ser de utilidad para su recuperación.

Y finalmente, algunos de los valores expresados van enfocados a inducir o evocar emociones positivas en los pacientes con el objetivo de favorecer, una vez más, una buena relación fisioterapeuta-paciente. Los fisioterapeutas pasan largos periodos de tiempo junto a los pacientes y creen que es muy importante generar este tipo de relaciones que a su vez, ven muy útiles para obtener buenos resultados con tratamiento como ya se ha comentado antes.

#### 4.2. Categoría 2: Valores altruistas

Esta categoría hace referencia a los principios básicos que se transmiten más allá de los estándares esperados de la profesión.

CATEGORÍA 2: VALORES ALTRUISTAS		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Superación</b>	Valor que motiva al paciente a mejorar venciendo las dificultades propias de la enfermedad.	<i>"...partiendo de ahí, tienes que superarte, tienes que quitarte los complejos, tienes que salir del bache, intentar ser siempre lo más positivo." (F3)</i>

**Tabla 4.3.** Categoría 2: Valores altruistas.

CATEGORÍA 2: VALORES ALTRUISTAS		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Optimismo</b>	Tendencia del fisioterapeuta a no victimizar al paciente.	<i>“Creo que hay una mejoría importante cuando consigues quitarle carga emocional a la persona. Entonces creo que es fundamental ver a la persona como una persona sana no como una persona enferma... Tratar de hablar al paciente desde la salud y dejar de recordar al paciente los síntomas y la carga emocional que traen. Le refuerzo continuamente a la persona, las cosas positivas que puede hacer, más que hacer hincapié en lo negativo.” (F2)</i>
<b>Perseverancia</b>	Firmeza y constancia en la manera de actuar.	<i>“...yo personalmente soy de dar una oportunidad detrás de otra sin saturarme ni a mí ni al resto, si el perjuicio de otros, pero... que vas a volver a lo mismo dentro de los meses...pues vuelve, yo... pues vamos a volver a intentarlo, de otra manera, algo más se me ocurrirá...” (F3)</i>
<b>Tranquilidad</b>	Estado de calma o serenidad que experimenta el paciente.	<i>“Igual yo a veces no sé transmitir toda la seguridad que les tengo que transmitir, entonces... Y eso sólo se puede hacer desde un punto de vista de pruebas complementarias, o sea que un paciente vea que en una resonancia está limpia, le da mucha tranquilidad.” (F1)</i>

**Tabla 4.3.** Categoría 2: Valores altruistas.

CATEGORÍA 2: VALORES ALTRUISTAS		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Cercanía / Afectividad</b>	Sensación de proximidad y apoyo emocional.	<i>“Luego yo creo que la proximidad con respecto al paciente, el ser más cercano, a lo mejor, el no ser tan frío... creo que les ayuda enormemente, sobre todo desde un punto de vista emocional.” (F1)</i>
<b>Disfrute</b>	Búsqueda de placer de las circunstancias o en las acciones.	<i>“Les intento decir que es fundamental que hagan ejercicio, que salgan que hagan algo que les guste para que experimenten como se sienten mejor y como su dolor disminuye en el momento que están haciendo algo que realmente les gusta.” (F2)</i>
<b>Compasión</b>	Hace referencia al hecho de ser sensible a las dificultades y problemas del paciente.	<i>“Le animo y no negar el dolor. Yo lo que intento un poco es, la palabra compadecer, o sea, estoy contigo, ¿eh?” (F3)</i>

**Tabla 4.3.** Categoría 2: Valores altruistas.

Todos los fisioterapeutas participantes en este estudio compartían los valores altruistas representados en la *Tabla 4.3*. A igual que algunos de los valores profesionales expuestos con anterioridad, algunos de los valores altruistas son expresados con el objetivo de inducir o evocar emociones positivas en los pacientes y mejorar la relación terapéutica (tranquilidad, disfrute y afectividad). Otros valores como la perseverancia y optimismo son expresados con la intención de provocar cambios en las actitudes y creencias de los pacientes respecto a su pronóstico, transmitiendo esperanza y apoyo emocional.

Los fisioterapeutas creen que muchos pacientes con dolor crónico vienen desesperados e incluso deprimidos, de esta manera, intentan influir positivamente en el estado psicológico de los pacientes con dolor crónico.



### 4.3. Categoría 3: Creencias respecto al paciente crónico

Esta categoría hace referencia a las percepciones de los fisioterapeutas respecto a las tendencias en el comportamiento de los pacientes a la hora de afrontar su afectación.

CATEGORÍA 3: CREENCIAS RESPECTO AL PACIENTE CRÓNICO		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Expectativas</b>	Esperanzas del paciente respecto a la atención fisioterapéutica.	<i>"...sé que esperan un alivio por las sesiones que les damos, que si te voy a estirar que si te voy a movilizar..."(F3)</i>
<b>Miedo</b>	Sensación de angustia por presencia de un estímulo real o imaginado como peligroso.	<i>"...sí, y también les digo por ejemplo, fíjate, nos lo dijo un profesor en la escuela de Alcalá, decía, el miedo al dolor es igual que el dolor..." (F3)</i>
<b>Pasividad</b>	Hace referencia a la falta de implicación del paciente.	<i>"...ellos tienden a coger su salud y a depositarla en manos de los sanitarios. Esto es una creencia como muy anclada en la sociedad occidental, de hecho. Y entonces, lo que tienes que hacerles ver es que no." (F1)</i>
<b>Enfermedad</b>	Hacer referencia a la alteración del estado de salud del paciente.	<i>"...el simple hecho de que tengan un dolor crónico, al final, hace que la persona crea que es una persona enferma, deja de moverse, deja de participar en sus actividades diarias, deja de hacer lo que le gusta y acaba siendo realmente una persona enferma." (F2)</i>

**Tabla 4.4.** Categoría 3: Creencias respecto al paciente crónico.

CATEGORÍA 3: CREENCIAS RESPECTO AL PACIENTE CRÓNICO		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Interés del paciente</b>	Hace referencia a la importancia que da el paciente a la información acerca de su patología y recuperación.	<i>"...un poco del tejido que está un poco más alterado o lo que sea, porque yo creo que eso también... A ellos les gusta saber lo que les pasa." (F1)</i>
<b>Autonomía</b>	Condición del paciente que permite el desarrollo de la actividad por sí mismo.	<i>"...también les pregunto eso, si pueden subir las escaleras... ver que pueden hacer... te suelen decir casi todos los mismo porque debido a la tipología del paciente pues eso, no es un paciente que esté tampoco muy impedido, porque a ese punto tampoco...porque en el momento que empieza a perder autonomía, tampoco viene al centro de salud." (F3)</i>

**Tabla 4.4.** Categoría 3: Creencias respecto al paciente crónico.

Existe una creencia generalizada entre los fisioterapeutas de que los pacientes tienden a tener una actitud pasiva respecto a su salud cuando acuden a los profesionales de la salud.

Además, los fisioterapeutas creen que los pacientes tienden a tomar una actitud de victimismo en sus vidas y de miedo al dolor y al movimiento. Los fisioterapeutas creen que los pacientes con dolor crónico son capaces de llevar una vida mejor si cambiasen este tipo de actitudes y creencias. Dan especial importancia al **estado emocional de los pacientes**.

Estas actitudes y creencias que los fisioterapeutas observan en los pacientes son motivo de que los fisioterapeutas vean tan difícil y complejo el tratamiento del dolor crónico y creen que es muy importante atender las expectativas e intereses de los pacientes, además de intentar modificar este tipo de perfiles psicosociales de los pacientes.

#### 4.4. Categoría 4: Actitudes y creencias respecto al tratamiento

Esta categoría hace referencia al conjunto de pensamientos, acciones y preferencias del fisioterapeuta para restablecer la salud de los pacientes.

CATEGORÍA 4: ACTITUDES Y CREENCIAS ACERCA EL TRATAMIENTO		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Objetivo realista</b>	Consecución de metas alcanzables para el paciente según el estado de salud del mismo y los recursos de los que se dispone.	<i>"...al final también lo que he hecho es focalizar todo su malestar en una tendinitis en el codo y digo: "vamos a tratarte esto", digo: "...porque claro, si empiezo a tratarte todo el cuerpo...no acabamos, vamos a por esto y el resto ya se andará". Entonces, también un poquito de focalizar su atención a cosas, pues bueno, a cosas con objetivos realistas, proponerles cosas concretas y realistas." (F3)</i>
<b>Objetivo funcional</b>	Consecución de metas en función de las necesidades del paciente.	<i>"...les exploras y en base a lo que tú ves intentas mejorar con tu tratamiento, sobre todo la función. Hay que recuperar la funcionalidad de la estructura dañada, digamos." (F1)</i>
<b>Falta de tiempo</b>	Insuficiente duración de la práctica clínica.	<i>"Tenemos poco tiempo para hacer la valoración... El principio de la atención primaria es que todos entren por la puerta, entonces, si para que entren todos por la puerta hay que salir rápido, no me puedo entretener o no me puedo eternizar con las sesiones..." (F3)</i>

Tabla 4.5. Categoría 4: Actitudes y creencias respecto al tratamiento.

<b>CATEGORÍA 4: ACTITUDES Y CREENCIAS ACERCA EL TRATAMIENTO</b>		
<b>Código</b>	<b>Explicación</b>	<b>Ejemplo</b>
<b>Desacuerdo</b>	Falta de convenio, de aceptación y discordia respecto al abordaje de los pacientes.	<i>“Creo que es un sistema que refuerza la enfermedad y le recuerda constantemente a la persona que tiene una lesión como una hernia. Con lo cual, creo que esto contribuye a que los mantengamos en el médico, fisio, especialista y no salen de ahí.” (F2)</i>
<b>Tratamiento integral</b>	Conjunto de maniobras o técnicas fisioterapéuticas que se realizan para teniendo en cuenta todos los componentes estructurales implicados en la afectación.	<i>“...si yo consigo mejorar los tejidos blandos, a nivel articular, directamente el paciente va a cambiar, y luego, esto le va a ayudar a mantener a lo mejor una serie de... higiene postural que antes era imposible, o sea, si yo consigo poner a su músculo en su sitio, entre comillas y a cada uno darle la función que le corresponde, el paciente puede experimentar un cambio de postura, por ejemplo, y un cambio de funcionalidad en las articulaciones y si a eso, le añades el tema miofascial pues es como que lo integras todo.” (F1)</i>
<b>Falta de adherencia</b>	Grado de acatamiento de prescripción terapéuticas.	<i>“Mira, tengo una pelea para ver como se levantan de la cama, ¿sabes? ¡Ay mi espalda, es que tengo fatal las vertebras! Digo, pero tú te sigues levantando mal, ¿sabes? Y te demandan tiempo y se lo das, pero luego ves que toda la inversión se queda en el gimnasio, salen por la puerta y ahí se queda todo.” (F3)</i>

**Tabla 4.5.** Categoría 4: Actitudes y creencias respecto al tratamiento.

<b>CATEGORÍA 4: ACTITUDES Y CREENCIAS ACERCA EL TRATAMIENTO</b>		
<b>Código</b>	<b>Explicación</b>	<b>Ejemplo</b>
<b>Indiferencia</b>	Hace referencia poca diferencia entre los planteamientos en el tratamiento escogidos.	<i>“Luego, al final el tratamiento es bastante funcional. En el crónico al final, es bastante funcional. Tampoco... la pena es que tampoco se distingue mucho del agudo. Bueno es verdad, que en patologías del raquis casi todos acaban convertidos en crónico, y también por la limitación que tenemos del tratamiento pues, al final acabas haciendo casi lo mismo, pero va mucho a eso...” (F3)</i>
<b>Preferencias</b>	Priorización que hace el fisioterapeuta de unos métodos o técnicas de tratamiento fisioterapéutico respecto a otros.	<i>“...primero equilibrar el sistema, dependiendo de lo que estemos hablando. Por ejemplo si es el hombro, pues primero un poquito, tienes que trabajar toda la musculatura periarticular del hombro, cuello, toda la zona asociada... Yo soy muy miofascial y muscular. Sí, yo voy mucho al tema muscular.” (F1)</i>
<b>Placebo</b>	Tratamiento que carece por sí mismo de acción terapéutica, pero que produce un efecto curativo si el paciente lo recibe convencido de que realmente tiene tal acción.	<i>“Pues en casos clínicos en los que consideras que hay un problema, ni siquiera en la estructura, ni... Entonces, bueno, le planteas un tratamiento que no tiene mucho sentido desde un punto de vista biomédico pero... pero bueno, da buenos resultados el efecto placebo también. En ocasiones es interesante.” (F1)</i>

**Tabla 4.5.** Categoría 4: Actitudes y creencias respecto al tratamiento.

CATEGORÍA 4: ACTITUDES Y CREENCIAS ACERCA EL TRATAMIENTO		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Actividad</b>	Conjunto de ocupaciones físicas o mentales que sirven de distracción.	<i>“Sí, a actividades... te he dado una tabla de ejercicios, hazlos en casa o búscate un grupo, la asociación del barrio, el gimnasio o... haz algo...” (F3)</i>
<b>Resignación</b>	Aceptación con conformidad de una situación perjudicial.	<i>“No se puede hacer nada. Aquí hay un número de sesiones finitas... No se puede hacer mucho, tienes que darle el alta igual.” (F1)</i>
<b>Falta de validez</b>	Insuficiente cualidad de servir, de ser adecuada o aprovechada.	<i>“...lo primero que les digo... la fisioterapia para la fibromialgia no sirve. Yo por lo menos, lo último que oído, no sirve. Sirve más una actividad lúdica que la fisioterapia. Entonces le digo: ¡búscate algo divertido!” (F3)</i>
<b>Falta de calidad de la sesión</b>	Propiedades que permiten valorar la sesión como poco apropiada para el caso clínico.	<i>“...yo no creo que sea un problema de sesiones, sino de calidad de las sesiones y de... que sea más rápido el tratamiento... Sí, más individualizado.” (F1)</i>

**Tabla 4.5.** Categoría 4: Actitudes y creencias respecto al tratamiento.

Desde el primer momento, los fisioterapeutas se interesan por los objetivos de los pacientes y plantean un tratamiento en función de las necesidades de los mismos. Además, los fisioterapeutas muestran **una actitud de motivador**, ya desde la consulta, intentaban implicar y concienciar a los pacientes de que deben realizar los ejercicios pautados como parte esencial del proceso de recuperación. Existe una creencia generalizada de que la participación del paciente es clave para la recuperación e intentan establecer una relación terapéutica de colaboración.

Por otra parte, los fisioterapeutas emplean técnicas de tratamiento que, hasta el momento, no han demostrado eficacia en el tratamiento del dolor crónico como el ultrasonido pulsátil y el TENS convencional. Creen en el efecto placebo de ciertas

técnicas terapéuticas y creen que deben aplicarlas ya que lo primordial es la recuperación del paciente.

Los fisioterapeutas muestran una **actitud de resignación** con respecto al tratamiento fisioterapéutico del dolor crónico. Creen que debería haber un abordaje más multidisciplinar y que deberían transmitir a la sociedad una actitud de mayor responsabilidad respecto a su salud. A pesar de todo esto, los fisioterapeutas hacen lo que los recursos de fisioterapia y de los centros de salud les permiten. Existe cierto sentimiento de impotencia y desencanto ante el abordaje que se hace de los pacientes con dolor crónico que acuden a los centros de salud.

#### 4.5. Categoría 5: Abordaje biopsicosocial

Esta categoría hace referencia a la actitud del fisioterapeuta de atender el caso clínico desde una perspectiva en la que los factores biológicos, psicológicos y sociales del paciente influyen en su afectación y por tanto, en su recuperación.

CATEGORÍA 5: ABORDAJE BIOPSIICOSOCIAL		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Multisistémico</b>	Afectación a varios órganos o tejidos del cuerpo.	<i>"...si hablamos de dolor crónico, cuando un paciente tiene dolor crónico... es lo que hablábamos el otro día, ya tiene afectados muchos sistemas, no solo la estructura, entonces solucionar o revertir ese proceso es más difícil." (F1)</i>
<b>Psicosocial</b>	Hace referencia a la relación que tiene la afectación física con factores psicológicos o sociales de los pacientes.	<i>"...sí que el dolor crónico como va asociado ya a un perfil, pues, que va asociado a la depresión, que va asociado un poquito a la baja autoestima, que va asociado un poquito... pues eso, a ciertos problemas psicosociales o familiares..." (F3).</i>

**Tabla 4.6.** Categoría 5. Abordaje biopsicosocial.

CATEGORÍA 5: ABORDAJE BIOPSIICOSOCIAL		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Cronicidad</b>	Hace referencia al dolor de duración mayor a 6 meses.	<i>“No es lo mismo que tú te hayas hecho una contractura muscular por un mal gesto ayer, que si te la has hecho hace tres meses,... ya no estamos hablando de la contractura muscular en un sistema, estamos hablando de todas las compensaciones que hace el cuerpo para proteger esa articulación. Entonces..., si tú resuelves todo esto, resuelves un poco el problema del paciente. Entonces, el análisis que tienes que hacer de un paciente con ese tipo de conflicto desde hace tanto tiempo, no es el mismo que le dé una persona que ha dormido mal y se ha quedado con una tortícolis puntual.” (F1)</i>
<b>Comportamiento del dolor</b>	Hacer referencia a los cambios del dolor, cuándo duele y cuándo no.	<i>“Entonces, yo por prudencia es eso, si es que total, la evolución en dos semanas es muy difícil de ver y más en crónico y con esos vaivenes, un día mejor, un día peor...” (F3)</i>
<b>Estado emocional</b>	Estado anímico del paciente que viene acompañado de cambios en la percepción de dolor y que está influido por la experiencia y el contexto en que se dan.	<i>“Y sobretodo darse cuenta de que su estado emocional lo multiplique... Sí, una actitud de sentirse que está sana. O sea, ya no es pensar, porque pensar al final es mental, es sentirse sano y sentir que puedes salir de ahí. Y cambiar la emoción y la emoción que en ese momento está viviendo que hace que su dolor aumente.” (F2)</i>

**Tabla 4.6.** Categoría 5. Abordaje biopsicosocial.



CATEGORÍA 5: ABORDAJE BIOPSIICOSOCIAL		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Exploración física</b>	Conjunto de maniobras que realiza el fisioterapeuta para obtener información acerca del estado de salud del paciente.	<i>“Hago alguna que otra prueba más analítica... para comprobar alguna estructura, por ejemplo en el hombro: pruebas tendinosas o del espacio subacromial, en lumbares: extensibilidad, dolor a la palpación más llamativo, pues a lo mejor Lasègue o Valsalva, o algo a la movilización...” (F3)</i>

**Tabla 4.6.** Categoría 5. Abordaje biopsicosocial.

Se pudo observar que desde el primer encuentro entre el fisioterapeuta y el paciente en la consulta, los profesionales demostraban interés por las preocupaciones, expectativas y necesidades de los pacientes, así como de las actividades de la vida diaria y vida familiar, social o laboral.

Todos los fisioterapeutas del estudio mostraron un **abordaje biopsicosocial** de los pacientes con dolor crónico. Creen en la importancia de este abordaje porque han observado y conocen la influencia de las emociones en la percepción del dolor. Los fisioterapeutas creen que de esta manera es posible obtener mejores resultados en el tratamiento del dolor crónico.

#### 4.6. Categoría 6: Creencias respecto al dolor crónico

Esta categoría hace referencia al conjunto afirmaciones que los fisioterapeutas hacen acerca de las causas del dolor crónico.

CATEGORÍA 6: CREENCIAS RESPECTO AL DOLOR		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Motivo</b>	Hace referencia a la utilidad de la enfermedad como aprendizaje vital.	<i>“...y le haces entender para qué le está pasando esto, la persona sin lugar a dudas, mejora seguro”. (F2)</i>

**Tabla 4.7.** Categoría 6: Creencia respecto al dolor crónico.

<b>CATEGORÍA 6: CREENCIAS RESPECTO AL DOLOR</b>		
<b>Código</b>	<b>Explicación</b>	<b>Ejemplo</b>
<b>Incoherencia</b>	Contradicción de los pacientes entre lo que se desea y lo que se hace.	<i>"...tiene mucho que ver con que la gente acaba haciendo, algo a lo largo de su día, cosas que no quieren hacer y se olvidan totalmente de dedicarse tiempo a ellos mismos." (F2)</i>
<b>Responsabilidad</b>	Virtud por la que le paciente se hace consciente de las causas por las que enferma o recupera la salud mediante decisiones propias.	<i>"...transmitir a la persona que se sienta responsable de lo que le pasa y que debe tomar medidas, más que dejar que sean pasivos y yo solucionarles el problema... así que yo creo y lo creo a pies juntillas, que si tú a la persona la haces responsable y participe de lo que le pasa, mejora seguro... ellos tienen la responsabilidad de lo que les pasa." (F2)</i>
<b>Conflicto emocional</b>	Estado emocional en el que la persona se engaña a sí misma por no saber gestionar sus emociones.	<i>"...transmitir al paciente que está sano. Mucho del dolor crónico que tienen, tiene que ver con su estado emocional, con conflictos que tiene en la actualidad o que ha tenido y no consigue solucionar." (F2)</i>

**Tabla 4.7.** Categoría 6: Creencia respecto al dolor crónico.

Se observó cierto grado de desacuerdo y conflicto entre uno de los fisioterapeutas y uno de los pacientes cuando el fisioterapeuta intentó dialogar y explicar sus creencias sobre el posible origen del dolor que sufría el paciente.

Uno de los fisioterapeutas muestra una tendencia, más fuerte que el resto de fisioterapeutas de la muestra, a creer que los pacientes activan su enfermedad cuando no alinean sus pensamientos y emociones con sus actos en la vida diaria.

Creen que la enfermedad surge para guiar a los pacientes a desarrollar una vida coherente con la vida que realmente quieren desarrollar.

El fisioterapeuta toma una **actitud de educador** respecto a aquellos pacientes que ve que están dispuestos o receptivos a la información que puede ofrecer el fisioterapeuta. En cierto modo, coincide con el resto de fisioterapeutas del estudio en que los pacientes deben hacer actividades que les aporte bienestar y disfrute como se indica en la *Tabla 4.3.* y *Tabla 4.5.* Además, incita a los pacientes a hacer más responsables y partícipes en su proceso de recuperación.

#### **4.7. Categoría 7: Estrategias para modificar actitudes y creencias de los pacientes**

Esta categoría se refiere al conjunto de actividades que el fisioterapeuta desarrolla para provocar cambios en el comportamiento de los pacientes por medio de incorporación de nuevos hábitos, creencias y actitudes.

<b>CATEGORÍA 7: ESTRATEGIAS PARA MODIFICAR ACTITUDES Y CREENCIAS</b>		
<b>Código</b>	<b>Explicación</b>	<b>Ejemplo</b>
<b>Grupo</b>	Hace referencia al hecho de que los pacientes permanezcan juntos en una misma sala.	<i>“Y a veces lo que hago es tratarla en grupo. Pero a veces, igual estamos hablando todos y entonces yo cuento una historia, entonces... Y en esa historia vienen reflejados algunos de los que están ahí sentados. Y ellos participan. Es menos violento, que decírselo en plan: ¡Considero que tienes un problema emocional por esto, por esto y por esto! Ves, por eso el grupo me interesa.” (F1)</i>

**Tabla 4.8.** Categoría 7: Estrategias para modificar actitudes y creencias.

CATEGORÍA 7: ESTRATEGIAS PARA MODIFICAR ACTITUDES Y CREENCIAS		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Explicación</b>	Discurso de transmisión de conocimientos enfocado a facilitar la comprensión de los mismos.	<i>"...la imagen no explica al 100% el dolor ni el dolor va detrás de una imagen, o sea no hay una relación directa. Entonces, yo siempre les pongo el ejemplo de hernias discales, digo, es que la mitad de la gente tenemos hernias discales, digo tenemos, a posta, para decir oye, yo puedo tener, no lo sé. Entonces, algunos tenemos hernias discales pero de esos que tenemos hernias discales a unos les duele y a otros no. Es más, tú puedes tener una hernia discal en un nivel y te duele en otro que es que no encuentras explicación..."(F3)</i>
<b>Visual</b>	Hace referencia a la llamada de atención de los pacientes respecto a conocimientos mediante estímulos visuales.	<i>"...pero sí con los posters de higiene postural, si buscamos un poco, que ellos, gráficamente, vean que cosas están bien y que cosas están mal a la hora de hacer las actividades de la vida diaria...yo creo que sí que hace mella. Parece que no, pero ellos sí que los miran. Igual que los posters de la musculatura, les llama mucho la atención. Y te dicen... dónde me duele a mí, a ver, cuál es el músculo que me duele." (F1)</i>

**Tabla 4.8.** Categoría 7: Estrategias para modificar actitudes y creencias.

<b>CATEGORÍA 7: ESTRATEGIAS PARA MODIFICAR ACTITUDES Y CREENCIAS</b>		
<b>Código</b>	<b>Explicación</b>	<b>Ejemplo</b>
<b>Selección de información</b>	Hace referencia a la elección de datos dada a los pacientes por parte de los fisioterapeutas.	<i>“Es un poco que, o sea, yo no creo que no tengamos que dar información a los pacientes. A ver, creo que tenemos que dar cierta información y alguna quedárnosla para nosotros. Entonces... pero todo lo que sea conocimiento respecto a un tema del que partes de niveles muy bajitos creo que está bien. Y eso sí que puede modificar.” (F1)</i>
<b>Relativizar</b>	Actitud del fisioterapeuta de restar importancia.	<i>“Yo... no niego nada del dolor, es algo subjetivo, entonces, yo para nada niego pero sí que... a los pacientes crónicos... al dolor no le presto atención, ¿eh? Intento un poco ignorarlo o relativizarlo mucho, ¿eh? Pues cuando está hablando o no sé qué... O igual cuando te dicen: ¡oye, estoy fenomenal! Pues siempre hay días buenos y siempre hay días malos. Siempre intento relativizar por eso.” (F3)</i>
<b>Sentencias</b>	Resolución acerca de problema de salud que no ayuda en la educación del paciente.	<i>“No les explicamos muchas veces... nada más que, a lo mejor... sentencias: ¡tienes artrosis! Y no les explicas realmente, pues bueno, un poco a lo mejor cosas más concretas que ellos puedan trabajarlas mientras que una sentencia como: ¡artrosis! No se puede trabajar nada.” (F1)</i>

**Tabla 4.8.** Categoría 7: Estrategias para modificar actitudes y creencias.

CATEGORÍA 7: ESTRATEGIAS PARA MODIFICAR ACTITUDES Y CREENCIAS		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Programas educativos</b>	Aportación de recursos para que el paciente gestione mejor su vida con la afectación crónica.	<i>“He hecho grupos específicos,... precisamente enfocados a modificar las creencias, sí...cambiar estilos de vida, básicamente pasa por eso, cambiar estilos de vida que para eso son los programas de educación para la salud: cambiar hábitos, cambiar creencias... (F2)</i>
<b>Compartir experiencias</b>	Hace referencia al hecho de que los pacientes hablen de sus vivencias.	<i>“...hay un poco de consejo entre pacientes expertos a paciente más novatos, en la patología...sí que intento esa mezcla... Pero que hablen de sus problemas... que se cuenten un poco las cosas, sin incidir: ¡ay que me duele, ay tal! Sino al contrario, hablando de sus problemas pero sin hundirse.” (F3)</i>

**Tabla 4.8.** Categoría 7: Estrategias para modificar actitudes y creencias.

Existe una clara intención por parte de los fisioterapeutas de modificar las creencias y actitudes de los pacientes.

*“Les intento quitar, quitar carga de las imágenes. Les intento un poco lavar lo que es la creencia del dolor.” (F3)*

Todos los fisioterapeutas de este estudio expresan la importancia de educar a los pacientes para mejorar su afrontamiento respecto al dolor, mejorar sus hábitos de vida y alinear sus creencias con las propias de los fisioterapeutas. Los fisioterapeutas tomar una **actitud de educador** y aprovechan las charlas grupales que se dan entre los pacientes cuando están en la sala de tratamiento para guiar sus conversaciones, aportando conocimientos básicos acerca del dolor, de anatomía o de higiene postural.

Además, los fisioterapeutas se apoyan en estímulos visuales como las láminas de higiene postural y de anatomía que tienen en la sala de tratamiento para

favorecer el aprendizaje de los pacientes. Con el objetivo tanto de conocer las creencias y actitudes de los pacientes como para abarcar a un mayor número de personas, los fisioterapeutas creen que es importante tratar temas en grupo. Además, esta estrategia permite que los pacientes conozcan experiencias similares y se apoyen entre ellos.

Por otra parte, los fisioterapeutas creen que las sentencias son información negativa y poco esperanzadora para los pacientes. Los fisioterapeutas quieren ofrecer la **esperanza** a los pacientes a través de la información ofrecida.

Con objetivo de que los pacientes no focalicen tanta atención en su dolor, los fisioterapeutas creen que es importante prestar poca atención a los mensajes negativos que los pacientes transmiten. En cambio, les ofrecen la oportunidad de focalizar en las actividades que pueden hacer y evitan hablar lo máximo posible de aspectos negativos que puedan estar activando emociones perjudiciales para el dolor del paciente. Esto se ven reflejado y apoyado una vez más en la *Tabla 4.3.* y *Tabla 4.5.*

#### 4.8. Categoría 8: Actitudes y creencias acerca de los resultados

Esta categoría hace referencia al comportamiento o creencias que tienen los fisioterapeutas respecto a la consecuencia o fruto final de la atención sanitaria desarrollada con los pacientes.

CATEGORÍA 8: ACTITUDES Y CREENCIAS ACERCA DE LOS RESULTADOS		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Escepticismo</b>	Incredulidad o falta de confianza del fisioterapeuta.	<i>"Pero yo no sé si soy capaz de modificar actitudes y creencias de un paciente con dolor crónico. No sé si modifico pero yo les doy información y la información yo creo que sí es capaz de modificar ese tipo de actitudes." (F1)</i>

**Tabla 4.9.** Categoría 8: Actitudes y creencias acerca de los resultados.

<b>CATEGORÍA 8: ACTITUDES Y CREENCIAS ACERCA DE LOS RESULTADOS</b>		
<b>Código</b>	<b>Explicación</b>	<b>Ejemplo</b>
<b>Efecto</b>	Hace referencia al resultado que se produce en el paciente.	<i>“Por ejemplo: cuando tú hablas de dolor crónico a una persona y les comentas que no siempre que sienten el dolor es una posibilidad real de lesión, esa información a nivel del sistema nervioso central está haciendo un gran efecto aunque ellos crean que no.” (F1)</i>
<b>Dificultad</b>	Hace referencia a los obstáculos o problemas que el fisioterapeuta encuentra para abordar el caso clínico.	<i>“...cuando un paciente tiene dolor crónico... es lo que hablábamos el otro día... ya tiene afectados muchos sistemas, no solo la estructura, entonces solucionar o revertir ese proceso es más difícil.” (F1)</i>
<b>Evaluación</b>	Valoración del resultado del tratamiento.	<i>“No evaluamos al final, por cuestión de tiempo, como al principio. Sí que me he planteado pasar la EVA o una escala numérica simplemente que me diga de 0 a 10 o lo que sea, pero al final no lo he sistematizado.” (F3)</i>
<b>Satisfacción</b>	Sentimiento del paciente cuando ve cubierta su necesidad.	<i>“Yo creo que sí. Que una vez que el paciente está aquí, pues bueno, se va con una buena imagen del servicio, yo creo. Se van contentos.” (F1)</i>

**Tabla 4.9.** Categoría 8: Actitudes y creencias acerca de los resultados.

Los fisioterapeutas asocian la sensación de satisfacción del paciente a buenos resultados en su tratamiento, aunque no están seguros de hasta qué punto han podido provocar modificaciones beneficiosas en los pacientes. Creen que los resultados son muy difíciles de obtener y evaluar pero sí creen que la educación terapéutica provoque un efecto, aunque sea inconsciente en los pacientes. Los fisioterapeutas expresan inseguridad e incertidumbre respecto a los resultados.



#### 4.9. Categoría 9: Comunicación

Esta categoría hace referencia al conjunto de componentes actitudinales o de comunicación que se manifiestan cuando se establece la relación entre el fisioterapeuta y el paciente.

CATEGORÍA 9: COMUNICACIÓN		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Lenguaje no verbal</b>	Correcto uso del lenguaje verbal y no verbal para lograr un entendimiento óptimo entre el fisioterapeuta y el paciente.	<i>"...cuando tú le miras. Hombre, si solo miras a la pantalla y no miras al paciente, el paciente siente que pasas de él. Porque si estás, digamos, girado, pues no... él no siente ni que le estés haciendo ni caso. Eso, lo dicen también ellos muchas veces: Es que mi fisio, solamente miraba al ordenador... lo que el paciente necesita es sentirse atendido, sentir que alguien le hace caso." (F1)</i>
<b>Conflicto / Hostilidad</b>	Hace referencia a la oposición o desacuerdo.	<i>"Me ha pasado con un paciente muy apesadumbrado con su esto, y buscando soluciones y mareando la perdiz en la consulta que me consumía el tiempo, me consumía la paciencia y de llegar casi a un enfado de decir, por favor, te tienes que ir de aquí. Pero vamos, eso me ha pasado muy pocas veces, eh? Generalmente, los reconduces y a lo mejor sin que se den cuenta ya los has plantado en la calle y ya estás con otro." (F3)</i>

**Tabla 4.10.** Categoría 9: Comunicación.

CATEGORÍA 8: COMUNICACIÓN		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Buen humor</b>	Estado de alegría o buena disposición.	<i>“y... buen humor, eso sí que me gusta mucho bromear con los pacientes, sobre todo cuando ya hay confianza, si no, no me lo permito.” (F3)</i>
<b>Empatía</b>	Capacidad del fisioterapeuta de conectar con las emociones del paciente.	<i>“...no mejoraría tan rápidamente. Pero porque es muy importante también llegarles a sus emociones.” (F1)</i>

**Tabla 4.10.** Categoría 9: Comunicación.

Dos de los fisioterapeutas participantes prestan especial atención a la hora de comunicarse eficazmente con el paciente. Demuestran interés por el paciente mediante escucha activa y buen contacto visual, intentando favorecer la comprensión integral del paciente y su contexto, lo que provoca una sensación de satisfacción en el paciente desde el primer momento. Se observa una relación distendida y de amabilidad mutua entre fisioterapeutas y pacientes.

Los fisioterapeutas creen que la comunicación es muy importante para establecer una buena relación terapéutica, evitando posibles conflictos y transmitiendo valores, actitudes y creencias beneficiosas para los pacientes. Igualmente, creen que es importante desarrollar una comunicación eficaz para educar a los pacientes y favorecer cambios en ellos. Una vez más, los fisioterapeutas expresan la importancia de conectar emocionalmente con el paciente, creando una relación de confianza y colaboración.

*“Entonces... pero también tengo ciertas habilidades sociales o de trato. Más que sociales de trato, pues que también me ayudan a trabajar en los servicios sociales pero tengo una mente muy estructurada, muy estructural, pero luego, por suerte tienes o no tienes más remedio que desarrollar habilidades de trato con el paciente.” (F3)*

#### 4.10. Categoría 10: Modelos de razonamiento clínico

Esta categoría se define como el conjunto de pensamientos o de toma de decisiones de los fisioterapeutas para solucionar diversos problemas cuando atienden a los pacientes con dolor crónico.

CATEGORÍA 10: MODELOS DE RAZONAMIENTO CLÍNICO		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Razonamiento narrativo</b>	Hace referencia al interés del fisioterapeuta por la historia y experiencias del paciente.	<i>“O sea, digamos que yo le hago la entrevista, él me dice su preocupación, eso es muy importante también, o sea lo que él experimente, o sea lo que él te comenta en la consulta y tal, lo tienes que tener también ahí, por lo menos en la memoria.” (F1)</i>
<b>Razonamiento colaborativo</b>	Hace referencia al establecimiento de una relación de colaboración, incluyendo a los pacientes en las decisiones sobre su tratamiento y objetivos.	<i>“Entonces, el hecho de transmitir, así que yo creo y lo creo a pies juntillas que si tú a la persona la haces responsable y participe de lo que le pasa... mejora seguro.” (F2)</i>
<b>Razonamiento multidisciplinar</b>	Hace referencia al abordaje que se hace mediante un conjunto de disciplinas relacionadas entre sí para solucionar el caso clínico.	<i>“La pena está en que el abordaje del dolor crónico se hace bastante mal, ¿eh? Todos los pacientes que pasan por la unidad del dolor, lo único que perciben es: me mandan más pastillas. No hay ninguna intervención, muy pocas intervenciones de psicología, porque desgraciadamente se usa poco la psicología o los grupos, o lo que sea.” (F3)</i>

Tabla 4.11. Categoría 10: Modelos de razonamiento clínico.

CATEGORÍA 10: MODELOS DE RAZONAMIENTO CLÍNICO		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Razonamiento condicional/ predictivo</b>	Hace referencia al proceso de reflexión que hace el fisioterapeuta acerca de los posibles éxitos o fracasos.	<i>“Y cada vez me doy más cuenta de eso pero ya no solo en neurología, de que el paciente con esa aprehensión al movimiento, con esas precauciones extras a no sé qué, con ese dolor siempre presente de a ver sí... pues es muy mal pronóstico, aparte de lo que dicen diferentes estudios epidemiológicos de actitudes frente al dolor del paciente. Pero intento quitarles eso. Eso intento desarmar, en cuanto veo un poquito... se lo voy a decir.” (F3)</i>
<b>Razonamiento relativo a la enseñanza</b>	Hace referencia a todo aquello que hace el fisioterapeuta para promover un cambio en el paciente y mejorar su entendimiento de los efectos de su propio comportamiento o afectación.	<i>“Entonces, sí que lo vemos, pero siempre acabo contando lo mismo, la imagen no explica al 100% el dolor ni el dolor va detrás de una imagen, o sea no hay una relación directa. Entonces, yo siempre les pongo el ejemplo de hernias discales, digo, es que la mitad de la gente tenemos hernias discales, digo tenemos, a posta para decir oye, yo puedo tener, no lo sé. Entonces algunos tenemos hernias discales pero de esos que tenemos hernias discales a unos les duele y a otros no. Es más, tú puedes tener una hernia discal en un nivel y te duele en otro que es que no encuentras explicación.” (F3)</i>

**Tabla 4.11.** Categoría 10: Modelos de razonamiento clínico.

CATEGORÍA 10: MODELOS DE RAZONAMIENTO CLÍNICO		
Código	Explicación	Ejemplo
<b>Razonamiento interactivo</b>	Hace referencia a las palabras, la entonación, y el lenguaje verbal y no verbal desarrollados para lograr un buen entendimiento con el paciente.	<i>"...cuando tú le miras. Hombre, si solo miras a la pantalla y no miras al paciente, el paciente siente que pasas de él. Porque si estás, digamos, girado, pues no... él no siente ni que le estés haciendo ni caso."</i> (F1)
<b>Razonamiento pragmático</b>	Hace referencia al pensamiento dedicado al ajuste de prioridades y objetivos en función de los recursos.	<i>"Aquí, bueno, aquí tienes que trabajar como buenamente puedes. Se hace lo mejor que puedes y ya está."</i> (F1)

**Tabla 4.11.** Categoría 10: Modelos de razonamiento clínico.

Cabe destacar, que el razonamiento multidisciplinar forma parte de un deseo de los fisioterapeutas por abordar de una manera óptima a los pacientes con dolor crónico. Los fisioterapeutas participantes echan en falta un trabajo multidisciplinar para conseguir mejores resultados con los pacientes con dolor crónico.

Además, los profesionales se centran en un examen físico sobre todo basado en la exploración de posibles asimetrías morfológicas, la observación dinámica y en la palpación de la musculatura. Se refleja el empleo de reconocimiento de patrones debido a que los profesionales tienden a buscar problemas musculares y/o posturales según la experiencia de casos anteriores semejantes.

La predominancia de este tipo de **modelos de razonamiento clínico interactivo** (los más destacados eran el razonamiento narrativo, el razonamiento interactivo, el razonamiento relativo a la enseñanza, el razonamiento colaborativo y el razonamiento pragmático y el razonamiento predictivo) se empleaba con el objetivo de desarrollar la atención centrada en el paciente. Los fisioterapeutas saben que los pacientes que sufren de dolor crónico, a menudo, su percepción del dolor está influenciado por factores psicosociales, además de los factores fisiológicos. Esto, les lleva a utilizar modelos de razonamiento clínico interactivos que les ayuda a comprender mejor el contexto personal de los pacientes.

#### 4.11. Relación entre categorías

Los resultados muestran que los fisioterapeutas de este estudio empleaban predominantemente **modelos de razonamiento clínico interactivos**. Los fisioterapeutas creen que es importante conocer las preocupaciones, hábitos, vida social y familiar del paciente, entre otros muchos aspectos, para poder atender mejor los objetivos de los pacientes. Los fisioterapeutas reconocen la demanda de un **abordaje biopsicosocial** de los pacientes con dolor crónico, el cual, además les guía a determinar lo que es significativo para el paciente.

El abordaje biopsicosocial del dolor y el empleo de razonamientos clínicos interactivos requiere de una **comunicación** eficaz con el paciente. Los fisioterapeutas reconocen la importancia de la comunicación con el paciente como herramienta para indagar en los aspectos psicosociales y las necesidades primordiales de los pacientes. Además, creen que es útil para que el paciente se sienta satisfecho con el servicio recibido. La satisfacción del paciente es uno de los **resultados** principales de los fisioterapeutas. Creen que la sensación de satisfacción puede ayudar al bienestar del paciente y buscan este objetivo por encima de reducir la intensidad del dolor ya que ni siquiera tienen sistematizada la evaluación del dolor mediante escalas validadas. El buen humor y el trato empático, la escucha activa y el lenguaje verbal son algunas de las habilidades sociales más importantes para los fisioterapeutas de este estudio.

Otra parte importante de una buena comunicación con el paciente es que a los fisioterapeutas les permite conocer las **actitudes y creencias** que los **pacientes** tienen acerca del **dolor**, así como las **expectativas** respecto al **tratamiento**. Los fisioterapeutas saben que estos son aspectos que influyen a provocar tanto resultados negativos como positivos del tratamiento. Y además, reconocen que pueden ser aspectos entorpecedores o favorecedores de la relación terapéutica.

Ocasionalmente, surgen conflictos entre el paciente y el fisioterapeuta debido, en parte, por la discordia entre las actitudes y creencias de ambos. Para evitar este tipo de conflictos y el consecuente posible fracaso profesional, los fisioterapeutas creen conveniente **modificar actitudes y creencias** de los pacientes que puedan ser perjudiciales para ellos.

El fisioterapeuta toma un rol de educador y emplean diferentes estrategias educativas como tratar temas o experiencias en grupo, mediante programas educativos acerca del dolor y mediante apoyos visuales (como el uso de láminas de anatomía o higiene postural). Los fisioterapeutas adaptan la información que ofrecen en función de los pacientes y fundamentándose en sus conocimientos, **actitudes y creencias acerca del dolor**.

En este proceso de educación terapéutica, los fisioterapeutas creen que hay que seleccionar la información que se da a los pacientes para que sea información comprensible y adaptada a cada caso. Además, creen que debe aportar la esperanza de que tiene hay solución y así mejorar la adherencia al tratamiento.

En definitiva, los **fisioterapeutas** creen que es importante que haya una concordancia entre las propias **actitudes y creencias respecto el dolor** y las actitudes y creencias de los pacientes. Una de las creencias encontradas entre los fisioterapeutas de este estudio, es que detrás de la afectación del dolor hay un conflicto emocional no resuelto o cierta incoherencia entre lo que se desea y lo que se hace. Los fisioterapeutas creen en la importancia de ganar la confianza del paciente para poder comunicarle este tipo de creencias.

Los fisioterapeutas basan o sustentan su relación con el paciente en la transmisión de ciertos **valores profesionales** y **altruistas** con la idea de establecer una buena relación terapéutica y con la intención de influenciar positivamente en los resultados del tratamiento.

## **5. DISCUSIÓN**



El **objetivo principal** del estudio fue analizar los valores, creencias y actitudes de los fisioterapeutas de atención primaria respecto al dolor crónico de los pacientes con los que se encuentra en los servicios de atención primaria.

Los hallazgos se encuentran enmarcados en diez categorías: valores profesionales, valores altruistas, creencias respecto al paciente crónico, actitudes y creencias respecto al tratamiento, abordaje biopsicosocial, creencias respecto el dolor, estrategias para modificar actitudes y creencias, actitudes y creencias acerca de los resultados, comunicación y modelos de razonamiento clínico.

Aunque los resultados no se pueden generalizar a toda la profesión de fisioterapeutas españoles, sí que proporcionan información sobre los valores, creencias y actitudes de un grupo de fisioterapeutas experimentados. Este estudio es un primer paso hacia la identificación de los valores, actitudes y creencias que se transmiten a los pacientes que se encuentran en los centros de atención primaria, donde se hacen explícitos como parte de la profesión y parte del tratamiento fisioterapéutico del dolor crónico.

En el 2012, Aguilar A et al. realizó un estudio similar con el objetivo de identificar los valores profesionales propios de la fisioterapia en Australia (32). En este estudio, se comparaba los resultados con otro estudio realizado por la APTA en el 2009 con el objetivo de identificar los valores profesionales de los fisioterapeutas en Estados Unidos. La comparación realizada por el estudio australiano ha sido de utilidad para analizar los resultados de esta investigación.

Debido a las diferencias en el significado y el contenido, es difícil hacer comparaciones directas entre los valores que se encontraron con los de estos dos estudios. Sin embargo, se pueden observar algunas similitudes. Por ejemplo, los tres estudios coinciden en encontrar valores profesionales como el respeto hacia la integridad e identidad del paciente, la demostración del dominio de los conocimientos, habilidades y destrezas propias de un fisioterapeuta o la importancia del compromiso mutuo entre fisioterapeuta y paciente con el fin de desarrollar una relación de colaboración.

Estos dos estudios, consideran algunos valores altruistas como valores propios de la profesión. Coinciden con este estudio en valores como la afectividad, la compasión o la consideración por los pacientes y sus necesidades.

Debido a las diferencias lingüísticas y de contenido, en este estudio se han definido y clasificado como actitudes lo que en el estudio de Aguilar A et al. (32) y de la APTA se han identificado como valores. Sin embargo, los tres estudios coinciden en la importancia que los fisioterapeutas dan al hecho de transmitir confianza a los pacientes con el fin de establecer una buena relación terapéutica y así favorecer los buenos resultados. Igualmente, los fisioterapeutas de los tres estudios comparten la importancia de mantener las distancias con el paciente y controlar las emociones que puedan surgir de la relación terapéutica, así como la importancia de transmitir valores que provoquen emociones positivas en los pacientes como bienestar y seguridad.

En el estudio de Sanders et al. (43) cuyo objetivo era investigar los enfoques de los fisioterapeutas en el contexto de una creciente presión por atender las preocupaciones psicosociales de los pacientes con dolor de espalda, los fisioterapeutas también mantenían las distancias con los pacientes. Aunque en este estudio indicaban que era porque les permitía sentirse más seguros, focalizando el tratamiento en los aspectos físicos del paciente. El hecho de que los fisioterapeutas de ambos estudios compartiesen este tipo de actitudes, quizás se dé independientemente de la patología o el contexto profesional en el que se encuentren.

Además, los fisioterapeutas del estudio de la APTA y de Aguilar A et al. expresan la importancia de transmitir a los pacientes que debe ser partícipes de su recuperación. Este intento por crea una relación de colaboración es algo común y que debe de venir implícito en la profesión de fisioterapeuta (32).

Otros valores que se han emergido de este estudio y no se han hecho explícitos en el estudio de Aguilar A et al. (32), ni en el de la APTA, son los valores altruistas identificados en este estudio como disfrute, optimismo y perseverancia. Estos valores, también se pueden entender como actitudes que los fisioterapeutas de este estudio creen importante transmitir a los pacientes que sufren de dolor crónico. Esto es así, debido a las creencias que los fisioterapeutas muestran acerca

de que las emociones juegan un papel crucial en la percepción del dolor de los pacientes. Tanto es así, que los fisioterapeutas recomiendan actividades de ocio a los pacientes o actividades con las que se sientan bien y a gusto. Por otra, los fisioterapeutas entienden la complejidad del dolor crónico y el vínculo que existe con estados de ánimo como la tristeza o la desesperación. Por esta razón, intentan orientarles hacia una actitud más positiva, viendo la enfermedad como un reto que pueden superar.

Con respecto a esto último, el estudio de Aguilar A et al. (32) también coincide con este estudio en que la superación y la motivación son valores que debe ser transmitidos a los pacientes. Los fisioterapeutas toman una actitud de motivadores acompañando a los pacientes en su proceso de recuperación.

Otras de las diferencias más significativas respecto a los valores encontrados en los estudios de la APTA y de Aguilar A et al., es el de práctica basada en la evidencia (32). En el presente estudio no se identificó ningún valor similar que representara este concepto. Con esto no se quiere decir que los fisioterapeutas no desarrollaran técnicas basadas en la evidencia para el tratamiento del dolor crónico, sino que llamó la atención el uso de técnicas que no estaban basadas en la evidencia, e incluso el uso de placebos. La dificultad del tratamiento del dolor crónico en los centros de salud puede ser uno de los factores que favorezcan este tipo de prácticas, además de las cuestiones éticas de cada fisioterapeuta.

Las similitudes encontradas entre ambos estudios, quizás aparezcan debido a que existen ciertos valores inmutables y propios de la profesión del fisioterapeuta. En cambio, las diferencias encontradas, es muy probable que sean debidas a que el tratamiento de los pacientes que sufren dolor crónico requiera de este tipo de valores y/o actitudes. Por otra parte, el contexto profesional en el que se encuentran se considera un factor importante. Quizás, no se expresen los mismos valores y/o actitudes en los fisioterapeutas que tratan con dolor crónico en su clínica privada. Este tipo de variables no quedan reflejadas en el estudio de Aguilar A et al. (32).

El hecho de que los fisioterapeutas de este estudio compartan tantos valores y/o actitudes, podría deberse a que comparten un fondo cultural, normas, valores, creencias y visiones del mundo muy similares. Además de compartir percepciones y/o creencias similares sobre el concepto de salud y enfermedad (32).

Por otra parte, no se ha encontrado a penas literatura que identifique las actitudes y creencias de los fisioterapeutas como para poder comparar los resultados obtenidos de este estudio. En cambio, sí se ha encontrado literatura que refuerza las actitudes y creencias de estos fisioterapeutas.

Existe la creencia generalizada entre los fisioterapeutas de este estudio de que los pacientes que sufren dolor crónico suelen tener una actitud (como de victimismo, pasividad y miedo) que dificulta el tratamiento y creen en la importancia de atender las expectativas, necesidades e intereses de los pacientes, además de intentar modificar este tipo de actitudes.

Existen estudios que identifican este tipo de actitudes (19) como barreras percibidas para la consecución de resultados (23, 27, 29). Los estudios no son comparables por cuestiones metodológicas y de contenido, pero se podría concluir que las creencias que tienen los fisioterapeutas respecto a los pacientes con dolor crónico siguen la línea de la literatura.

Los fisioterapeutas de este estudio creen en el planteamiento de objetivos funcionales y realistas como favorecedores de una atención individualizada, pudiendo mejorar así los resultados. Los fisioterapeutas no evalúan los resultados obtenidos en función de la intensidad del dolor, sino en función de la sensación de satisfacción del paciente.

Además, los fisioterapeutas no creen que se esté desarrollando un abordaje adecuado del dolor crónico, sobre todo debido a la falta del abordaje multidisciplinar que los estudios dicen que se requiere (44) y la falta de recursos (como el tiempo dedicado a los pacientes) en los centros de salud.

Los fisioterapeutas reconocen la importancia de la influencia de una buena relación terapéutica para la consecución de dichos objetivos, además de la aplicación de los aspectos científico-técnicos que se desarrollan durante las sesiones de tratamiento.

Existen estudios que demuestran que la buena relación entre pacientes y profesionales de la salud y la consecución de objetivos funcionales pueden predecir un alto grado de satisfacción de los pacientes que sufren del dolor antes que en la propia disminución real en las puntuaciones del dolor (30, 44). Cabe destacar que

las pacientes con dolor crónico pueden mostrar altos niveles de satisfacción a pesar de no haberse resuelto el dolor y de la persistente discapacidad (30).

Es posible que este tipo de creencias se den en los fisioterapeutas de este estudio porque conocen la literatura o por la propia experiencia respecto a los resultados obtenidos con sus pacientes.

Los profesionales de la salud basan el tratamiento del dolor en sus conocimientos, la experiencia con tratamientos específicos y sus actitudes personales sobre el dolor.

Existen estudios actitudinales en la literatura de enfermería que, cuando un profesional no puede para aliviar el dolor ni el estrés emocional, aparecen sentimientos de desvalorización sobre la propia competencia profesional que conducen a la evitación de la situación, física e intelectualmente. Si no se cumplen las expectativas clínicas, el terapeuta puede sentir una sensación de frustración (12). Esto es algo que también se ha visto reflejado en dos de los tres fisioterapeutas de este estudio. Quizás, sea debido a las creencias o valores compartidos entre los sujetos de ambos estudios. También es lógico pensar que, independientemente de cuál sea el ámbito profesional, si no se ven resultados a pesar de los intentos, puede llevar a una actitud de resignación o a una creencia de falta de validez respecto a las estrategias que se están desarrollando.

Los fisioterapeutas son conscientes de que las mejoras en el dolor de sus pacientes, son limitadas. Sin embargo, todavía esperan cambios o resultados positivos similares a los que logran con el tratamiento que ofrecen a los pacientes con dolor agudo. Esto es algo que también se ha podido observar en algún estudio, a pesar de que no se especificaba el contexto profesional (12). Esta actitud de indiferencia y a la vez de esperanza en el tratamiento, quizás se dé entre los profesionales de la salud que desconozcan otras técnicas más eficaces y específicas para tratar el dolor crónico.

Además, los fisioterapeutas emplean técnicas de tratamiento que, hasta el momento, no han demostrado su eficacia en el tratamiento del dolor crónico como el ultrasonido pulsátil y el TENS convencional. Creen en el uso de placebos y a pesar de las cuestiones éticas que esto supone.

Aunque el uso del placebo es obligatorio en los ensayos clínicos, es generalmente considerado como poco ético utilizarlo en la práctica clínica ya que su uso puede ser visto como un ejemplo de engaño o mentira. Sin embargo, una mentira es una intención de engañar. Y teniendo en cuenta el estado de evidencia que soporta muchas creencias clínicas y prácticas clínicas comunes, es difícil determinar si existe una verdadera intención de engañar (45).

¿Cómo se puede juzgar qué tratamientos son específicos de su efecto y cuales son principalmente placebo cuando tantas intervenciones - invasivas y no invasivas- nunca se han investigado adecuadamente? Así que, si hay engaño en la terapia, es todavía difícil determinar quién es el engañador, quién es el engañado y cuándo el engaño se lleva a cabo. Además, el hecho de que todos los tratamientos tienen un componente placebo complica aún más este tipo de cuestiones éticas (45).

Quizás, una vez más, los fisioterapeutas de este estudio no tengan los recursos necesarios (tiempo, tecnología, profesionales, etc.) y disponibles en los centros de salud para realizar una intervención fisioterapéutica idónea y por eso, experimentan la aplicación de técnicas placebo en sus pacientes. Además, intentan potenciar el efecto placebo ganándose la confianza del paciente.

Todos los fisioterapeutas del estudio mostraron un abordaje biopsicosocial de los pacientes con dolor crónico. Creen que este tipo de abordaje les permite dejar de ver a los pacientes como “un todo” favoreciendo la participación activa del paciente y ayudándolos a identificar los aspectos psicosociales más implicados en su problema. Esta apreciación también la hacen los fisioterapeutas del estudio de Jeffrey et al. (46), cuyo objetivo era mejorar el entendimiento de cómo las experiencias personales y los sentimientos de los fisioterapeutas podían influir en la toma de decisiones cuando tratan pacientes con dolor lumbar inespecífico. Además, los fisioterapeutas de ambos estudios coinciden en que el compromiso del paciente junto con el asesoramiento de los terapeutas, eran fundamentales para mantener una buena relación terapéutica.

Este tipo de abordaje se puede entender como una actitud o filosofía de atención sanitaria. Es una forma de entender como los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del paciente influyen en su sufrimiento, y por otro lado, es una forma de entender al paciente como un colaborador esencial en el diagnóstico,

en la consecución de buenos resultados terapéuticos y el cuidado humano. Este tipo de actitud es igualmente considerada como importante en varios estudios, a pesar de que los estudios no estén enfocados en el contexto de la fisioterapia y el dolor crónico en los centros de salud españoles (21, 29, 44).

Este tipo de actitud biopsicosocial respecto al dolor, también era compartida por los fisioterapeutas del estudio de Sanders et al (43) y ha sido respaldado por The National Institute for Health and Clinical Excellence de Inglaterra para el tratamiento del dolor de espalda. Parece ser, que independientemente de la patológica que sufra el paciente, los fisioterapeutas consideran importante actuar según el enfoque biopsicosocial.

Es probable, que los fisioterapeutas conozcan la literatura que defiende el abordaje biopsicosocial frente al abordaje biomédico. O quizás esta actitud haya sido tomada gracias a la educación ofrecida a lo largo de su carrera o gracias a los resultados obtenidos a lo largo de su experiencia profesional.

Los fisioterapeutas toman una actitud de educadores y utilizan métodos variados para conocer las actitudes y creencias de los pacientes respecto a su enfermedad y así intentar mejorar su afrontamiento respecto al dolor, sus hábitos de vida y alinear sus actitudes y creencias con las propias de los fisioterapeutas. En este proceso de conocimiento del paciente y de educación, los fisioterapeutas creen que es clave desarrollar una comunicación eficaz con el paciente, la cual a su vez favorecerá la relación terapéutica.

Quizás, este comportamiento comunicativo de los fisioterapeutas se desarrolle según los conocimientos que tengan acerca de lo que pacientes perciben como positivo en una relación terapéutica. Como se ha dicho antes, la afectividad es un valor que los fisioterapeutas mostraban a los pacientes, además creen en la importancia de comprender a los pacientes y de ofrecer información comprensible y adaptada. Este tipo de aspectos formaron parte de los resultados de un importante estudio de investigación de Farin E (47). En otro estudio, que trataba de identificar las creencias sobre el tratamiento de la lumbalgia crónica, concluyó que los pacientes buscaban profesionales que estuvieran bien formados y que fueran concienzudos, empáticos, respetuosos y dignos de confianza (10).

Algunos de los aspectos utilizados por los fisioterapeutas de este estudio como el bueno humor, la afectividad y el uso de una comunicación eficaz coinciden con los hallazgos encontrados por Mattingly y Eleming (34).

Algunos de los aspectos que surgieron en el presente estudio se han identificado previamente como “cualidades” de un buen fisioterapeuta por los pacientes de fisioterapia australianos. En un estudio realizado por Potter et al. (48), los pacientes identificaron la buen comunicación, tener empatía, ser cuidado, tener habilidades y conocimientos apropiados, ser honesto y tener una conciencia de las limitaciones personales como cualidades de un buen fisioterapeuta. En este estudio, estas cualidades emergieron como valores profesionales, valores altruistas y aspectos actitudinales que los fisioterapeutas transmitían a los pacientes con dolor crónico.

Los estudios indican que una relación empática, en la que ambas partes se sientan comprendidas y respetadas, ayuda a fomentar una alianza eficaz entre el paciente y el fisioterapeuta. Este poder de la alianza en la relación terapéutica ha sido bien demostrado en el tratamiento psicológico. La alianza permite a los pacientes y profesionales de la salud compartir tanto un vínculo emocional como objetivos, y les permite asociarse para identificar objetivos y decidir juntos cómo llevarlos a cabo (49, 50). Cuando esto ocurre, los pacientes están más satisfechos, aumenta la adherencia al tratamiento (30, 50, 51) y consecuentemente, experimentan una mejora en la salud (52).

Además, la empatía puede distender momentos de conflicto que puedan surgir en la relación entre fisioterapeuta y paciente (52, 53). Este tipo de momentos de conflicto pueden aparecer entre los pacientes y los fisioterapeutas de atención primaria como se muestra en los resultados de la *Tabla 4.10*.

Un estudio de un caso presentado por Barr y Threlkeld puso de manifiesto la importancia de utilizar la comunicación efectiva en el tratamiento de un individuo que padece dolor crónico. En ese caso particular, se trataba de un paciente con dolor crónico de espalda que, inicialmente mantenía fuertes creencias acerca de su necesidad por la autonomía y mostraba rechazo a los esfuerzos en el tratamiento por mejorar su marcha. A través de proporcionar cierta información relevante acerca de su pronóstico y de hacerle participe en el proceso de toma de decisiones del



tratamiento, el paciente y los profesionales de la salud fueron capaces de negociar un plan tratamiento que mantenía el deseo del paciente por la autonomía al mismo tiempo que mejoraba su mecánica corporal con el uso de un bastón (30).

La empatía no sólo es un ingrediente importante en la atención centrada en el paciente (53), sino que también ha sido reconocida como absolutamente esencial en el tratamiento de pacientes con dolor crónico en diferentes estudios (30, 53). La atención empática centrada en el paciente se asocia con mejores resultados de salud, en parte debido a que tratan de entender el dolor del paciente y fomenta la confianza para promover la participación activa del paciente en sus cuidados (un tema clave para en los fisioterapeutas de la muestra), alentando así al paciente a revelar información importante para el diagnóstico y participar más plenamente en tratamiento (30, 49, 53).

Los fisioterapeutas creen en la importancia de seleccionar la información y/o concomitantes que se aporta a los pacientes. Este estudio demuestra que los fisioterapeutas creen que no toda la información aportada es beneficiosa para el paciente y que antes, deben indagar en las creencias y actitudes de los pacientes para adaptarse a ellos. Los fisioterapeutas tratan de hacer comprender a los pacientes que su dolor se ve influenciado por los propios factores psicosociales.

Un estudio descriptivo de Kenny (54) pone de manifiesto la idea de que la mayoría de los pacientes con el dolor se esfuerzan por lograr la “legitimación” de sus preocupaciones acerca del dolor mediante el reconocimiento de una etiología biológica de su dolor. Por el contrario, los especialistas del dolor a menudo se esfuerzan por comunicar la importancia de los factores psicosociales en el desarrollo y perpetuación del dolor. Estas luchas no son fáciles de resolver, y tanto los pacientes como los médicos pueden sentirse incomprendidos y derrotados (30).

Parsons et al. encontraron que los médicos daban explicaciones acerca del dolor crónico basadas en un modelo biomédico, y que la educación proporcionada a pacientes fue influenciado por sus propias creencias acerca del dolor. Los estudios encontrados demuestran que la educación que se imparte a los pacientes ocurre en todas las disciplinas de los profesionales de la salud (24). Las actitudes y las creencias no sólo influyen sobre el comportamiento de los fisioterapeutas (la

información que brindan) sino también la información médica que ven como importante (27).

El hecho de que los fisioterapeutas compartan este tipo de actitudes educativas, podría ser debido a la personalidad de los individuos, factores culturales, actitudes transmitidas a lo largo de la profesión o actitudes que se han ido desarrollando según las experiencias personales de los fisioterapeutas.

Es posible que este tipo de actitudes, a favor de una comunicación eficaz para favorecer la relación con el paciente, sean comunes a los profesionales de la salud independientemente de la patología que se trate o del contexto profesional en el que se encuentren.

Dos de los fisioterapeutas de este estudio creen en la posibilidad de que la enfermedad, y en este caso, el dolor crónico pueda venir causado por la incoherencia emocional del paciente y que el motivo de sufrir la enfermedad pueda ser el aprendizaje de poner en concordancia sus deseos con sus actividades diarias. Los fisioterapeutas transmiten esta creencia a muy pocos pacientes, ya que requiere de mucha delicadeza y no todos los pacientes muestran el interés por este tipo de información. Esta visión de la enfermedad y la salud por parte de los fisioterapeutas también es de gran influencia en el razonamiento y la práctica clínica de los fisioterapeutas como describió Hooper (34) con su concepto “visión del mundo”.

Por tanto, para los fisioterapeutas en este estudio, los determinantes de dolor crónico tenían más que ver con una visión multidimensional y no solamente dependiente de juicios relacionados con la duración en el tiempo como sugiere la literatura. El concepto de cronicidad además apareció como descriptor del perfil de los pacientes. Los fisioterapeutas asociaban el dolor crónico a un tipo de perfil psicosocial de paciente y prestan mucha atención a los aspectos emocionales, dimensión inherentemente neurofisiológica del dolor (21).

El objetivo secundario de este estudio era identificar los modelos de razonamiento clínico más empleados en la atención de pacientes con dolor crónico derivados de la influencia de los valores, creencias y actitudes de los fisioterapeutas.

En este estudio se hace aparente un modelo centrado en el paciente estrechamente ligado a modelos de razonamientos clínicos interactivos. Se

identificaron el razonamiento narrativo, el razonamiento interactivo, el razonamiento relativo a la enseñanza, el razonamiento colaborativo y el razonamiento pragmático y el razonamiento predictivo. La revisión de los de datos sugiere que el modelo de atención centrada en el paciente no era una forma separada del razonamiento clínico. Más bien, como describe por Higgs y Jones, para muchos de los terapeutas, el razonamiento clínico se produce dentro del contexto de la práctica centrada en el paciente (34).

El razonamiento narrativo, el razonamiento colaborativo y el razonamiento relativo a la enseñanza son empleados claramente para comprender la experiencia vital de los pacientes, así como sus principales preocupaciones. De esta manera intentan plantear un tratamiento acorde con sus objetivos primordiales. De igual manera, desarrollan una serie de estrategias educativas para provocar mejoras en la calidad de vida, y la consecuente satisfacción, de los pacientes.

El estudio de Unsworth A (34) que tenía como objetivo explorar el concepto de razonamiento pragmático y presentar una conceptualización esquemática del conocimiento acerca del razonamiento clínico en la terapia ocupacional indicaba que el razonamiento narrativo y el razonamiento colaborativo toman especial relevancia cuando se quiere mejorar el compromiso de los pacientes y el planteamiento de unos objetivos comunes respecto a la salud del paciente. Esto permite a los fisioterapeutas mejorar la calidad de vida de sus pacientes, y puede conducir a la mejora en el modo de reencontrarse con la recuperación, y por último, la satisfacción de la paciente y del fisioterapeuta. De igual manera ocurre en el presente estudio.

De igual manera, coincidían en el empleo del razonamiento clínico interactivo como un entendimiento de la práctica clínica centrada en paciente y el respeto hacia los valores, actitudes y creencias del paciente eran principios importantes en la práctica clínica de los profesionales de la salud. Esto hacía que se focalizase en el “hacer con” más que en el “hacer para” el paciente; y percibiesen al paciente y al fisioterapeuta como compañeros en la relación terapéutica (34).

Y por último, ambos estudios también coinciden en el empleo del razonamiento clínico predictivo en combinación con el razonamiento clínico pragmático y el razonamiento clínico interactivo (32). En este estudio aparece con gran importancia debido a que los fisioterapeutas se plantean diversas cuestiones

acerca de los factores predictores del empeoramiento o mejoramiento de la salud de los pacientes (como el propio estado emocional).

Las similitudes entre ambos los hallazgos de ambos estudios, quizás se dan porque tanto los terapeutas ocupacionales del estudio de Unsworth A y los fisioterapeutas de este estudio compartían importancia de ofrecer mostrar una actitud a favor de una atención centrada en el paciente.

En cambio, en este estudio toma especial importancia el razonamiento relativo a la enseñanza. Esto podría ser así, debido a la complicación del tratamiento a la que hacen referencia los fisioterapeutas de este estudio y a la implicación que creen que debe tener el paciente respecto a su recuperación.

Estos modelos de razonamiento clínico que favorecen este tipo de interacción y diálogo, enriquece enormemente la oportunidad del paciente para que sea visto como “un todo” en el proceso de curación, jugando un papel importante en la reintegración a la vida diaria. Además, proporciona la oportunidad al profesional de la salud de mejorar niveles de empatía, compasión y comprensión (55).

Por otra parte, en este estudio, los fisioterapeutas actúan dentro del contexto profesional de la atención primaria. A pesar de emplear un razonamiento multidisciplinar, no ven que exista tal abordaje por parte del sistema sanitario y consideran que el tratamiento fisioterapéutico es insuficiente. El empleo de un razonamiento pragmático le lleva a actuar en consecuencia debido a los pocos recursos de los que disponen en los centros de salud.

Una estudio realizado por Frantsve y Kerns (30), con el objetivo de revisar la literatura sobre la interacción entre el profesional sanitario y pacientes con dolor crónico, con un énfasis en la toma de decisiones clínicas compartida, indicaba que el tratamiento típico del dolor crónico suele consumir mucho tiempo, es costoso y de efectividad limitada como demuestran las perspectivas de los fisioterapeutas de esta investigación. Además, coinciden también en la importancia de establecer una relación colaborativa con el profesional de salud representa uno elemento esencial y potencialmente eficaz en el manejo del dolor. Por otra parte, la discordancia entre las expectativas del tratamiento del profesional de la salud y el paciente pueden interferir en la formación de un sistema eficaz, de una relación de colaboración y

contribuir a la estigmatización del paciente, lo cual coincide con algunas de las quejas extraídas de los fisioterapeutas de este estudio.

Se argumenta que el razonamiento clínico (razonamientos interactivo predictivo, narrativo, colaborativo, pragmático y relativo a la enseñanza) de los fisioterapeutas de atención primaria se ve modulado por la influencia de su visión del mundo y por tanto por los valores, actitudes y creencias que consideran más importantes para enfrentarse al dolor crónico.

El razonamiento clínico en fisioterapia no debería ir dirigido solamente al mundo biológico de la enfermedad, sino también hacia el mundo humano de los motivos, valores, actitudes y creencias, es decir, hacia el mundo significativo del paciente. El razonamiento clínico óptimo podría ser aquel que se adapta mejor a la particularidad del paciente y su patología, teniendo siempre en cuenta el contexto en el que se ve sumergido.

Es importante tener en cuenta la modificación de creencias, tanto a nivel poblacional como individual. Las creencias influyen en la percepción del dolor. La modificación de las creencias se asocia con la activación de sitios y vías anatómicas clave. Ciertos procesos emocionales no sólo maquillan la experiencia dolorosa, sino que también pueden favorecer o inhibir el dolor, participando en mecanismos fisiológicos implicados en la modulación del dolor. La evaluación del dolor está por tanto influenciada no sólo por nuestras creencias específicas y el grado de convicción con la que tenemos esas creencias, sino también por la atribución de su significado emocional. Ambos son importantes como posibles dianas terapéuticas y/o como posibles obstáculos para la recuperación (26).

Tanto la literatura encontrada como los resultados de este estudio, relata que no hay duda de que la conducta terapéutica está influenciada por la propios valores, actitudes y creencias de los fisioterapeutas y las conclusiones de la investigación de Unsworth A (34) además, dan más apoyo acerca de que el contexto personal influye en el razonamiento clínico.

Tanto modelos de razonamiento clínico interactivos como la práctica centrada en el paciente requiere que el fisioterapeuta reflexione y reconozca la influencia de sus propios valores, actitudes y creencias en el proceso terapéutico y también de

que sea capaz de dejarlos a un lado como indica el estudio de Magalhães et al. (33) cuyo objetivo era medir las actitudes y creencias de los fisioterapeutas brasileños sobre el dolor lumbar crónico.

### **5.1. Fortalezas y limitaciones del estudio**

Este estudio es el único que se ha realizado respecto a los valores, actitudes y creencias hacia el dolor crónico de los fisioterapeutas en centros atención primaria españoles, y cómo estos influyen en su razonamiento clínico. Los estudios encontrados con los que más se asemeja es el de Smart y Doody (21) y con el de Aguilar A et al. (32).

Algunas de las limitaciones con las que cuenta este estudio deben ser tomadas en consideración. Debido a una muestra de tres fisioterapeutas en dos centros de salud diferentes y al tiempo dedicado a la recogida de datos mediante la observación participante no garantiza que se haya llegado a la saturación de información. Continuar con una muestra más amplia y aumentar el tiempo de observación de la práctica clínica con el consecuente aumento de variabilidad de atención a diferentes pacientes podría haber supuesto una mayor cantidad de resultados. Por estas razones y por la naturaleza de la investigación cualitativa, los resultados no pueden ser extrapolados a un grupo de población más amplio. Sin embargo, posee gran validez interna.

Es posible que los conocimientos y creencias personales del investigador hayan influenciado en los hallazgos encontrados. Esta es una de las razones, por las que en este estudio se han desarrollado estrategias de triangulación de métodos de recogida de datos y de triangulación de investigadores como se ha indicado anteriormente, lo cual, a su vez, aporta mayor rigor al estudio.

### **5.2. Implicaciones para la fisioterapia**

Los hallazgos encontrados en este estudio pueden tener implicaciones tanto para los fisioterapeutas como para los docentes en fisioterapia.

Los fisioterapeutas tienen que reconocer que algunos de los valores, actitudes y creencias emergentes podrían ser diferentes a las de sus pacientes. La reflexión permitirá a los fisioterapeutas reconocer estas diferencias y facilitar la terapia que incluya a los valores de los pacientes o de alguna manera poner en concordancia las propias actitudes y creencias con la de los pacientes con el objetivo de mejorar los resultados de la atención del dolor crónico. Los fisioterapeutas deben ser conscientes de qué valores, actitudes y creencias quieren transmitir a los pacientes, ya que esto también podría ser perjudicial tanto para los pacientes como para la profesión de los fisioterapeutas.

El objetivo de establecer un modelo de razonamiento clínico respecto al dolor crónico podría mejorar los resultados en el tratamiento del paciente y podría promover el uso efectivo de los recursos sanitarios considerándose una prioridad dada la prevalencia de dolor crónico, su coste para la sociedad y el sufrimiento personal de los pacientes y familiares de los mismos (21).

Otra clara implicación del presente estudio es, que los esfuerzos para mejorar la atención centrada en el paciente son necesarios y prometen la mejora de la atención del dolor. De hecho, la atención centrada en el paciente ha sido respaldada como el modelo óptimo para los profesionales de la salud que tratan con pacientes con dolor crónico (30).

### **5.3. Futuras investigaciones**

Este estudio está basado en entrevistas a fisioterapeutas, de esta manera se proporcionan sus enfoques respecto al dolor crónico y el tratamiento de los pacientes con este problema. Más estudios con el objetivo de analizar las perspectivas de los pacientes españoles con dolor crónico que acuden a centros de atención primaria añadirían información útil a los resultados presentados en este estudio, así como investigaciones más cuidadosas y profundas para mejorar la confianza y la competencia de los fisioterapeutas a la hora de realizar consultas clínicas de pacientes con dolor crónico.

Debido a la limitación del tiempo y la muestra no se asegura la saturación de la información por lo que se considera importante continuar con el proceso de investigación ofreciendo mayor validez y rigor científico a este estudio.

Otro aspecto importante por explorar podría ser el impacto de la aportación de conocimiento acerca del dolor en los pacientes y el hecho de poner objetivos de tratamiento concordados mutuamente con los pacientes. Estos conocimientos sobre el dolor podrían reducir posibles discrepancias entre pacientes y fisioterapeutas, y podrían mejorar el acercamiento al paciente, promoviendo una mejor adherencia al tratamiento.

Y por último, sería interesante analizar los valores que los fisioterapeutas aplican en la práctica clínica privada o en hospitales españoles, los valores que se transmiten en los planes de estudios a los futuros profesionales, así como los códigos de ética y de conducta de la profesión de fisioterapeuta.



## **6. CONCLUSIONES**

Tras el análisis de los valores, actitudes y creencias respecto al dolor crónico y su influencia en el razonamiento clínico de los fisioterapeutas de atención primaria emergieron diez categorías: valores profesionales, valores altruistas, creencias respecto al paciente crónico, actitudes y creencias respecto al tratamiento, abordaje biopsicosocial, creencias respecto el dolor, estrategias para modificar actitudes y creencias, actitudes y creencias acerca de los resultados, comunicación y modelos de razonamiento clínico.

Los fisioterapeutas demuestran una actitud de profesionalidad transmitiendo valores como la confianza en sí mismos, el dominio en el campo de la fisioterapia y el compromiso. Mantienen las distancias con los pacientes para que no haya demasiada implicación emocional que pueda entorpecer la relación terapéutica y muestran consideración y respeto por las preocupaciones y expectativas del paciente.

Los fisioterapeutas muestran una actitud de educador y motivador transmitiendo valores de seguridad y participación a los pacientes. Creen que los pacientes esperan a que los fisioterapeutas les curen y que muestran cierta actitud pasiva. En contrapartida, los fisioterapeutas creen que los pacientes son más autónomos de lo que ellos mismos piensan y por esto, los fisioterapeutas intentan establecer una relación de colaboración con respecto al tratamiento. Además, los fisioterapeutas asocian a los pacientes con dolor crónico con personas con tendencia a actitudes victimistas y con miedos y por esto, les transmiten valores como la importancia del disfrute, la afectividad, compasión, bienestar y tranquilidad. Además, con el fin de modificar actitudes y creencias perjudiciales para el estado de salud del paciente, les transmite valores como esperanza, perseverancia, superación y optimismo.

Los fisioterapeutas muestran una actitud biopsicosocial respecto al abordaje de los pacientes con dolor crónico.

Los fisioterapeutas muestran una actitud de resignación con respecto a las actitudes de los pacientes pasivos, la consecución de resultados y la falta de recursos (como el tiempo y el abordaje multidisciplinar) que se ofrecen a los pacientes con dolor crónico en atención primaria. En consecuencia, los fisioterapeutas creen que el placebo y las actividades que hacen disfrutar a los

pacientes pueden aportar buenos resultados. Creen que la sensación de satisfacción del paciente es una buena medida para evaluar los buenos resultados y que deben responsabilizar a los pacientes de su salud, animándoles a realizar actividades que les guste.

En base a los valores, actitudes y creencias encontrados, se identifica el predominante uso de modelos de razonamiento clínico interactivos (razonamiento narrativo, interactivo, pragmático, relativo a la enseñanza, colaborativo y predictivo). De esta manera, los fisioterapeutas prestan especial atención a las habilidades comunicativas con el fin de ofrecer y extraer la información relevante, así como establecer una relación óptima con el paciente.

Según la literatura el razonamiento clínico se ve influenciado por los valores, actitudes y creencias de los fisioterapeutas. La reflexión acerca de su influencia podría permitir a los fisioterapeutas reconocer su importancia y facilitar una terapia que incluya los valores, las actitudes y creencias de los pacientes, sobre todo en casos de conflictos o discordias con respecto a los valores, actitudes y creencias que los pacientes ven como importantes. Estos aspectos no deben ser ignorados y la atención ofrecida en los centros de salud a los pacientes con dolor crónico debe ser objeto de mejora.

Este estudio es un paso inicial hacia la reflexión de los fisioterapeutas pudiendo ser de ayuda a la orientación de los estudiantes respecto a su futuro como fisioterapeutas, así como a la mejora de la práctica clínica de los profesionales, evitando discordias entre los valores, actitudes y creencias que pueda haber con los pacientes o con el resto de profesionales.

Este estudio abre el camino hacia futuras investigaciones acerca del mismo tema. Se recomienda ampliar la muestra de estudio con el objetivo de aportar mayor rigor a las conclusiones de esta investigación.

## **7. BIBLIOGRAFÍA**

1. Norman G. Research in clinical reasoning: past history and current trends. *Med Educ.* 2005; 39 (4): 418–427.
2. Edwards I, Jones M, Carr J, Braunack-Mayer A, Jensen GM. Clinical reasoning strategies in physical therapy. *Phys Ther.* 2004; 84 (4): 312–335.
3. Jensen GM, Gwyer J, Shepard KF, Hack LM. Expert practice in physical therapy. *Phys Ther.* 2000; 80 (1): 28–43.
4. Christensen N, Jones M, Edwards I. Razonamiento clínico en el diagnóstico y el tratamiento del dolor raquídeo. En: Boyling J, Jull G, editores. *Grieve Terapia Manual Contemporánea. Columna vertebral.* 3ª ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 391–403.
5. Downing AM, Hunter DG. Validating clinical reasoning: a question of perspective, but whose perspective? *Manual Therapy.* 2003; 8(2): 117–119.
6. Higgs J, Jones MA, Loftus S, Christensen N. *Clinical reasoning in the health professions.* 3ª ed. Oxford: Elsevier Butterworth-Heinemann; 2008.
7. Hueter-Becker A, Doelken M. *Physical therapist Examination and Assessment.* 2ªed. Stuttgart: Thieme; 2011.
8. Lee LJ. What do we need to know, how do we know what we know, and what can and can't science tell us about how to treat our patients? *Science & Clinical Practice - Knowledge.* Northampton: Physio First, the Journal for Physiotherapists in Private Practice; 2011. p. 2–9.
9. Mattingly C. What is clinical reasoning? *The American Journal of Occupational Therapy.* 1991; 45: 979–986.
10. Dima A, Lewith, GT, Little, P, Moss-Morris R, Foster NE, Bishop FL. Identifying patients' beliefs about treatments for chronic low back pain in primary care: a focus group study. *British Journal of General Practice.* 2013; 63(612): 490–498.
11. Wolff MS, Hoskins Michel T, Krebs DE, Watts NT. Chronic pain assessment of orthopaedic physical therapists' knowledge and attitudes. *Physical Therapy* 1991; 71: 207–14.
12. Rodríguez MJ. Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España: Estudio STEP. *Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en Internet].* 2006 Nov [citado 2015 Mayo 20]; 13 (8): 525–532. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462006000800003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000800003&lng=es).
13. Noceda JJ, Moret C, Lauzirika I. Características del dolor osteomuscular crónico en pacientes de Atención Primaria: Resultados de un centro rural y otro urbano. *Rev.*

- Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet]. 2006 Jun [citado 2015 Mayo 20]; 13 (5): 287–293. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462006000500002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000500002&lng=es).
14. Palanca Sánchez I (Dir.), Puig Riera de Conías MM (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
  15. González-Escalada JR, Barutell C, Camba A, Contreras D, Muriel C, Rodríguez M. Creencias, actitudes y percepciones de médicos, farmacéuticos y pacientes acerca de la evaluación y el tratamiento del dolor crónico no oncológico. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2009; 16: 7–20.
  16. Ibáñez JDA. Situación actual del tratamiento del dolor crónico en España. *Revista española de anestesiología y reanimación*. 2005; 52 (3): 127–130.
  17. Dueñas M, Salazar A, Ojeda B, Fernández-Palacín F, Micó JA, Torres LM, Failde I. A nationwide study of chronic pain prevalence in the general spanish population: identifying clinical subgroups through cluster analysis. *Pain Med*. 2015; 16 (4): 811–22.
  18. Harkness EF, Macfarlane GJ, Silman AJ, McBeth J. Is musculoskeletal pain more common now than 40 years ago?: Two population-based cross-sectional studies. *Rheumatology Oxford*. 2005; 44: 890–895.
  19. Londoño C, Contreras F, Delgadillo G, Tobón S, Vinaccia S. Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. *Rev Psicopatol. Psicol. Clín*. 2005; 10: 25–31.
  20. Bertakis KD, Azari R, Callahan EJ. Patient pain in primary care: factors that influence physician diagnosis. *The Annals of Family Medicine*. 2004 2 (3): 224–230.
  21. Smart K, Doody C. The clinical reasoning of pain by experienced musculoskeletal physiotherapists. *Manual Therapy*. 2007; 12 (1): 40–49.
  22. Moseley GL. Unravelling the barriers to reconceptualisation of the problem in chronic pain: the actual and perceived ability of patients and health professionals to understand the neurophysiology. *The Journal of Pain*. 2003; 4: 184–9.
  23. Nijs J, Roussel N, Paul van Wilgen C, Köke A, Smeets R. Thinking beyond muscles and joints: Therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Manual Therapy*. 2012; 18: 96–102.

24. Overmeer, T. Implementing psychosocial factors in physical therapy treatment for patients with musculoskeletal pain in primary care. Thesis. Örebro; Örebro Unversitet; 2010.
25. Ostelo RWJG, Stomp-van den Berg SGM, Vlaeyen JWS, Wolters PMJC, de Vet HCW. Health care provider's attitudes and beliefs towards chronic low back pain: the development of a questionnaire. *Manual Therapy*. 2003; 8 (4): 214–222.
26. Main CJ, Foster N, Buchbinder R. How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain? *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2010; 24: 205–217.
27. Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: A systematic review. *Eur J Pain*. 2012; 16: 3–17.
28. Foster NE, Delitto A. Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain: integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice-challenges and opportunities. *Phys Ther*. 2011; 91: 790–803.
29. Overmeer T, Boersma K, Denison E, Linton SJ. Does teaching physical therapists to deliver a biopsychosocial treatment program result in better patient outcomes? A randomized controlled trial. *Phys Ther*. 2001; 91: 804–819.
30. Frantsve LME, Kerns RD. Patient–provider interactions in the management of chronic pain: current findings within the context of shared medical decision making. *Pain Medicine*. 2007; 8 (1): 25–35.
31. España E. Conocimiento, actitudes, creencias y valores en los argumentos sobre un tema socio-científico relacionado con los alimentos. Tesis Doctoral. Málaga. Universidad de Málaga. 2008.
32. Aguilar A, Stupans I, Scutter S, King S. Exploring the professional values of Australian Physiotherapists. *Physiotherapy Research International*. 2013; 18 (1): 27–36.
33. Magalhães MO, Costa LOP, Cabral CMN; Machado LAC. Attitudes and beliefs of Brazilian physical therapist about chronic low back pain: a cross-sectional study. *Rev Bras Fisioter*. 2012; 16 (3): 248–53.
34. Unsworth CA. Clinical reasoning: How do pragmatic reasoning, worldview and client-centredness fit?. *The British Journal of Occupational Therapy*. 2004; 67 (1): 10–19.

35. Wedge FM, Braswell-Christy J, Brown CJ, Foley KT, Graham C, Shaw S. Factors influencing the use of outcome measures in physical therapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2012; 28 (2): 119–133.
36. Cuesta Benjumea CDL. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure investigación*. 2006; 25.
37. Krauss M. Temas de educación: La investigación cualitativa, un campo de posibilidades y desafíos. 1995; 7: 19-39.
38. Martínez F. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Enf Neurol. (Mex)*. 2010; 11 (2): 98–101
39. Campoy Aranda TJ, Gomes Araújo E. Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos. En: Pantoja Vallejo A, coordinador. *Manual básico para la realización de tesis, tesis y trabajos de investigación*. Madrid: EOS; 2009. p. 277–304.
40. Blasco Hernández T, Otero García L. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (II). *Nure Investigación*. Centro Nacional de Medicina Tropical. Instituto de Salud Carlos III. 2008; 34.
41. Kawulich BB. La observación participante como método de recolección de datos. *FQS*. 2005; 6 (2).
42. Okuda Benavides M, Gómez-Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Rev colomb psiquiatr. (Bogotá)*. 2005; 34 (1).
43. Sanders T, Foster NE, Bishop A, Ong BN. Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC musculoskeletal disorders*. 2013; 14 (1), 1–10
44. Hazard RG, Spratt KF, McDonough CM, Olson CM, Ossen ES, Hartmann EM, LaVoie J. Patient-centered evaluation of outcomes from rehabilitation for chronic disabling spinal disorders: the impact of personal goal achievement on patient satisfaction. *The Spine Journal*. 2012; 12 (12): 1132–1137.
45. Simmonds MJ. Pain and the placebo in physiotherapy: A benevolent lie? *Physiotherapy*. 2000; 86 (12), 631–637.
46. Jeffrey JE, Foster NE. A qualitative investigation of physical therapists' experiences and feelings of managing patients with nonspecific low back pain. *Phys Ther*. 2012; 92: 266–278.



47. Farin E, Gramm L, Schmidt E. Taking into account patients' communication preferences: instrument development and results in chronic back pain patients. *Patient Educ Couns*. 2012; 86 (1): 41–8.
48. Potter M, Gordon, S, Hamer P. The physiotherapy experience in private practice: the patients' perspective. *Australian Journal of Physiotherapy*. 2003; 49 (3): 195–202.
49. Mead N, Bower P. Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000; 51: 1087–1110.
50. Fuertes JN, Mislowack A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, Boylan L.S. The physician–patient working alliance. *Patient education and counseling*. 2007; 66 (1): 29–36.
51. Michie S, Miles J, Weinman J. Patient-centredness in chronic illness: What is it and does it matter? *Patient Educ Couns* 2003; 51: 197–206.
52. Matthias MS, Parpart AL, Nyland KA, Huffman MA, Stubbs DL, Sargent C, Bair MJ. The patient–provider relationship in chronic pain care: providers' perspectives. *Pain Medicine*. 2010; 11 (11): 1688–1697.
53. Tait RC. Empathy: Necessary for effective pain management? *Curr Pain Headache Rep*. 2008; 12: 108–12.
54. Kenny DT. Constructions of chronic pain in doctor–patient relationships: Bridging the communication chasm. *Patient Educ Couns*. 2004; 52: 297–305.
55. Waters D, Sierpina VS. Goal-directed health care and the chronic pain patient: A new vision of the healing encounter. *Pain Physician*. 2006; 9 (4): 353–360.

## **8. ANEXOS**

**Anexo 1. Hoja informativa**

Departamento de E. y Fisioterapia

**HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE**

**Título del estudio:** *“Valores, actitudes y creencias respecto al dolor crónico y su influencia en el razonamiento clínico de los fisioterapeutas de atención primaria. Estudio cualitativo.”*

**Nombre del centro:** Universidad de Alcalá de Henares

**Investigador principal:** Adrián Ávila Sánchez

Dirección: adriavilasan@gmail.com

Teléfono: 697217159

Con motivo de invitarle a la participación en el presente proyecto de investigación cuyo **objetivo** principal es analizar los valores, creencias y actitudes de los fisioterapeutas respecto al dolor crónico de los pacientes con los que se encuentra en los servicios de atención primaria, se le entrega esta hoja informativa con la intención de que reciba la información correcta y suficiente para que usted valore si desea o no participar en el estudio. Por favor, léala con atención y cualquier duda que surja, se le aclarará después de la lectura de la misma. Además, podrá consultar con las personas que considere oportuno.

Al firmar este formulario autorizará su inclusión en el estudio. Su **participación** es **voluntaria** y podrá decidir retirarse de estudio en cualquier momento que lo desee, sin dar explicaciones y si que esto repercuta en su trabajo profesional.

**Descripción general de estudio**

Se realizará una investigación cualitativa desde el paradigma interpretativo para conseguir los objetivos planteados. Se sabe que el proceso de razonamiento clínico depende de la interpretación de cada profesional y de la construcción de sus experiencias personales y profesionales en la práctica clínica.

## Sujetos de estudio

Profesionales de la Unidad de Fisioterapia del Centro de Salud Juan de Austria de Alcalá de Henares y del Centro de Salud de Los Manantiales en Guadalajara. Los participantes serán seleccionados siguiendo los criterios de inclusión.

## Procedimiento de la recogida de datos

Si decide participar, para realizar la selección de la muestra, se comenzará con una recogida de **datos personales**: género, edad, años de experiencia, formación de postgrado y/o especialización, escenarios de su práctica clínica, número de años trabajados en el área clínica actual.

Una vez pasados los criterios de inclusión, se concertará una cita para llevar a cabo una **observación participante**, en la que se observará al profesional durante su práctica clínica habitual, y se anotarán las diferentes actuaciones del profesional en una **libreta de notas**. Posteriormente, se dedicará un tiempo a una **entrevista en profundidad**, la cuál será grabada mediante un **dispositivo audiovisual**. Consiste en una entrevista individual semi-estructurada con el fin de conocer más a fondo el proceso de razonamiento clínico del profesional durante su práctica clínica y qué factores podrían estar influyendo en el mismo.

Para poder realizar el estudio ha sido necesario hacer una revisión de documentos acerca de las actitudes y creencias de los fisioterapeutas como factores de influencia en su razonamiento clínico respecto a la atención sanitaria de pacientes con dolor crónico y sobre las técnicas de recogida de datos que se llevan a cabo en la investigación cualitativa.

## Intervención que se realizará

Inicialmente se seleccionaron los posibles fisioterapeutas que tuvieran más facilidad de recibir pacientes con dolor de más de 6 meses de evolución. A dichos fisioterapeutas se les proporcionó la **hoja informativa** y se determinó la selección de la muestra junto con la recogida de **datos personales** y la firma del **consentimiento**

**informado.** El consentimiento informado será firmado tanto por los fisioterapeutas participantes, como por los pacientes, estudiantes en prácticas u otros profesionales presentes que puedan intervenir en el proceso de recogida de datos.

Si decide participar en este estudio, implicará:

1. **Ser observado** durante su práctica clínica habitual, entre 4 y 6 horas. Se analizará la manera de actuar de los participantes en relación con los pacientes en los diferentes momentos del desarrollo del método de intervención fisioterapéutica (entrevista o consulta, desarrollo del tratamiento, evaluaciones, etc). Esta observación se realizará en el lugar de trabajo habitual del fisioterapeuta y se seguirá manteniendo la confidencialidad de los participantes utilizando pseudónimos durante toda la recogida de datos que quede anotada en la libreta de notas.
2. Mantener una **entrevista en profundidad** con el investigador cuya duración será de entre treinta y cuarenta y cinco minutos. La entrevista consta de una serie de preguntas abiertas que guiarán el proceso de exploración acerca de los valores, actitudes y creencias que influyen en el razonamiento clínico del fisioterapeuta participante. La entrevista tendrá lugar a lo largo del mes de Enero del 2015. La fecha exacta, la hora y el lugar se acordarán con el investigador. La información será recogida mediante un dispositivo audiovisual para su posterior análisis de estudio. De igual manera, se seguirá manteniendo la confidencialidad del participante durante todo el proceso.

El posterior **análisis de datos** se realizará de manera que cada caso se estudiará de manera individualizada y después, se analizaran de manera comparativa. Con el objetivo de contrastar interpretaciones y validar los datos recogidos se enviarán los resultados finales a los fisioterapeutas participantes, ofreciéndoles así, el derecho a revisar los datos y a hacer las apreciaciones oportunas acerca de los mismos. De esta manera se pretende conseguir un análisis y una interpretación de los datos lo más ajustada a la realidad posible.

### **Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio**

Su participación en el estudio puede contribuir a la mejora de los profesionales en fisioterapia y a la enseñanza de la misma. Esta mejora puede suponer una mejora de la atención sanitaria que recibirán los pacientes susceptibles de tratamiento fisioterapéutico. Con su participación no obtendrá ningún beneficio ni coste económico.

### **Confidencialidad**

De conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos (LOPD 15/1999), todos los datos recogidos, por el investigador como por las personas relacionadas con él, se tratarán de manera confidencial. Usted podrá ejercer derecho de acceso, de oposición, rectificación y cancelación de todos los datos que se hayan guardado y/o pedido, sin tener que dar explicación de ninguno de sus motivos.

**En caso de duda**, diríjase al investigador principal, Adrián Ávila Sánchez. Acuda al contacto facilitado al inicio de este documento en caso de tener alguna queja o reclamación relacionada con su participación en el estudio.

**Fecha y firma del investigador**

**Anexo 2. Consentimiento informado**

Departamento de E. y Fisioterapia

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE**

**Título del estudio:** *“Valores, actitudes y creencias respecto al dolor crónico y su influencia en el razonamiento clínico de los fisioterapeutas de atención primaria. Estudio cualitativo.”*

Yo, D/Dña..... (Nombre y apellidos manuscritos por el participante).

He leído la hoja de información y he tenido tiempo suficiente para considerar mi decisión.

Me han dado la oportunidad de formular preguntas y todas ellas han sido respondidas satisfactoriamente.

He podido hablar con el investigador principal del estudio, Adrián Ávila Sánchez.

Comprendo que:

- Mi participación es voluntaria.
- Se guardará mi anonimato.
- Mis palabras durante la entrevista serán grabadas y seré sujeto de observación durante mi práctica clínica.
- Tengo derecho a acceder a todos los datos que se hayan recogido y a oponerme a que se recojan parte de ellos, rectificarlos o anularlos.
- Puedo retirarme del estudio:
  1. Cuando quiera.
  2. Sin tener que dar explicaciones.
  3. Sin que esto repercuta en mi actividad profesional.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

He recibido una copia de este documento.

**Fecha y firma del participante**

**Fecha y firma del investigador**

### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña.....revoco el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo continuar participando en el estudio “*Valores, actitudes y creencias respecto al dolor crónico y su influencia en el razonamiento clínico de los fisioterapeutas de atención primaria. Estudio cualitativo.*”

**Fecha y firma del participante**

**Fecha y firma del investigador**



**Anexo 3. Recogida de datos personales**

Departamento de E. y Fisioterapia

**RECOGIDA DE DATOS PERSONALES**Nombre:  Apellidos: Fecha de nacimiento:  /  /  Género: V  M **EXPERIENCIA PROFESIONAL**Año en que se graduó:  Años de experiencia: 

Formación de postgrado y/o especialidad:

Centro en lo que ha trabajado o trabaja:

**Fecha y firma del participante****Fecha y firma del investigador**

**Anexo 4. Consentimiento informado**

Departamento de E. y Fisioterapia

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

**Título del estudio:** *“Valores, actitudes y creencias respecto al dolor crónico y su influencia en el razonamiento clínico de los fisioterapeutas de atención primaria. Estudio cualitativo.”*

**Nombre del centro:** Universidad de Alcalá de Henares

**Investigador principal:** Adrián Ávila Sánchez

Yo, D/Dña..... (Nombre y apellidos manuscritos por el participante).

A usted se le está invitando a formar parte de un estudio de investigación de fisioterapia **objetivo** principal es analizar los valores, creencias y actitudes de los fisioterapeutas respecto al dolor crónico de los pacientes con los que se encuentra en los servicios de atención primaria.

**Sujetos de estudio**

Profesionales de la Unidad de Fisioterapia del Centro de Salud Juan de Austria de Alcalá de Henares. Los participantes serán seleccionados siguiendo los criterios de inclusión.

Usted como paciente, interviene en el proceso que se desea observar por tanto en la recogida de datos que llevará a cabo el investigador.

**Intervención que se realizará**

Si decide participar en este estudio, implicará **ser observado** durante práctica clínica habitual del fisioterapeuta con el paciente. Se analizará la manera de actuar de los fisioterapeutas respecto a los pacientes y en diferentes momentos del

desarrollo del método de intervención fisioterapéutica (entrevista o consulta, desarrollo del tratamiento, evaluaciones, etc). Esta observación se realizará en el lugar de trabajo habitual del fisioterapeuta y se seguirá manteniendo la confidencialidad de los participantes utilizando pseudónimos.

### **Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio**

Su participación en el estudio puede contribuir a la mejora de los profesionales en fisioterapia y a la enseñanza de la misma. Esta mejora puede suponer una mejora de la atención sanitaria que recibirán los pacientes susceptibles de tratamiento fisioterapéutico. Con su participación no obtendrá ningún beneficio ni coste económico.

### **Confidencialidad**

De conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos (LOPD 15/1999), todos los datos recogidos, por el investigador como por las personas relacionadas con él, se tratarán de manera confidencial. Usted podrá ejercer derecho de acceso, de oposición, rectificación y cancelación de todos los datos que se hayan guardado y/o pedido, sin tener que dar explicación de ninguno de sus motivos.

### **Aclaraciones**

He sido informado verbalmente del procedimiento que se va realizar y he tenido tiempo suficiente para considerar mi decisión.

Me han dado la oportunidad de formular preguntas y todas ellas han sido respondidas satisfactoriamente.

He podido hablar con el investigador principal del estudio, Adrián Ávila Sánchez.

Comprendo que:

- Mi participación es voluntaria.

- Se guardará mi anonimato.
- Puedo retirarme del estudio:
  1. Cuando quiera.
  2. Sin tener que dar explicaciones.
  3. Sin que esto repercuta en mi tratamiento fisioterapéutico.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

He recibido una copia de este documento.

**En caso de duda**, diríjase al investigador principal, Adrián Ávila Sánchez. Acuda al contacto facilitado en caso de tener alguna queja o reclamación relacionada con su participación en el estudio.

Dirección: adriavilasan@gmail.com

Teléfono: 697217159

**Fecha y firma del participante**

**Fecha y firma del investigador**

### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña.....revoco el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo continuar participando en el estudio *“Valores, actitudes y creencias respecto al dolor crónico y su influencia en el razonamiento clínico de los fisioterapeutas de atención primaria. Estudio cualitativo.”*

**Fecha y firma del participante**

**Fecha y firma del investigador**

**Anexo 5. Plantilla de observación participante**

Pseudónimo:                      Especialidad:

Fecha:                              Hora:                              Lugar:

- A. Descripción del espacio físico:** sala, recursos materiales relacionados con los conocimientos, valores, creencias y actitudes (posters, disposición de la sala, sillas, ordenador, camilla, cortinas,...).

- B. Descripción del profesional:** carácter, temperamento, comportamiento, lenguaje verbal y no verbal. ¿Cómo construye la relación fisioterapeuta-paciente?

- C. Desarrollo del método de intervención en fisioterapia:** ¿Qué se dice al paciente respecto a su patología, tratamiento y recuperación? Elementos que se tienen en cuenta para el diagnóstico de fisioterapia. ¿Cuál es el planteamiento del tratamiento (tiempo de duración y técnicas)?:

**Valores:** cuáles y cuándo se expresan:

**Observaciones:** Lo que no ha sucedido y podría haber sucedido, acontecimientos diferentes, variaciones respecto a otros fisioterapeutas.

## **Anexo 6. Guía de entrevista**

El estudio analiza los valores, actitudes y creencias como factores influyentes en el razonamiento clínico de los fisioterapeutas que atienden pacientes con dolor crónico en un centro de atención primaria.

### **A. Respecto a lo observado en el espacio físico**

1. ¿Qué se busca con la exposición de ciertas láminas que quedan a la vista de los pacientes en la sala de consulta y en la de tratamiento?
2. ¿Qué se busca al colocar el ordenador a un lado y tener al paciente colocado enfrente durante la consulta?
3. *El hecho de tener la radio puesta durante el tiempo de tratamiento, ¿tiene algún propósito?*
4. ¿Qué utilidad se le da a la cortina que está junto a la camilla de la sala de consultas?
5. ¿Se identifica con el sistema sanitario en el que se está sumergido?

### **B. Respecto al profesional**

1. ¿Qué característica/s personal/es considera más importante/s para una buena atención al paciente con dolor crónico?
2. ¿Con qué propósito, tutea o trata de usted al paciente?
3. ¿Qué considera esencial transmitir al paciente con dolor crónico?
4. ¿Cómo describiría su rol como fisioterapeuta en el centro de atención primaria?

### **C. Desarrollo del método de intervención en fisioterapia**

1. ¿Qué importancia se da al informe médico del paciente? ¿Cómo emite el diagnóstico fisioterapéutico?
2. ¿En que basa su planteamiento del tratamiento de fisioterapia?
3. ¿Qué hace cuándo el paciente finaliza sus sesiones de tratamiento y no ha mejorado?
4. ¿Se ha aprovechado del efecto placebo en su tratamiento alguna vez? Por ejemplo.
5. ¿Ha intentado modificar las creencias y actitudes de los pacientes respecto al dolor crónico? ¿Cómo?
6. ¿Qué valores, actitudes y creencias transmite a los pacientes?

### **Anexo 7. Guía de entrevista modificada**

El estudio analiza los valores, actitudes y creencias como factores influyentes en el razonamiento clínico de los fisioterapeutas que atienden pacientes con dolor crónico en un centro de atención primaria.

#### **D. Respetto a lo observado en el espacio físico**

1. ¿Qué objetivo tienen las láminas expuestas en la sala de tratamiento?
2. ¿Qué objetivo tiene tener la radio puesta durante las sesiones de tratamiento?
3. ¿Qué le parece que no haya cortinas o biombos en la sala de tratamiento?
4. ¿Se identifica con el sistema sanitario en el que se está sumergido?

#### **E. Respetto al profesional**

1. ¿Qué valores personales considera más importantes para una buena atención al paciente con dolor crónico?
2. ¿Qué trata de transmitir al paciente durante la consulta? ¿Cómo?
3. ¿Con qué propósito, tutea o trata de usted al paciente?
4. ¿Qué importancia cree que tienen los componentes emocionales en los pacientes con dolor crónico? ¿Cómo hace para tenerlos en cuenta?

#### **F. Desarrollo del método de intervención en fisioterapia**

1. Generalmente, ¿en qué basa el diagnóstico fisioterapéutico? ¿Qué información da a los pacientes acerca del dolor crónico? ¿Qué le cuenta acerca de las pruebas de imagen?
2. ¿Qué cree que necesitan los pacientes con dolor crónico para recuperarse?
3. ¿Qué hace si el paciente finaliza sus sesiones de tratamiento y no ha mejorado?
4. ¿Se ha aprovechado del efecto placebo en su tratamiento alguna vez? Por ejemplo.
5. ¿Ha intentado modificar las creencias y actitudes de los pacientes respecto al dolor crónico? ¿Cómo?
6. ¿Qué valores, actitudes y creencias transmite a los pacientes?
7. ¿Considera que tiene un enfoque biomédico o biopsicosocial respecto a los pacientes con dolor crónico?