



Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN FISIOTERAPIA

EXPERIENCIAS SOBRE LA
RELACIÓN FISIOTERAPÉUTA-
PACIENTE: UNA
APROXIMACIÓN CUALITATIVA.

Autora: Leticia Aguado Gil

Tutora: Dña. Eglée Iciar Lavieri, Médico Psiquiatra. Universidad de Alcalá
(Departamento de Medicina y Especialidades Médicas)

Alcalá de Henares, 16 de septiembre de 2014



Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN FISIOTERAPIA

EXPERIENCIAS SOBRE LA
RELACIÓN FISIOTERAPÉUTA-
PACIENTE: UNA
APROXIMACIÓN CUALITATIVA.

Autora: Leticia Aguado Gil

Tutora: Dña. Eglée Iciar Lavieri, Médico Psiquiatra. Universidad de Alcalá
(Departamento de Medicina y Especialidades Médicas)

Alcalá de Henares, 16 de septiembre de 2014

Firma de la autora:

Vº Bº de la tutora:

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi tutora la Dra. Eglée Iciar Lavieri, por todo lo que me ha enseñado y su paciencia infinita en la elaboración de esta investigación. Ha sido un camino de todo un curso en el que ha existido comunicación mutua en cada momento y reciprocidad en cada eslabón de la cadena que cierra una etapa de mi vida. No puedo olvidarme de las dos investigadoras secundarias, Lorena Capellán y Alba Cantero, por su tiempo y colaboración.

También me gustaría dar las gracias a los fisioterapeutas y los pacientes que aceptaron colaborar en el estudio, ya que sin ellos no hubiera sido posible la obtención de la muestra. En especial, a Salvador Gómez Franco y Paloma Calderón Hermosilla, por haberme permitido disponer de su tiempo en cualquier momento que lo he necesitado y facilitarme el acceso con total libertad.

A mis grandes amigas, que no se han olvidado de preguntar y responder a mis dudas en cualquier momento. El apoyo ha sido mutuo, ya que no sólo ha sido durante esta investigación, sino a lo largo de estos años de carrera.

Por otro lado, a una persona muy especial, que apenas acaba de entrar en mi vida, pero me ha ayudado a creer en mi misma y a ser un poco más fuerte en los momentos difíciles.

No puedo olvidarme de mi madre y mi hermano que siempre han intentado ayudarme, aunque no supieran cómo hacerlo. Un simple comentario de ánimo y apoyo han sido suficientes para ir avanzando en este camino que llega a su fin.

A todos ellos, mis más sinceros agradecimientos.

RESUMEN

Título: Experiencias sobre la relación fisioterapeuta-paciente: una aproximación cualitativa.

Introducción: Se describen los factores que de acuerdo a las perspectivas de los pacientes, pueden afectar al establecimiento de una apropiada relación con su fisioterapeuta. Se describe que una adecuada comunicación (verbal y no verbal) desde el contacto inicial influye en la evolución de la patología tratada y en el desarrollo de la relación, ya que se crea un vínculo de confianza, satisfacción y empatía.

Objetivos: Estudiar aspectos de la relación fisioterapeuta-paciente de acuerdo al grupo etario.

Sujetos y métodos: Se llevó a cabo un estudio cualitativo fenomenológico, desde un paradigma interpretativo. La muestra estuvo constituida por nueve participantes, distribuidos en tres grupos etarios: Adultos Tempranos (1 hombre y 2 mujeres), Adultos Intermedios (3 mujeres) y Ancianos (2 hombres y 1 mujer). Se utilizaron como instrumentos para la recogida de información: un Cuestionario Socio-Demográfico, un test de Personalidad (NEO-FFI) y una Entrevista en Profundidad. Estos datos fueron transcritos, codificados y analizados y se emplearon técnicas de verificación para revalidar los descubrimientos encontrados.

Resultados: Los códigos o categorías más representativos fueron: I.a. Percepción Inicial y IV.b. Lugar, con 9 comentarios cada uno. El menos definido por los participantes, fue I.c. Evolución, con 4 comentarios. Los grupos etarios Adultos Tempranos e Intermedios coincidieron en la importancia sobre la información sanitaria y poder actuar como sujeto activo. En cambio, los Ancianos valoraron la primera toma de contacto y la motivación cotidiana, con un lenguaje afectuoso. Sólo el grupo de Adultos Temprano no presentaba puntuaciones máximas en el NEO-FFI.

Conclusiones: Dar la información pertinente, plantear objetivos alcanzables y motivantes, involucrando al paciente en el tratamiento, actúan de manera positiva en la alianza terapéutica.

Palabras clave: Relación fisioterapeuta-paciente, empatía, estudio cualitativo.

ABSTRACT

Title: Experiences of therapist-patient relationship: a qualitative approach.

Introduction: factors according to the perspectives of patients, may affect the establishment of a proper relationship with your physiotherapist are described. It is disclosed that adequate communication (verbal and nonverbal) from initial contact influences the evolution of the treated disease and in the development of the relationship as a bond of trust, satisfaction and create empathy.

Objectives: To study aspects of the therapist-patient relationship according to age group.

Subjects and methods: We conducted a qualitative phenomenological study, from an interpretive paradigm. The sample consisted of nine participants, divided into three age groups: Adults Early (1 male and 2 females) Adult Intermediate (3 women) and the Elderly (2 males and 1 female). They were used as tools for information gathering: Socio-Demographic Questionnaire, a test of Personality (NEO-FFI) and an in depth interview. These data were transcribed, coded and analyzed and verification techniques were used to validate the discoveries found.

Results: The most representative codes or categories were: I.a. Initial Perception and IV.b. Place, each with 9 comments. The less defined by the participants, was I.c. Evolution, with 4 comments. Adults Age groups Early and Intermediate agreed on the importance of health information and to act as an active subject. Instead, the Elders valued the first contact and daily motivation, with an affectionate language. Adults Only Early group showed no high scores in the NEO-FFI.

Conclusions: Give relevant information, ask objectives achievable and motivating, involving the patient in treatment, act positively in the therapeutic alliance.

Keywords: Physical therapist-patient relationship, empathy, qualitative study.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. OBJETIVOS	11
3.1. Objetivo general.....	11
3.2. Objetivos específicos	11
4. MARCO TEÓRICO.....	13
4.1. El sanitario	13
4.1.1. Características del sanitario	14
4.2. El paciente.....	16
4.2.1. Ciclo Vital del Ser Humano.....	17
4.2.2. Reacciones del enfermo ante su enfermedad	20
4.3. Relación sanitario-paciente.....	22
4.3.1. La entrevista.....	24
4.3.2. La comunicación.....	26
4.3.3. Factores que intervienen en la relación sanitario-paciente: Empatía, Transferencia y Contratransferencia	30
5. MARCO METODOLÓGICO.....	36
5.1. Tipo de estudio	36
5.2. Muestra	36
Factores de inclusión:.....	36
Factores de exclusión:.....	37
5.3. Materiales y métodos.....	38
A. Cuestionario de Datos Socio-Demográfico:	38
B. Cuestionario de Personalidad:	38
C. Entrevista en Profundidad:.....	41

5.4.	Recolección de la información	41
5.4.1.	Variables de estudio.....	41
5.4.2.	Técnicas empleadas	42
	Para el desarrollo de la investigación	42
	Para la recolección de la información	43
5.4.3.	Recursos.....	44
5.5.	Consideraciones éticas	45
5.6.	Análisis de la información	45
5.7.	Técnicas de comprobación	46
	I. Triangulación:.....	46
	II. Validación respondente o negociación:	46
	III. Uso de citas directas:.....	47
6.	RESULTADOS.....	49
6.1.	Análisis estadístico descriptivo.....	49
6.2.	Análisis Cualitativo	53
	I. Familia Comunicación.	55
	II. Familia Empatía.....	59
	III. Familia Adherencia terapéutica.....	64
	IV. Familia Evaluación de la consulta.	67
7.	DISCUSIÓN	73
8.	RECOMENDACIONES	80
8.1.	Limitaciones del estudio	81
9.	CONCLUSIONES.....	83
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	85
11.	ANEXOS.....	89
11.1.	Anexo I. Cuestionario de Datos Socio-Demográfico	89
11.2.	Anexo II. Cuestionario de Personalidad.....	90

11.3.	Anexo III. Protocolo para la Entrevista en Profundidad.....	94
11.4.	Anexo IV. Hoja informativa para Participantes de Investigación	96
11.5.	Anexo V. Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación	100
11.6.	Anexo VI. Datos Socio-Demográficos recogidos según el grupo etario.....	101
11.7.	Anexo VII. Network de la Familia I. COMUNICACIÓN.....	104
10.8.	Anexo VIII. Network de la Familia II. EMPATÍA.....	105
10.10.	Anexo X. Network de la Familia IV. EVALUACIÓN DE LA CONSULTA.....	107

INDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS

NÚMERO	TABLA	PÁGINA
2.1.	Evolución de Profesionales Sanitarios Colegiados en España. Instituto Nacional de Estadísticas (INE)	7
2.2.	Localidades y grupos etarios con Tarjeta Sanitaria de la Dirección Asistencial Este. Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud	8
4.1.	Beneficios que demuestran empatía por parte del paciente y del profesional. Valverde C	32
6.1.	Muestra estudiada. Distribuida por grupos etarios y sexo. Abril 2014.	49
6.2.	Muestra estudiada. Distribuida por grupos etarios y fisioterapeuta tratante. Abril 2014.	50
6.3.	Muestra estudiada. Distribuida por grupos etarios y tipo de intervención. Abril 2014.	51
6.4.	Muestra estudiada. Distribuida por grupos etarios y factores de personalidad. Abril 2014.	51
6.5.	Representación de los resultados del análisis cualitativo, distribuidos por Códigos o Categoría y Familias. Atlas Ti	54
6.6.	Código o categoría: I.a. PERCEPCIÓN INICIAL	55-56
6.7.	Código o categoría: I.b. RELACIÓN	57
6.8.	Código o categoría: I.c. EVOLUCIÓN	58
6.9.	Código o categoría: II.a. OBJETIVO	59-60
6.10.	Código o categoría: II.b. INFORMACIÓN	61-62
6.11.	Código o categoría: II.c. TRATO PERSONALIZADO	62-63

6.12.	Código o categoría: III.a. MOTIVACIÓN	64-65
6.13.	Código o categoría: III.b. LIBERTAD Y CONFIANZA	65-66
6.14.	Código o categoría: IV.a. PUNTUALIDAD	67-68
6.15.	Código o categoría: IV.b. LUGAR	68-69
6.16.	Código o categoría: IV.c. DURACIÓN	70-71

NÚMERO	FIGURA	PÁGINA
4.1.	Esquema de los elementos de la comunicación. Rungapadiachy	27
6.1.	Representación del network de la Relación fisioterapeuta-paciente. ATLAS.ti 7	52

NÚMERO	GRÁFICO	PÁGINA
6.1.	Muestra estudiada. Distribuida por grupos etarios y sexo. Abril 2014.	49
6.2.	Muestra estudiada. Distribuida por grupos etarios y fisioterapeuta tratante. Abril 2014.	50

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Dña: Doña.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SERMAS: Servicio Madrileño de Salud.

NEO-FFI: Neuroticism, Extraversion, Openness Five-Factor Inventory.

A.I: Adulto Intermedio.

A.T: Adulto Temprano.

A: Anciano.

Nº: Número.

F1: Fisioterapeuta 1.

F2: Fisioterapeuta 2.

F3: Fisioterapeuta 3.

1.INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de los últimos años se ha intentado gestionar y practicar un mejor abordaje en la atención sanitaria. Siendo la relación que establece el sanitario con su paciente el fundamento del éxito terapéutico. Se han descrito muchos factores, y entre ellos los psicosociales, que afectan dicha relación, en la sociedad occidental. La gestión del tiempo constituye uno de los de mayor importancia al influir en la destreza diagnóstica y en el retraso de la elaboración de informes y uso apropiado de la información aportada por el paciente. Otro factor descrito es la dificultad en la comunicación, que se pretenden mejorar para que el acto y la relación terapéutica sea más efectiva y eficaz, lo que incide en la adherencia al tratamiento, y en la prevención y promoción de la salud (1,2).

Por ello se ha logrado, que desde el punto de vista de diferentes disciplinas, se analice y se defina el concepto de comunicación. Todas ellas reconocen que es un proceso interactivo, en el cual, es difícil especificar dónde se ha iniciado y finalizado la cadena comunicativa. En el presente, el estudio de la comunicación presenta cuantiosas prácticas, aplicaciones y modelos, manteniendo el carácter multidisciplinar, debido a lo anteriormente explicado (1,2).

Cibanal (2010) refiere que *“Cada uno construimos nuestra propia realidad, realidad que es distinta para cada uno, y en función de cómo construimos y captamos la realidad así la comunicamos”* (1). Por lo que las palabras tendrán distintas y particulares maneras de interpretación según el receptor que reciba el mensaje, siendo conveniente una clarificación y convenio previo entre el transmisor y el receptor, ya sea una comunicación verbal o no verbal (3).

Si bien es cierto que una adecuada comunicación es fundamental para el establecimiento de una adecuada relación terapéutica, datos estadísticos del estudio realizado por Escolar Reina P, Medina i Mirapeix F y González Pérez (1997) plantean que la falta de comunicación constituye un 34% del total de los problemas señalados por los usuarios de Fisioterapia para no cumplir con la terapia indicada.

También afirma que los fisioterapeutas contemplan sólo en el 12% de las sesiones, las expectativas de los pacientes, y sólo se interesan por los tratamientos aplicados o actuales en el 4% de los casos (2,4).

La falta de adherencia al tratamiento, según indican Orueta Sánchez R (2005), viene determinada por diversos factores; no sólo el paciente o el sanitario, sino, por la categoría de la enfermedad, la práctica clínica, por el escaso control del proceso o el aumento de los costes tanto sanitarios como no sanitarios (fármacos, vendas, material de gimnasio...)(5). Algunos métodos empleados para controlar y mejorar la adherencia terapéutica, se pueden realizar mediante cuestionarios, tablas de control o entrevistas de seguimiento. Por lo tanto, si el paciente es más responsable de su situación y participa en la toma de decisiones, la adherencia al tratamiento aumentará y con ello la satisfacción del sanitario (6).

También, la manera de afrontar la entrevista clínica es una situación fundamental para ir adquiriendo confianza, satisfacción, empatía y el inicio de la configuración de la alianza terapéutica (2,3,6). El saludo inicial es muy importante tanto para el paciente como para el sanitario, a partir del cual se describen los fenómenos como la transferencia y la contratransferencia, que serán descritos con mayor detalle, posteriormente.

La situación cultural, social y ambiental del enfermo, influyen en la manera en como el enfermo asimila e interpreta su estado de salud. También determinan la edad, ya que cada etapa de la vida, es determinada por diferentes rasgos dominantes y de valoración de los Acontecimientos Vitales.

En conclusión, en el ámbito de la sanidad hay que tener presente que no se intervienen objetos que tienen un precio, ni con alimentos con una fecha de caducidad, sino con personas que tienen su vida encauzada, con sus circunstancias vitales, en cada caso diferente, determinadas por su carácter y personalidad. En donde una comunicación apropiada contribuye con el establecimiento de una relación fisioterapeuta–paciente más eficaz por la trascendencia que ésta tiene en la evolución y pronóstico de la patología tratada (1).

Finalmente, esta investigación pretende transmitir a los sanitarios el mensaje de que cada paciente tiene una patología propia, cuya evolución puede dar complicaciones y dejar secuelas que no se pueden tratar de manera general. En su tratamiento influye de manera fundamental la calidad de la relación entre el sanitario y el paciente, junto con las circunstancias particulares de cada uno de los agentes involucrados en este proceso.

2. JUSTIFICACIÓN

2. JUSTIFICACIÓN

La figura del fisioterapeuta no es conocida en España hasta el siglo XX, cuando la Guerra Civil, entre otras causas, ocasionó el aumento de enfermos con necesidad de rehabilitación. En esta época histórica no existía suficiente personal sanitario dotado de conocimientos teóricos y prácticos en dicha área. Los practicantes fueron los antecesores del fisioterapeuta actual, pasando antes por el término “ayudante” ya que en España no existía esta formación. Por ello, el título profesional ha evolucionado desde la figura del Practicante, al Asistente Técnico Sanitario, Diplomado de Fisioterapia, hasta llegar al Grado en Fisioterapia (7). Es probable que por su reciente consolidación profesional, la población tenga dificultad en el reconocimiento de esta carrera y sus funciones. De este paradigma surge el interés por desarrollar este estudio que intenta reflejar la experiencia de los pacientes a partir de la relación que han establecido con sus fisioterapeutas.

La consolidación de esta profesión en la Sociedad Española queda demostrada en las cifras publicadas el 27 de mayo de 2014, por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de los Profesionales Sanitarios Colegiados de los últimos seis años (8).

Tabla 2.1. Evolución de Profesionales Sanitarios Colegiados en España. Instituto Nacional de Estadística (8).

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Enfermeros	250.020	255.445	262.915	268.309	265.569	266.495
Con título de Matrona	7.217	7.354	7.580	7.713	7.930	8.297
Médicos	213.977	219.031	223.484	226.424	228.917	232.816
Farmacéuticos	62.507	63.377	64.203	64.977	65.471	66.657
Fisioterapeutas	31.229	33.288	35.630	37.480	38.630	39.936
Dentistas	25.697	26.725	27.826	29.070	31.261	32.429
Veterinarios	28.188	28.403	28.949	29.060	29.096	29.541
Ópticos-Optometristas	--	--	--	15.141	15.220	15.825
Psicólogos	--	--	--	--	7.131	12.404
Protésicos Dentales	--	--	--	--	6.185	6.255
Podólogos	5.114	5.263	5.540	5.814	6.050	6.197
Logopedas	--	--	--	--	--	6.197
Dietistas nutricionistas	--	--	--	--	--	2.010
Terapeutas ocupacionales	--	--	--	--	--	1.783
Químicos	--	--	--	--	--	424
Físicos	--	--	--	49	49	58

El número de fisioterapeutas colegiados en España aumentó de 31.229 en el año 2008 a 39.936 en el año 2013, lo que supone un aumento del 27,88% (8).

En relación a la tasa de profesionales sanitarios, en 2013 había colegiados 86 fisioterapeutas por cada 100.000 habitantes. La figura del fisioterapeuta colegiado alcanza un cuarto lugar, como muestra la Tabla 2.1. (8).

Para finalizar con respecto a los datos por Comunidades Autónomas, las que mayores tasas de fisioterapeutas colegiados reportaron, fueron la Comunidad de Madrid con 123,8 por cada 100.000 habitantes y Cataluña con 111,5 (8).

Otro factor considerado en esta investigación es la de los pacientes. La siguiente tabla refleja una aproximación de los ciudadanos con Tarjeta Sanitaria registrados en 2012 adscrita al Área de influencia del hospital de referencia utilizado en este estudio. Es la Dirección Asistencial Este de la Comunidad de Madrid.

Tabla 2.2. Localidades y grupos etarios con Tarjeta Sanitaria de la Dirección Asistencial Este. Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud (9).

DISTRITO ASISTENCIAL ESTE	De 0 a 2 años	De 3 a 6 años	De 7 a 14 años	De 14 a 64 años	Mayores de 65 años	TOTAL
Alcalá de Henares	7.470	12.208	18.912	170.345	31.490	240.425
Ciudad Lineal	5.046	7.569	12.626	133.424	42.076	200.741
Hortaleza	9.456	12.221	16.621	151.658	35.913	225.869
San Blas	3.885	6.145	10.588	88.547	20.636	129.801
Torrejón de Ardoz	4.460	6.432	9.421	88.800	13.827	122.940
Total general	30.317	44.575	68.168	632.774	143.942	919.776

Los grupos etarios considerados en esta investigación son los comprendidos entre 14 y 64 años. La población del Distrito Este de Alcalá de Henares ha sido seleccionada para este estudio ya que presenta la mayor cantidad de individuos, en estos rangos de edad.

En 1981, la Asociación Española de Fisioterapia consiguió la titulación propia, la homologación e igualdad con los fisioterapeutas titulados de otros países (7,8). Esto ayudó a que los usuarios hayan ido aceptando y valorando este sector sanitario alcanzando una confianza y una comunicación admirable. Ahora bien, se plantean las siguientes preguntas: ¿Es suficiente esta validación académica? ¿Qué demandan los pacientes para alcanzar la máxima calidad asistencial? ¿Existe alguna variación en la apreciación de la atención, según la edad del paciente?

En este estudio se pretende analizar la relación fisioterapeuta-paciente, interrogando directamente a los afectados, los pacientes, para poder comprender qué

expectativas tienen, que valoran y que precisan. Para ello se realiza este estudio de las distintas etapas de la vida. Los pacientes son el objeto de saber, para mantener una relación apropiada que redunde en un tratamiento óptimo y mejor pronóstico de su dolencia.

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

- ✚ Estudiar aspectos de la relación fisioterapeuta-paciente en la muestra seleccionada.

3.2. Objetivos específicos

- ✚ Distribuir la muestra seleccionada, según su grupo etario.
- ✚ Considerar los factores Socio–Demográficos de los pacientes estudiados.
- ✚ Estudiar los rasgos de personalidad de los pacientes estudiados y su potencial influencia en la relación con sus fisioterapeutas.
- ✚ Conocer los criterios para considerar una relación fisioterapeuta–paciente apropiada, de acuerdo a su pertenencia a cada uno de los grupos etarios.

4. MARCO TEÓRICO

4. MARCO TEÓRICO

4.1. El sanitario

Emanuel EJ y Emanuel LL (1999) estudiaron situaciones comunes en áreas sanitarias como enfermería, terapia ocupacional, medicina y fisioterapia sobre cuándo y cómo se deben tomar las decisiones en la actuación sanitaria. Para ello definieron tres modelos (10):

El **modelo paternalista**: el sanitario tiene toda la autoridad sobre el paciente haciendo de tutor. Él conoce toda la información necesaria sobre el paciente y elige lo que asegure su salud y bienestar.

El **modelo informativo**: el sanitario comunica al paciente toda la información relevante al paciente sobre su enfermedad y posibles diagnósticos, para que sea éste el que elija el tratamiento de manera autónoma.

El **modelo interpretativo**: el sanitario aconseja e informa al paciente sobre la naturaleza de la enfermedad, junto con las ventajas y desventajas de cada tratamiento posible. El paciente debe aclarar con el sanitario las dudas que pueda tener, comprendiendo cada proceso del tratamiento.

El **modelo deliberativo**: el sanitario actúa como amigo o maestro y junto con el paciente deben consensuar las necesidades y lo mejor sobre el tratamiento.

El modelo más completo tanto desde una perspectiva cualitativa como cuantitativa, es el modelo deliberativo, que presenta estas 6 particularidades:

1. El paciente, a través de la información que le da el sanitario, es más autónomo.
2. El sanitario es más cercano e incorpora la información más relevante dando recomendaciones, a través del diálogo.
3. El sanitario no quiere imponer su voluntad al paciente

4. La actitud y método del sanitario influye en la elección del paciente.
5. Tiene en cuenta la prevención y promoción de la salud.
6. Valora al sanitario que no impone sus normas, sino que emplea su tiempo en dialogar con el paciente.

Martínez Rodríguez et al (2002), señalan que el modelo paternalista y autoritario podría utilizarse con personas poco participativas, de menor nivel cultural o en procesos de gravedad. También considera como una mejor forma de actuación en la actualidad, un modelo de libertad en el que las decisiones se toman en conjunto, haciendo al paciente más notable (2).

4.1.1. Características del sanitario

Algunas de las características indispensables que debe demostrar un sanitario son la humildad y la vocación. La actitud que debe mantener al intervenir en un problema de salud, es centrada en éste sin desviarse a otras situaciones específicas de las dos partes (sanitario y paciente). Además debe mantener una actitud comprensiva y de ayuda, ya que si un paciente experimenta rechazo hacia el sanitario, y esta sensación es recíproca, no se establecerá una relación apropiada, por lo que los resultados de la intervención no serán óptimos (11).

Tampoco resulta apropiado, tratar al paciente como a un objeto, ni hacer referencia a él con a un número o un diagnóstico, sino por su nombre. Conviene que la imagen del sanitario sea estable y neutra socialmente (11-13).

El profesional sanitario debe seguir unas normas y valores éticos, adquiridos durante la carrera en la que se trate a cada paciente de manera individual y teniendo en cuenta las expectativas y objetivos del mismo (14).

Cuando se termina la jornada laboral, el profesional, debe desconectarse de los problemas de cada paciente para no perder el interés y abordarlos de nuevo con el máximo rendimiento posible. También debe encontrar el momento oportuno, según

las características de cada paciente, para comunicarle las malas noticias. Si es el caso, se debe mantener una escucha activa para que el paciente libere su angustia, sin interrumpir, ni cambiar de tema, para impedir que se sienta incomprendido y desatendido. Esta actitud, va a facilitar la conexión con el paciente. Las preguntas comprometidas hay que hacerlas con delicadeza y el sanitario debe mantener una actitud de escucha, y aunque le sorprenda lo que el paciente relata, no debe juzgar ni hacer juicios de valor, debiendo actuar de manera asertiva mostrando un clima de confianza. Es una obligación moral no divulgar información a no ser que el paciente lo autorice (12,14).

La participación activa del profesional en el establecimiento de una relación eficaz con su paciente, determinará su **cumplimiento o adherencia terapéutica**, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se corresponde con la magnitud con la que el paciente sigue las instrucciones sanitarias (15). El cumplimiento de las prescripciones, favorecerá al aumento de la efectividad de los tratamientos, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones: promover la relación sanitario-paciente, informar al paciente sobre su enfermedad y tratamiento, haciéndole partícipe del plan terapéutico simplificándolo para un entendimiento sencillo, dándole información escrita como método recordatorio, tener en cuenta a las personas más cercanas, marcar objetivos cercanos, motivar y estimular al paciente y gestionar las tareas encomendadas (5,16,17).

Es fundamental, que el profesional pregunte sobre si se ha llevado a cabo las consideraciones pautadas previamente, siendo natural, para que el paciente responda con sinceridad y confianza, ya que de no darse estas condiciones se podría perjudicar el proceso del tratamiento. Según Xavier Clèries (2006), el 50% de los pacientes no cumple, en algún momento, las pautas terapéuticas prescritas por el sanitario, en cambio, el paciente retiene un 30% más de información, si se le pide que repita con sus palabras lo que le ha informado el propio facultativo (12,13,18).

En este sentido, y de acuerdo a Albert Mehrabian (1967) en el cumplimiento terapéutico y en el establecimiento de una interrelación eficaz interviene la comunicación apropiada. Este autor resalta que la recepción de un mensaje se

corresponde en un 55% a los signos y gestos, un 38% al tono de la voz y tan sólo un 7% al componente verbal. De acuerdo con esto, en una conversación cara a cara, la comunicación no verbal tiene un impacto mucho mayor que la comunicación verbal. Por otra parte, el profesional sanitario puede estudiar y poner en práctica el aspecto personal, distribución de la consulta, lo que dice, lo que hace, etc. En el paciente se puede observar mediante el saludo, el contacto visual, la expresión facial y la postura adquirida durante la entrevista. Una práctica dirigida a mejorar la actuación profesional, es observando videos de entrevistas sanitarias sin volumen, con la finalidad de analizar la comunicación no verbal (13).

4.2. El paciente

Manuel Díaz-Rubio García (2012) define a los **pacientes** como *“aquella persona que tiene paciencia y que recibe o va a recibir atención sanitaria, ya sea por padecer una enfermedad o con fines preventivos”* (19).

Constantemente se enfrentan a miedos e inseguridades debido a experiencias previas ingratas o nuevos retos y pensamientos. La conducta y comportamiento del paciente puede variar respecto cual sea su enfermedad y como la esté viviendo, alterando su personalidad y la de quien le rodea. Por eso es necesario sobrellevar la situación desde el contexto del propio paciente (20).

Se ha estudiado la influencia de la cultura y la religión en la enfermedad. En esta perspectiva, Jeammet P, Reynaud M, Consali SM (1999) dividen en dos corrientes esta propuesta: una concepción ontológica en la que el paciente puede creer que lo que le ha pasado es por haber pecado, siendo esto un castigo autónomo; y una reacción ante perturbaciones, por lo que el cuerpo pierde el equilibrio debido a alteraciones del organismo. Estas dos corrientes son complementarias. En la primera, el propio paciente debe de combatir la batalla y en la segunda corriente, intervienen factores externos (ambiente, entorno...) que pueden influir en la enfermedad y su experiencia (20).

Esto es lo que Mechanic (1962) referido por Clèries X (2006) estableció como el concepto de *conducta de enfermedad*, a la percepción individual de ésta, influida por factores sociales y personales como síntomas que obstaculicen la vida diaria, conocimiento e intensidad de los síntomas, grado de tolerancia y conocimiento de la enfermedad (13).

Valverde C (2007) describe que son muchos los estudios que los pacientes destacan como cualidades más efectivas que perciben de un profesional sanitario, la humanidad, el interés y la buena comunicación. En algún momento, cuando se está enfermo se tiene la necesidad de ser escuchado, sin pasar por alto sus preocupaciones, que se les trate como personas y no como un número de expediente, que se involucre y se explique la situación hospitalaria, respetando su privacidad. También el comprender como vive la dolencia o la operación, puede ayudar al sanitario en la manera de intervenir (verbal o no verbal) (21).

También es conveniente interpretar y valorar la perspectiva desde distintos grupos etarios. Por ejemplo, el estudio de Marco JC, Menéndez S, Moreno M (2000), planteó una serie de preguntas para valorar el trato hacia los ancianos en la rehabilitación y sus respuestas al comunicarles el pronóstico y evolución de su enfermedad y la explicación del tratamiento. Así como la disposición en la sala de rehabilitación, de manera individual o con pacientes de distintas edades. De esta manera, comprobó la importancia de facilitar información sobre la salud, aumentando y afianzando la relación y el vínculo entre el profesional y el paciente, consiguiendo una mejoría terapéutica y personal, aumentando la motivación hacia la recuperación funcional y social del propio paciente, ya que el sentimiento de tristeza durante un periodo de rehabilitación no ayuda a una buena y correcta evolución (22).

4.2.1. Ciclo Vital del Ser Humano

A principios del siglo XX el desarrollo de la psiquiatría dinámica y de los procesos que intervienen en el desarrollo de la personalidad, han dado como resultado, el estudio sistemático del ciclo vital del ser humano, desde el nacimiento hasta la

muerte. Freud (1915) y muchos seguidores han reelaborado las distintas etapas del desarrollo psicoevolutivo humano, siendo muy útiles para predecir las dificultades y las influencias que se han planteado en el transcurso del desarrollo humano (23).

Las ideas fundamentales fueron que las etapas eran secuencias visiblemente definidas, sin variaciones, ya que el orden no se puede modificar. Otra de las ideas era la definición de las características de cada etapa, que si se alteran, provocaría alteraciones en el progreso, reflejando fallos en las áreas físicas, cognitivas, sociales o emocionales. Otra característica planteada, era el rasgo dominante de cada etapa, que ayudaba a distinguir la fase del momento.

Las diferencias más significativas entre los diversos modelos del ciclo vital humano consisten en los conceptos citados. Algunos parámetros empleados son, la madurez biológica, las capacidades psicológicas, las técnicas adaptativas, los mecanismos defensivos, los complejos de síntomas, las exigencias de rol, la conducta social o el estilo cognitivo. Tampoco existía un vocabulario estándar para redactar las principales fases del desarrollo, aunque se han estado utilizando gran variedad indistintamente como etapa, estadio, período, era, época o etapa vital. Sin embargo, estos términos son conceptualmente adecuados y pueden ser utilizados de forma intercambiable.

La siguiente clasificación representa las etapas citadas más habitualmente, reflejando las contribuciones de cada uno de los principales modelos y estudios de Levinson (1984), Vaillant y Erikson (1968): *lactancia, período de comienzo de la marcha, período preescolar, período juvenil, preadolescencia, adolescencia, joven edad adulta, edad adulta intermedia y edad adulta tardía* (23).

Para esta investigación se han tenido en cuenta los tres últimos periodos: *joven edad adulta, adulta intermedia y edad adulta tardía*.

Joven edad adulta: comprenden los años de finalización de la adolescencia (18 – 20 años) hasta pasados los 40 años, el individuo comienza a adquirir responsabilidades y tiene que tomar decisiones para labrar su futuro, no siempre

siendo de su agrado. Para Vaillant y Erikson (1968), en esta etapa los conflictos circulan entre la intimidad y la soledad (23).

Edad adulta intermedia: se sitúan entre los 30 a 65 años, siendo los 50 años en los que el individuo se encuentra en “el punto cumbre”, entre la juventud y la vejez. Es el momento de revisar los sucesos acontecidos, de éxito y fracaso, reconociendo las limitaciones para reelaborar las nuevas aspiraciones de para alcanzar el triunfo, ya que se consolidan las responsabilidades y el desarrollo personal. Las mujeres alcanzan antes estas características que los hombres (23).

Edad adulta tardía: es población mayor de 65 años. Son aquellas personas que les aparecen nuevas preguntas, muchas de ellas relacionadas con los cambios físicos. Tienen que adaptarse a la pérdida de un ser querido y del trabajo (jubilación), así como adaptarse a envejecer y la aproximación de la muerte, reflejado en su propio cuerpo. Según describió Neugarten (1968), se produce la situación de autoridad ante la familia, las reconciliaciones con personas importantes y con los propios logros y fracasos; la resolución de la aflicción por la muerte de los demás y la de un sentido de integridad en términos de lo que uno ha sido más que de lo que uno es y de cómo va a marcar cuando se muera (23).

Aunque se solapan las etapas entre unos 4 o 5 años, en esta investigación se ha querido delimitar los procesos etarios en Adultos Tempranos (A.T), con edades comprendidas entre 20 y 40 años, Adultos Intermedios (A.I), entre 41 y 65 años y Ancianos (A) de 66 a 80 años.

Considerando lo antes dicho, la relación establecida entre el fisioterapeuta y su paciente, se encontrará matizada por el funcionamiento individual de cada individuo, que según se ha estudiado, dependerá de la etapa del ciclo vital en la que éste se encuentre.

4.2.2. Reacciones del enfermo ante su enfermedad

Según la OMS, en 1946, refiere el concepto de **salud**, *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (15). A su vez, la definición de la Real Academia Nacional de Medicina, por Manuel Díaz-Rubio García (2012) es *“el estado de bienestar físico, psíquico y social que permite el desarrollo del propio proyecto vital concebido de forma realista. No debe considerarse tan solo como la ausencia de enfermedad”* (24).

También, Manuel Díaz-Rubio García (2012), definió como **enfermedad**, *“al conjunto de alteraciones, síntomas y signos que se organizan de acuerdo con un esquema temporal y funcional concreto, que obedece a una causa concreta y que se manifiesta de modo similar en sujetos diferentes, lo que permite clasificar e identificar las distintas enfermedades”* (25). Según la OMS, *“es la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”* (15).

Jeammet P (1999) hace referencia a los conceptos de salud y enfermedad, planteando que no solo hay que considerar la salud a posteriori por la aparición de malestar, sino que hay que prevenirla reduciendo la posibilidad de enfermar, ya que cada vez hay mayor dificultad en cómo delimitar lo normal y lo patológico, englobando a la persona en un todo, dentro de su medio ambiente. La enfermedad, se puede experimentar como una insuficiencia, deterioro o carencia determinando dependencia ante quienes pueden ayudar a asistir esa debilidad, como es la red social y familiar que rodea al paciente físico y moralmente (20).

Ya que cada persona vivencia su enfermedad de modo subjetivo, respecto a la manera de afrontarla e interpretarla, a continuación, se describen algunas de las posibles situaciones que ocurren cotidianamente:

Adaptación: comportamiento por parte del paciente equilibrado controlando la parte depresiva para sobrellevar la enfermedad (20).

Negativa a la enfermedad: el paciente no está de acuerdo en seguir las pautas del tratamiento. El sanitario tiene que afianzar mucho la relación. Son los estadios terminales en los que puede ocurrir esta situación (20).

Persecución: pacientes que han sido operados reiteradas veces ya que, o ha habido una infección o algún problema, sienten que los culpables son los demás por lo que no creen ni confían en el tratamiento (20).

Aislamiento: el propio paciente investiga y se informa sobre su enfermedad concienciándose. De esta manera se reprimen los sentimientos y emociones que pueden ser nocivos a la larga (20).

Otra versión es la de Xavier Clèries (2006), sobre los estilos de afrontamiento de la enfermedad según cómo actúa el paciente, se clasifica en introvertido, inhibido, cooperativo, sociable, confiado, enérgico, respetuoso y sensible (13).

Sea cual sea la reacción del enfermo, los sanitarios deben de ser capaces de hacerles sentir que son el centro de atención, para poder comunicar sus necesidades y vivencias sin miedo ni perjuicio, recibiendo un trato como persona y no como enfermedad, teniéndoles en cuenta y respetando su privacidad. Si el sanitario no abusa del lenguaje técnico puede ayudar a que entiendan y expresen de manera más clara la información recibida (13,14).

Por otra parte, la motivación va a influir según las necesidades del paciente. La evolución va a depender de las conductas favorables o desfavorables tratándose como un avance o retroceso. La actitud puede ser modificable, ya que es una predisposición que interviene en una realidad psicosocial. Los componentes cognitivos, afectivos y conductuales elaboran las características correspondientes a cada individuo.

En este sentido, Clèries X (2006) refiere que se puede determinar la capacidad de ejecutar una conducta, con la siguiente fórmula: **HACER= Saber x Poder x Querer**. Si se anula uno de los factores, el resultado final no será **HACER**. La posesión de información y de saber hacerlo con voluntad es lo que permitirá alcanzar la conducta deseada. Las actitudes se pueden divisar tanto en los pacientes como en el personal sanitario (13).

Girón M, Beviá B, Medina E, Simón Talero M (2002) mencionan la visión actual de los pacientes, comparando la relación con los antiguos médicos de ambulatorio. Según esta investigación, los pacientes desean que el médico sea eficiente y eficaz en su diagnóstico, pero saben que el tiempo que tienen es limitado. Los aspectos que valoran positivamente son la motivación, el interés y la calidad humana, que realicen un seguimiento como si se tratase de algo personal y familiar, mostrando empatía, confianza y una relación y trato personalizado. También valoran que les escuchen, miren a los ojos y les pidan opinión. Los aspectos negativos son que no les miren, que ante un problema, aporten escasa información y deriven al especialista, que muestren prisa y atiendan con rapidez (26).

4.3. Relación sanitario-paciente

El concepto que plasman los diccionarios médicos de **relación** es el siguiente: *“la conexión entre dos o más personas”* **La relación sanitario-paciente** se refiere *“al proceso de interacción del sanitario con el paciente a lo largo del tiempo”* (27).

Desde un punto de vista científico y ético, el sanitario está obligado a atender, desde el saludo inicial hasta el alta del paciente, de la mejor manera posible ya que es responsable de su enfermedad. Desde la primera entrevista se puede establecer una alianza terapéutica basada en la confianza que va a influir en buena medida en el tratamiento (18).

Para que se produzca esa interacción, el comportamiento del sanitario y del paciente debe presentar determinadas características para que ésta se efectúe en las

mejores condiciones posibles. Un *paciente* que pide ayuda ante sus problemas sin provocar mayores dificultades y es capaz de colaborar en todo lo necesario es *vulnerable-responsable*. Un *profesional competente* espera que los demás le pidan ayuda o consejo respetando el tiempo necesario de asimilación, pactando los objetivos, mediante una escucha activa y empática, marca sus límites y disponibilidad, dice NO en el caso de no querer o no poder hacer algo y expresa qué comportamiento puede ser problemático y algunas maneras de modificarlo para no llegar al conflicto (13).

Vallejo-Nágera JA (1981) otorga importancia a la relación sanitario-paciente, definiéndola como una “relación armoniosa” que se basa en la confianza y empatía. Algunos autores la llaman *rapport*, otros explican que debe de ser interpersonal respetando la vida íntima, la libertad y dignidad del paciente (12,18).

Este autor también refiere que la mayoría de los sanitarios triunfadores deben su éxito a dos factores:

- a) Un buen nivel de conocimientos profesionales.
- b) La capacidad de establecer una relación personal sanitario-paciente satisfactoria.

Los dos factores deben de ir unidos, ya que ambos, son indispensables.

Jovells A (2002, 2003) realizó un estudio cualitativo, en diferentes localidades de España, con seis grupos de 8 o 9 pacientes. Concluyendo que los tiempos de espera eran muy largos y que si los médicos eran eventuales, no percibían el mismo interés que si había continuidad con el mismo médico de familia (11).

Para comprobar la calidad Y detectar los posibles fallos en el servicio sanitario, López Fernández (2000) realizó una encuesta de opinión con criterios como la atención y rapidez de la atención recibida, la información, comunicación, interés y cortesía ejercida por los profesionales de un servicio sanitario, así como la mejoría que habían experimentado los pacientes durante su tratamiento de rehabilitación. El parámetro peor valorado fue la calidad de información transmitida por parte de los sanitarios (28).

Autores como Herráiz Bermejo L (2011) y Orueta Sánchez R (2005) diferencian el trato de estos profesionales, según ejerzan en el ámbito privado o público, también las necesidades de los ancianos y las características particulares de pacientes crónicos (5,14).

4.3.1. La entrevista

La situación inicial de contacto entre el paciente y el profesional sanitario, se inicia con la entrevista. Las entrevistas poseen una secuencia:

- La base del encuentro. El paciente aporta una dolencia y el sanitario ofrece sus conocimientos.
- Los pacientes, ante todo son personas y tienen una personalidad previa establecida.
- Durante este encuentro se inicia un intercambio a nivel consciente e inconsciente, en donde queda enmarcada la transferencia y la contratransferencia.

Tanto para el paciente como para el sanitario el primer encuentro va a ser una incertidumbre. El sanitario no tiene que tener un esquema preestablecido, la primera preocupación tiene que ser: liberar de su angustia al enfermo, descargar su hostilidad, demostrarle que se le dedica la máxima atención como enfermo y que se le respeta como persona. Cortese (2004), manifiesta que el sanitario debe de tener conocimientos, habilidad, paciencia, no ir con prisas y tener en cuenta la parte psicológica del paciente (12,18).

El estudio de Martínez Rodríguez et al (2002), plantea que la base de una adecuada relación sanitario-paciente, parte de una buena entrevista, en donde destacan aspectos como el contexto o entorno, la escucha y la comprensión de lo que manifiesta el paciente, la estrategia u objetivo a alcanzar con el tratamiento y realizar un breve resumen de lo visto y lo que se va a realizar en un futuro (2). Una herramienta profesional elemental es un buen interrogatorio, siendo preciso por parte del sanitario: poseer conocimientos suficientes y habilidad para utilizar el

tiempo de tratamiento, y mostrar asertividad con perspectiva psicológica. Por parte del enfermo es necesario mostrar veracidad consigo mismo y con las circunstancias, y mantener confianza con el profesional (12,20).

Estos autores coinciden en señalar que para que exista una afinidad y conexión mutua, no solo durante la primera entrevista, si no, en el tratamiento diario, hay que captar, empatizar, implicar al paciente en el tratamiento para abordar actitudes terapéuticas y preventivas, también entender y valorar sus expectativas, porque el cuidado de la salud es una tarea bilateral que enriquece tanto al profesional sanitario como al paciente. Por eso ambas partes deben de ser comunicativas, confiadas, respetuosas y comprometidas.

Toda esta interacción es posible que se presente de manera verbal, simbólica o no verbal. Así el propio paciente puede adquirir herramientas para enfrentar con éxito situaciones agobiantes y reflexionar sobre su significado (1,2,14). Algunos autores señalan que la conexión sanitario-paciente se inicia en el saludo inicial (12,18,20).

La consulta y la sala de espera, deben de estar aisladas, con un ambiente y temperatura agradable (clima de confianza). Los primeros segundos son de observación mutua. Desde que el paciente entra en la consulta ya se está haciendo una valoración, los primeros minutos de entrevista son clave para los fenómenos de transferencia y contratransferencia. En la relación sanitario-paciente no puede fingirse el interés y la estima por el enfermo y sus problemas (11,12).

Es de gran utilidad leer los datos previos de su historia clínica, aunque conviene preguntar sobre el principal motivo de consulta (reflejar en la anamnesis y en la exploración), y no obligar al paciente a seguir un orden de exposición de los hechos. Hay que dejar que hable sin interrumpirle, no expresar juicios prematuros y hacer un resumen al paciente de lo que ha dicho, para que se sienta escuchado. Puede ser interesante limitar la entrevista comunicando previamente del tiempo que se dispone (2,12).

El profesional además, debe tener en cuenta lo que narra el paciente manteniendo una posición abierta y activa y estar atento al lenguaje no verbal. El final de la entrevista es importante para que, después en el contacto físico, no aparezcan temores o desconfianzas por dolor o vergüenza (2,12,18).

El interrogatorio debe efectuarse de manera neutra, para no condicionar la respuesta del paciente, y que sea él mismo quien se explique. Algunas técnicas para facilitar que expresen su afectación pueden ser: formular preguntas abiertas dando varias opciones para que pueda asimilarse a alguna de las respuestas a su dolencia. El silencio puede ayudar a estructurar las ideas del paciente, frases y gestos sencillos para que siga con la explicación sin interrumpir o para que aclaren conceptos que no han quedado claros y repetir las palabras clave para orientar sobre el contenido que se está tratando. Si se ha observado cierto cambio emocional o conductual que puede estar afectando al tratamiento es conveniente que se pregunte (2,11,12).

4.3.2. La comunicación

Aspectos tan variados como el estado de salud general, la percepción de la competencia profesional, el pronóstico de la enfermedad o la satisfacción y la adherencia al tratamiento están relacionados con las habilidades de comunicación del profesional sanitario (1,2). Mediante el pensamiento terapéutico, la empatía, la escucha receptiva y reflexiva se basan algunos de los elementos básicos en el establecimiento de una relación fisioterapeuta – paciente apropiada (21).

Otros autores incluyen el concepto de **comunicación interpersonal**, siendo entendida como la interacción entre individuos que actúan como agentes activos (afectando) y reactivos (afectados), constituyendo la base de la relación fisioterapeuta–paciente. También es un valor primordial para lograr una calidad asistencial óptima con satisfacción tanto del paciente como del sanitario donde se demuestra la capacidad, la destreza y la aptitud con un entendimiento recíproco y bilateral (1,14,29).

Es muy importante la adquisición de estas habilidades para que mediante la entrevista y la escucha activa, se obtenga una comunicación eficaz y así se reduzca el tiempo total de atención, ayudando a disminuir el tiempo y el retraso de espera de los demás pacientes (13,14, 31).

Existen cuantiosas definiciones que intentan explicar el proceso de comunicación, siendo difícil utilizar tan solo una. Lo que si se ha desglosado son dos modelos de pensamientos sobre la comunicación, útiles en el área sanitaria.

El modelo lineal o basado en las aptitudes, en el que el envío y la recepción de mensajes forman el proceso. Rungapadiachy en el año 1999, diseñó el siguiente esquema (1,29):

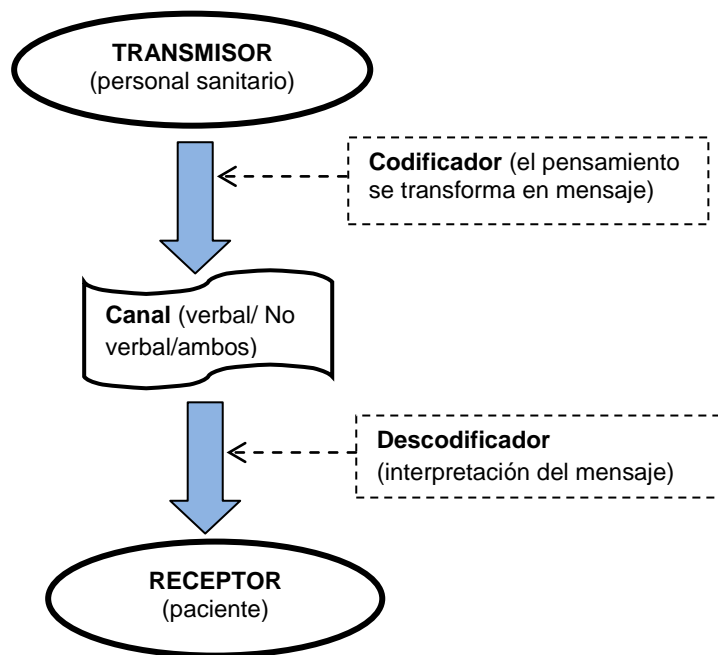


Figura 4.1. Esquema de los elementos de la comunicación. Rungapadiachy (29).

Alonso et al (2005) resaltan tres áreas que pueden dividir la comunicación humana. La sintáctica: los obstáculos de la transmisión como la codificación, canales, ruidos, capacidades y redundancia. La pragmática: la conducta de los participantes. La semántica: el propio significado que forma un signo. También contemplan el retorno del mensaje, feedback, que informa sobre la interpretación de la información (1).

Según Swain J (2006) en el ámbito sanitario, los factores que no se pueden obviar en el proceso de comunicación, son las interrelaciones, el intercambio y el contexto. El modelo social o dinámico, implica comunicación, desde una visión *trans-acción* organizada entre las personas, haciendo hincapié en la construcción del proceso comunicacional (19).

Existen dudas acerca de la base construida sobre los dos modelos anteriores, debido a que la comunicación es la elaboración de significados por los propios individuos, y no solo el proceso y envío de la información, ya que existen factores culturales, familiares y personales que convierten la realidad en subjetiva. En definitiva, hay que tener en cuenta la subjetividad del paciente, caracterizada por su percepción, interpretación y comprensión que elabora cada individuo. (1,19).

Swain J (2006) investigó acerca de cómo los fisioterapeutas se ven a sí mismos comunicándose y relacionándose con los pacientes. De esta manera también se pudieron enriquecer de conocimientos acerca de cómo transmitían la información a sus pacientes, en las distintas situaciones (29).

Otra aportación sobre la comunicación es la efectuada por Leonor Herráiz Bermejo (2011), quien refiere que si se trabajan los recursos de los sentidos también se puede establecer una óptima comunicación. Algunos de los sentidos como el del tacto pueden influir tanto en la cultura como en las creencias del paciente y dependiendo cómo se utilice, se puede percibir como una situación de cariño o de violencia. La comunicación verbal es conocida y utilizada continuamente, pero no lo son tanto la comunicación simbólica (personalidad) y la comunicación no verbal (percepción). También con la escucha se quiere captar y comprender la información tanto afectiva como conceptual (14).

Autores como Jeammet P, Reynaud M, Consoli SM (1999) refieren que para lograr una relación sanitario-paciente óptima, se establecen diferentes modelos de **comunicación**, a partir de la manera cómo envía el emisor, el mensaje al receptor:

- **El modelo de Laín Entralgo** hace referencia al ayudado-ayudador, en la que el paciente tiene una insuficiencia y el sanitario debe solventarla en un acto. Establece que hay diferentes momentos: *el momento cognoscitivo*, el diagnóstico, donde se conoce al sanitario; *el momento operativo*, acción terapéutica, desde el inicio hasta el saludo final mantener una actitud de empatía mediante una escucha activa; *el momento afectivo* en el que resalta tres formas de actuación, la amistad y complicidad médica, la transferencia y la contratransferencia que ya se ha explicado anteriormente (14,32).

- **El modelo de Hollender** resalta las actitudes que pueden ocurrir en el transcurso de la enfermedad por parte del sanitario y del paciente. En situaciones en donde el paciente se encuentra en coma, hay una *actividad-pasividad* (sanitario-paciente) que se asemeja a una madre y su recién nacido, *dirección-cooperación* (sanitario-paciente) en una afectación aguda que recuerda a la de un adulto y un niño, en afectaciones crónicas lo relacionan con adulto-adulto ya que la *participación es mutua y recíproca* (sanitario-paciente) (18,20).

- **El modelo de Von Gehsattel** analiza la distancia entre dos individuos (proxemia) según la relación interpersonal, durante la situación de consulta médica. Se divide en tres fases, el primer momento de contacto da nombre a la *fase de llamada* la relación todavía es anónima, médico (experto) y paciente (sufrimiento), la segunda, *fase de objetivación*, el médico se centra en el diagnóstico, dejando a un lado las relaciones interpersonales. Por último, la *fase de personalización*, se establece el vínculo de relación médico-paciente porque se ha consolidado el plan terapéutico y se trata específicamente de “su” enfermo (18).

García Sánchez (2006) analizó mediante un estudio cualitativo el desarrollo de una sesión de tratamiento teniendo en cuenta la comunicación verbal y no verbal, y la situación ambiental experimentada en dos entornos: tratamiento a domicilio y privado. Concluyendo que la comunicación verbal tiene las mismas características en los dos entornos, aunque los diálogos varían ya que en el primer entorno solo está el fisioterapeuta con el paciente y en el segundo hay más pacientes. La comunicación corporal era similar, aunque se observaba un contacto más cercano

en el domicilio ya que no hay interrupciones. La situación ambiental es diferente ya que en el tratamiento privado está condicionado y adaptado para cualquier paciente, en cambio en la vivienda del propio paciente, hay que adaptarse al lugar. Esto influye en el comportamiento, tanto del fisioterapeuta como del paciente, siendo más vulnerable en el lugar desconocido para ellos (30).

En conclusión, la comunicación como base de la relación terapéutica determina el malestar o la satisfacción del paciente. Gracias a un sanitario empático y asertivo se puede aumentar la eficacia terapéutica, no olvidando que el paciente tiene que desear la ayuda prestada (13).

4.3.3. Factores que intervienen en la relación sanitario-paciente: Empatía, Transferencia y Contratransferencia.

Los fenómenos de la **empatía, transferencia y contratransferencia**, son aspectos clave en la relación sanitario-paciente. En general, se considera que una buena relación o “interrelación” entre el fisioterapeuta y su paciente, colabora con una buena evolución de su patología y resultados más favorables de su tratamiento. (10,12,18,20).

Todas las premisas que se han identificado anteriormente confluyen en la importancia de la **empatía**, siendo éste un aspecto esencial ya que adquiere un compromiso por parte del profesional y la participación activa y de autorresponsabilidad del paciente y sus personas más cercanas. La empatía experimentada por el profesional se caracteriza por la conciencia de las emociones, necesidades e inquietudes del paciente, en la que interviene la habilidad práctica de la inteligencia emocional (5). Se piensa que demostrar empatía es innato, una forma de ser, sin embargo, al ser una actitud que se trasmite con los gestos y la palabra del sanitario, propicia mejores resultados en el logro de una adecuada comunicación terapéutica, por lo que puede ser enseñada y aprendida utilizándose como una herramienta comunicativa de gran valor (21).

Una de las funciones de la empatía es crear un ambiente seguro, en donde el paciente puede transmitir y compartir sus emociones sintiendo aceptación y alivio, ya que nadie le va a juzgar (2,11,14,21). Según Noreña Peña AL et al (2010) y Martínez Rodríguez A et al (2002), los fisioterapeutas son empáticos, pero no favorecen a la participación activa (1,2).

Platt (1992) referido por Clèries X (2006) plantea algunos caminos orientados a la práctica de una empatía efectiva (13):

- Diferenciar las emociones intensas de los pacientes en cada situación.
- Ponerse en el lugar del paciente y valorar el esfuerzo para afrontar el problema.
- Comunicar al paciente la percepción de sus sentimientos apoyando y colaborando conjuntamente.

Shuman et al (1997), explica que en la práctica sanitaria pueden aparecer distintas situaciones empáticas que ayudan a ubicar y reconocer o no la emoción como la *oportunidad* (por parte del paciente) o *respuesta* (por parte del sanitario) *empática* y la *oportunidad empática abortada, perdida o potencial*. En la entrevista pueden aparecer preguntas, clarificaciones y respuestas haciendo hincapié en la expresión de los sentimientos y que ayudan a intervenir en el problema, por parte del paciente y del sanitario. Pero no hay que olvidar que no es un proceso automático, en la que valen frases hechas, sino que debe privar la espontaneidad, sinceridad y honestidad hacia la otra persona (13).

Valverde C (2007), planteó algunos de los beneficios de la empatía tanto por parte del paciente, como del sanitario.

Tabla 4.1. Beneficios que demuestran empatía por parte del paciente y del profesional. Valverde C (21).

PARA EL PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Se siente más cómodo. - Se siente comprendido. - Nota que puede expresar sus emociones y puede ayudar. - Le ayuda a confiar. - Se siente menos solo con su situación. - Aumenta su autoestima. - Le ayuda a entenderse mejor. - Se siente más aceptado.
PARA EL PROFESIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Refuerza su identidad dentro de la comunicación terapéutica. - Le ayuda a comprender mejor al paciente. - Aumenta la sensación de ser “humano”. - Crea más satisfacción con la manera de trabajar. - Ayuda a centrarse en el paciente. - Reduce la posible tensión en la relación con el paciente.

No hay que actuar de manera mecánica en la interacción con el paciente, ya que existe relación entre los niveles que estudió el modelo de Laín Entralgo (1983): cognitivo (pensamiento), afectivo (sentimiento) y conductual (actuación). Esto puede provocar el efecto contrario al esperado, obteniendo resultados negativos. Por ejemplo, si se utiliza la frase “me pongo en su lugar”, pero en el fondo cree que miente o exagera (nivel cognitivo) y no tiene buena opinión sobre él (nivel afectivo), el resultado no será el deseado. El sanitario mostrará algunos sentimientos como la compasión, simpatía y antipatía que pueden confundirse con la empatía, que es lo que inicialmente quería reflejar (13,32).

Debido a la ambigüedad de su significado y la escasez de instrumentos de medición validados, la investigación de la empatía médica es un desafío. La Asociación Estadounidense de Escuelas de Medicina y el Colegio Estadounidense de Medicina Interna planifican incluir en su formación contenidos como la empatía para conseguir aumentar la calidad asistencial y considerar la relación médico-paciente (33).

Las personas funcionan de manera consciente e inconsciente en cualquier ámbito de la vida, no siendo menos en el momento de la consulta. Los elementos conscientes derivan de una situación real por lo que tienen lógica. Los elementos inconscientes, a veces son irracionales, y se corresponden con la actualización de experiencias de la infancia y recuerdos de situaciones anteriores de confianza, cariño, miedo, etc. Este fenómeno se conoce por el nombre de **transferencia**, cada paciente tiene una serie de imágenes y representaciones mentales predeterminadas, a través de las cuales espera de los interlocutores una respuesta específica. Se designa el término transferencia a la concesión afectiva del paciente hacia el sanitario. Dentro del campo de la relación sanitario-paciente, éste fenómeno es de máxima importancia (32).

Autores como Laín Entralgo (1983) y P. Jeammet et al (1999) refieren que existe una *transferencia positiva*, por parte del paciente, cuando el sanitario proyecta en el enfermo lo que imaginaba, surgiendo sentimientos de simpatía o de confianza que ayudarán al tratamiento. En casos extremos, el vínculo del paciente hacia el sanitario es muy intenso, actuando en la mejoría de los síntomas de manera inminente, sin haber dado tiempo a los efectos del tratamiento; y una *transferencia negativa*, cuando el paciente actualiza en el sanitario imágenes consideradas como negativas, lo que produce desconfianza o antipatía hacia éste, afectando al tratamiento, enlenteciéndolo o haciéndolo nulo (12,18,20,32).

A diferencia, la **contratransferencia** es descrita como sentimientos inconscientes de simpatía, admiración, necesidad afectiva o emociones negativas, del sanitario hacia el enfermo en relación o no con su propia vivencia infantil. De esta manera este fenómeno se enfrenta al de transferencia. La actitud del sanitario, aunque debería de ser imparcial, está repleta de impresiones particulares que parten del paciente, por

ejemplo, en acciones como el primer contacto, el comportamiento, la edad, el sexo y la estatus social (12,18,20).

Una mezcla de la imagen interiorizada del enfermo ideal, más la que ofrece el propio paciente van a incidir de manera *positiva* o *negativa*, en el fisioterapeuta (32).

Por consiguiente, el proceso de rehabilitación está unido a los aspectos psicosociológicos. Pérez y Romero (1994) relataron la siguiente hipótesis: *“los médicos y el personal sanitario pueden mostrar reacciones afectivas contratransferenciales negativas hacia los ancianos que son principalmente de tres tipos: sobreprotección, evitación y desprecio, por lo que deberán ser conscientes de ellas para evitarlas y tratar psicológicamente a los ancianos de manera adecuada”* (22).

La asertividad es una herramienta que forma parte de la profesionalidad del fisioterapeuta. Para Clèries X. (2006), consiste en demostrar una habilidad de control de las emociones y respetar las opiniones de los demás con respeto, la aceptación de uno mismo y la de los demás (13).

Para concluir, resulta de interés la propuesta de investigación efectuada por Leonor Herráiz Bermejo (2011), con personal de enfermería, sobre cómo perciben los pacientes hospitalizados la comunicación terapéutica a través de los sentidos y qué importancia le dan a éstos. Con este fin se propone evaluar la calidad de la atención y relación, percibida por los pacientes en el medio hospitalario, mediante las opciones, de carácter humanístico: amabilidad, comprensión, disposición a las posibles necesidades. Así como seguridad, confianza, trato personalizado, interés y compromiso personal de enfermería y medicina e información a los familiares. A nivel de estructuración se consideraría: el tiempo de espera, comodidades de las habitaciones, información, señalización intra/extrahospitalaria, preparación del personal, puntualidad de las consultas y rapidez de respuesta (14).

Todas estas categorías o códigos anteriormente nombrados pueden ser orientativos para plantear las variables relativas a la relación fisioterapeuta-paciente que se quiere llevar a cabo en esta investigación.

5. MARCO METODOLÓGICO

5. MARCO METODOLÓGICO

5.1. Tipo de estudio

Esta investigación se efectuó mediante el método cualitativo fenomenológico, desde un paradigma interpretativo, específicamente Entrevistas en Profundidad, ya que se ha estudiado al ser humano desde su cotidianidad, intentando comprender sus sentimientos y actitudes, en la relación que mantienen con su fisioterapeuta, desde la primera toma de contacto, pasando por su intervención y diversas situaciones compartidas (34,35).

5.2. Muestra

La muestra se encontró constituida por pacientes que fueron intervenidos en la consulta de Fisioterapia de un Centro Hospitalario Público de Atención Especializada del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), localizado en Alcalá de Henares (Madrid).

Se pautaron una serie de condiciones para seleccionar la muestra:

Factores de inclusión:

- Pacientes que han requerido una intervención fisioterapéutica musculoesquelética.
- Pacientes que estén recibiendo o hayan recibido más de 5 sesiones de Fisioterapia.
- Pacientes que estén recibiendo tratamiento fisioterapéutico en el hospital participante con alguno de los tres fisioterapeutas que participan en la investigación.
- Pacientes de edades comprendidas entre 20 a 80 años.

Factores de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico neurológico, respiratorio o cardiovascular.
- Pacientes en estados crónicos, encamados o ingresados.
- Pacientes con limitación de la capacidad cognitiva.
- Pacientes pertenecientes a otras consultas u hospitales públicos o privados que no participen en la investigación.
- Pacientes que no estén recibiendo tratamiento con los tres fisioterapeutas elegidos.
- Pacientes menores de 20 años o mayores de 80 años.

El tipo de muestreo fue dirigido, no probabilístico, ya que los participantes fueron previamente elegidos de acuerdo con el Supervisor de Rehabilitación del hospital, según los criterios desglosados anteriormente. La Muestra inicial seleccionada fue de 15 participantes, hasta alcanzar un máximo de 5 pacientes de cada perfil etario.

Los pacientes participantes, fueron clasificados de acuerdo a su edad en tres categorías:

- Adultos Tempranos: entre 20 y 40 años de edad.
- Adultos Intermedios: entre 41 y 65 años.
- Ancianos: 66 a 80 años.

Debido a que el Programa Informático ATLAS.ti 7 (36) era una versión de prueba que solo permitía guardar proyectos con un límite de 10 documentos primarios de tamaño ilimitado, 100 citas o componentes, 50 códigos o categorías y 30 memos. Esta condición determinó que la Muestra haya sido reducida a 9 pacientes, correspondiendo 3, a cada grupo etario.

Mediante el contacto directo se confirmó su asistencia, programando la fecha y hora para obtener la información de cada participante.

5.3. Materiales y métodos

Esta investigación se realizó en un aula en el Servicio de Rehabilitación del hospital antes mencionado, para facilitar el acceso a los pacientes participantes. La distribución fue de dos sillas en el mismo plano y una mesa entre ellos, para transmitir cercanía y comodidad al paciente durante la entrevista. Se aportó mayor validez al estudio con la participación de tres fisioterapeutas, consiguiendo con ello unos resultados más homogéneos. Para recoger la información, se utilizó un cuestionario de Datos Socio-Demográfico (Anexo I), diseñado por la investigadora principal; un cuestionario de Personalidad (Anexo II) y una Entrevista en Profundidad (Anexo III) como parte del método de investigación cualitativo.

- A. Cuestionario de Datos Socio-Demográfico: para obtener información acerca de los datos de filiación, condición socio-económica y otros datos de interés para la investigación, de cada participante, se diseñó un instrumento autoadministrado mediante el cual se recolectó información personal relacionada con: iniciales de identidad, edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral. También se recolectó información relacionada con el tratamiento fisioterapéutico como: la fecha de la lesión y el diagnóstico, la fecha de inicio y frecuencia del tratamiento fisioterapéutico si es el caso, antecedentes, fármacos prescritos y número de fisioterapeutas que le han tratado para esta lesión. En el Anexo I están reflejados todos los puntos anteriormente nombrados y en el Anexo VI los resultados de los participantes.

- B. Cuestionario de Personalidad: el test utilizado fue el “NEO Five-Factor Inventory” (NEO-FFI) diseñado en su versión original por Costa y MrCrae (1978) y validado en España como “Inventario NEO reducido de Cinco Factores” adaptado por Cordero, Pamos y Seisdedos, siendo la última revisión en el año 2008 (37). Los principales factores originarios son lo que dieron nombre propio a NEO, “Neuroticism”, “Extraversion”, “Openness”. Consta de 60 ítems (12 por cada dimensión) y se necesitó 15 minutos para responder a las preguntas (Anexo II). Este instrumento recolecta la

información de cinco factores de personalidad con las siguientes características:

1) Factor Neuroticismo (N): aborda estados de estabilidad o inestabilidad emocional, como la depresión y la ansiedad social, y su influencia en el comportamiento de las personas. Se asocia a reacciones emocionales como la impulsividad y vulnerabilidad de manera inconsciente, que desequilibran a la persona. Los pacientes que puntúan bajo en N se consideran emocionalmente estables y se enfrentan a situaciones estresantes sin alterarse.

Facetas:

- N1 Ansiedad
- N2 Hostilidad
- N3 Depresión
- N4 Ansiedad social
- N5 Impulsividad
- N6 Vulnerabilidad

2) Factor Extraversión (E): Son personas sociables, asertivas, activas, enérgicas, optimistas, divertidas, impulsivas y graciosas. Este rasgo se caracteriza por sujetos a quienes les gusta practicar actividades multiaventuras. Los introvertidos, prefieren la soledad y el ocio cultural. Planifican las actividades con mucho tiempo y de manera ordenada y organizada.

Facetas:

- E1 Cordialidad
- E2 Gregarismo
- E3 Asertividad
- E4 Actividad
- E5 Búsqueda de emociones
- E6 Emociones positivas

3) Factor Apertura (O): Estas personas dan importancia a lo espiritual y a los sentimientos, planteando unas ideas y valores poco habituales. Su vida se enriquece mediante la experiencia. Al contrario, las personas con escasa apertura, no le interesa la creatividad ni la fantasía.

Facetas:

- O1 Fantasía
- O2 Estética
- O3 Sentimientos
- O4 Acciones
- O5 Ideas
- O6 Valores

4) Factor Amabilidad (A): mantener una actitud conciliadora, compasiva, confiada, y sensible hacia los demás.

Facetas:

- A2 Franqueza
- A3 Altruismo
- A4 Actitud conciliadora
- A5 Modestia
- A6 Sensibilidad a los demás

5) Factor Responsabilidad (R): Estas personas tienen muy arraigado el sentido del deber, son muy minuciosas, disciplinadas, ordenadas y puntuales que controlan sus impulsos.

Facetas:

- C1 Competencia
- C2 Orden
- C3 Sentido del deber

- C4 Necesidad de logro
- C5 Autodisciplina
- C6 Deliberación

C. Entrevista en Profundidad: por tratarse de una investigación Cualitativa, la información se recolectó mediante Entrevistas en Profundidad. Para ello se diseñó un protocolo, con la finalidad de recopilar el máximo de información (Anexo III) relativa a la interacción establecida por el paciente, con su fisioterapeuta, que fue utilizado para orientar en sus respuestas, al participante de manera individual y voluntaria. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 15 minutos.

5.4. Recolección de la información

5.4.1. Variables de estudio

- *Variables descriptivas Socio-Demográficas de la población de estudio:*

Se obtuvieron mediante el cuestionario diseñado por la investigadora principal (Anexo I) a través de los datos desglosados en el punto anterior.

- ✓ Identificación del participante y del fisioterapeuta (Manteniendo el anonimato)
- ✓ Edad
- ✓ Sexo estado civil
- ✓ Nivel de estudios
- ✓ Situación laboral.

- ✓ Información del tratamiento fisioterapéutico: *Diagnóstico

*Fecha de inicio

*Frecuencia del tratamiento

*Antecedentes personales

*Fármacos prescritos

*Número de fisioterapeutas
que le han tratado para esta lesión.

- *Variables relativas a la relación fisioterapeuta–paciente:*

Se definieron de acuerdo a las expectativas que presentaron los pacientes participantes en la investigación, al ser intervenidos por parte del fisioterapeuta, en donde se contemplan las actitudes y motivaciones de los profesionales, dirigidos a establecer una relación sanitario–paciente apropiada.

- ✓ Percepción inicial del profesional.
- ✓ Relación establecida con el fisioterapeuta.
- ✓ Evolución de la dolencia y motivo de la intervención.
- ✓ Objetivo del tratamiento fisioterapéutico.
- ✓ Información recibida por el paciente por parte del profesional acerca de su dolencia.
- ✓ Trato personalizado.
- ✓ Motivación del sanitario hacia la atención del paciente.
- ✓ Libertad y confianza del paciente hacia el profesional para aclarar dudas y obtener información relacionada con el tratamiento.
- ✓ Puntualidad del fisioterapeuta.
- ✓ Lugar en el que se efectuó la intervención.
- ✓ Duración del tratamiento.

5.4.2. Técnicas empleadas

Para el desarrollo de la investigación

Para el desarrollo de esta investigación se realizó en primer lugar una revisión bibliográfica acerca del tema investigado y sobre la metodología de investigación cualitativa y específicamente de las Entrevistas en Profundidad realizado durante el intervalo de tiempo entre Octubre y Diciembre de 2013. La literatura utilizada fueron libros del área de medicina, enfermería, fisioterapia, psicología y psiquiatría; artículos sobre la relación sanitario-paciente (médico, enfermera, fisioterapeuta...) que analizaban diferentes ámbitos sanitarios, con variedad de participantes, características imprescindibles para elaborar una entrevista y aspectos sensitivos

que no hay que olvidar en el trato personal. Una vez extraído el material necesario, se realizó un boceto con el objetivo general y los objetivos específicos. Durante el mes de Enero de 2014, se diseñó un cuestionario Socio-Demográfico con las variables que se querían analizar, así como un protocolo con una secuencia de preguntas que servirían de apoyo a las futuras Entrevistas en Profundidad, a la investigadora principal. Para que los resultados fueran más fiables se incluyó un inventario de Personalidad. En ese mismo mes, se comenzó el desarrollo de los factores de inclusión y exclusión de acuerdo con la población participante y las variables anteriores. A principios de Febrero se finalizó el desarrollo de los objetivos y se delimitó las edades de los participantes. Se acudió al Servicio de Rehabilitación del hospital localizado en Alcalá de Henares para realizar un sondeo sobre los posibles participantes. Inmediatamente se contactó con los pacientes a entrevistar y se les proporcionó el Consentimiento Informado junto con la hoja informativa detallando los objetivos y el proceso de la investigación, resolviendo cualquier duda a aquellos participantes que lo fuera necesario. Los participantes que aceptaron participar tuvieron que proporcionar una serie de datos personales y firmaron el consentimiento informado para comenzar a realizar la Entrevista en Profundidad. La duración necesaria no superó los 45 minutos. Tanto la transcripción de las entrevistas como el análisis de los datos, se consensuó en conjunto por la investigadora principal con las investigadoras secundarias y la tutora. Se realizó a finales del mes de Marzo de 2014. Durante los meses de Abril y Mayo se elaboró la unidad hermenéutica (el proyecto en ATLAS-ti 7), las tablas y gráficas necesarias para elaborar y llevar a cabo la introducción de los resultados. Hacia finales de Junio, se concluyó la redacción de los resultados, discusiones y conclusiones. El mes de Julio sirvió para realizar una revisión de la gramática y del estilo de la estructuración de la investigación, así como la redacción del resumen.

Para la recolección de la información

Cada paciente que formó parte de la Muestra, cumplimentó de manera individual y autoadministrada, un cuestionario de Datos Socio-Demográficos y un inventario de Personalidad. Así mismo se trabajó con la herramienta de la Entrevista en Profundidad que constituye una ayuda básica para la recogida de la información en

investigaciones con un diseño cualitativo. Con este fin se citó a los pacientes en hora y fecha pre-fijada, de manera individual y se realizó la entrevista, estando dirigida por la investigadora principal, quien inicialmente les solicitó información concerniente a su experiencia personal en cuanto a la relación establecida con su fisioterapeuta durante el tratamiento específico a la lesión mencionada en el cuestionario de Datos Socio–Demográficos. Con la finalidad de recabar un máximo de información y otorgar coherencia a la totalidad de las entrevistas, se diseñó un protocolo que fue consultado, en caso de necesidad.

Cada entrevista se inició con la firma del Consentimiento Informado y la explicación del procedimiento a seguir. Se informó al paciente la necesidad del empleo de una grabadora con el propósito de recopilar el máximo de información del discurso de cada paciente y los detalles acerca de su experiencia en la relación con su fisioterapeuta.

Antes de iniciar la investigación, se realizó una prueba con la finalidad de adiestramiento y conocer los posibles fallos en el desarrollo posterior.

5.4.3. Recursos

Humanos: En esta investigación participaron los pacientes que formaron parte de la muestra, una investigadora principal y dos secundarios y una profesora que actuó como tutora de la investigación.

Materiales: Una grabadora y material fungible.

Informáticos: Un software, para analizar la información recolectada se utilizó Atlas-ti 7 (2012) es una marca registrada por ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, creado por la doctora Susanne Frieze y traducido por el doctor César A. Cisneros Puebla (36).

5.5. Consideraciones éticas

Las Consideraciones Éticas que se plantearon para practicar esta investigación fueron: la aceptación de un Consentimiento Informado (Anexo V), por parte de los pacientes que formaron parte de la muestra, la confidencialidad de datos y la voluntariedad. Se entregó a los participantes una hoja informativa (Anexo IV) acerca del procedimiento de la investigación que se quería llevar a cabo y su participación. Los pacientes participaron de manera voluntaria, presentando el Consentimiento Informado con sus datos personales. Para la codificación de las Entrevistas en Profundidad, se utilizaron las iniciales de identidad seguido de las siguientes claves: “A.T” para Adultos Tempranos, “A.I” para Adultos Intermedios y “A” para Anciano. Se añadió una numeración del 1 al 5 para mantener un orden correlativo.

5.6. Análisis de la información

El análisis de la información obtenida, reduciendo el discurso de los pacientes a un texto, para su posterior clasificación. Este proceso de análisis se efectuó en primer lugar transcribiendo cada entrevista, por la investigadora principal y por las dos secundarias. Posteriormente se procedió a agrupar la información de cada paciente, según las variables relativas descritas anteriormente, como paso previo a su análisis. Éste se efectuó con el programa informático ATLAS.ti 7 (2012), en donde se vertieron los textos obtenidos a partir de las Entrevistas en Profundidad, para su posterior codificación, mediante su fragmentación y conceptualización previa. Se añadieron los archivos Word a la carpeta Documentos Primarios. Posteriormente se categorizaron en códigos o categorías específicas las citas de los participantes, siendo comparados y discutidos por la investigadora principal y las dos secundarias. En la fase posterior de síntesis, los códigos o categorías se agruparon en distintas familias; que posteriormente se procedió a su teorización, al ser examinadas y discutidas, por las investigadoras, hasta alcanzar un acuerdo en cuanto a la clasificación de cada texto. En la última fase de recontextualización, se relacionaron los resultados de cada paciente estudiado, a partir de su análisis individual, luego se compararon los códigos o categorías en una sección, conservando la referencia de

cada paciente, realizando el análisis comparativo de las categorías determinadas. Para finalizar, mediante el Programa ATLAS.ti 7 (2012), se utilizó la función networks (trabajo conceptual), con el fin de esquematizar los resultados obtenidos.

5.7. Técnicas de comprobación

Para garantizar la calidad del estudio de paradigma cualitativo y dar más fiabilidad y validez a los resultados obtenidos se emplearon los métodos sistemáticos de recolección y análisis de la información: **triangulación, validación respondente y uso de citas directas.**

- I. **Triangulación:** Para este fin, se emplearon orígenes y métodos de recolección de la información, diferentes.
 - a) Triangulación de datos profesionales: las entrevistas se realizaron a pacientes de tres fisioterapeutas diferentes.
 - b) Triangulación de datos personales: al seleccionar la muestra de tres grupos etarios, lo que diversificó la información acerca de la percepción de la relación de cada individuo con su fisioterapeuta, contemplando las variables consideradas.
 - c) Triangulación metodológica: en la medida en que los datos fueron recolectados mediante un cuestionario autoadministrado, un test de Personalidad y una Entrevista en Profundidad.
 - d) Triangulación de investigadores: contando para ello con la participación de un investigador principal que se encargó del diseño del estudio y la recogida de información, y dos investigadores secundarios que ayudaron a transcribir y analizar los datos recogidos, dando una perspectiva externa al mismo y corroborando los datos analizados.

- II. **Validación respondente o negociación:** Se emitió un informe de cada paciente que formó parte de la Muestra, a lo que se agregó el resultado final del análisis de sus datos. Estos informes se remitieron a cada uno de los pacientes que participaron en la investigación con la finalidad de que lo

aprobaran e hiciesen las correcciones pertinentes. Esta técnica de verificación fue aplicada para contrastar la información obtenida, para garantizar una interpretación apropiada y precisa tanto del contenido como del significado de la relación del paciente con el profesional. La interpretación realizada por parte de cada investigador acerca de los datos obtenidos de cada paciente, coincidió con la interpretación y significado original de los participantes, por lo que no se efectuaron correcciones de la información analizada.

- III. Uso de citas directas:** La transcripción de las Entrevistas en Profundidad se efectuó empleando citas textuales de los participantes, para evitar en lo posible, la interpretación por parte de las investigadoras.

6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

6.1. Análisis estadístico descriptivo

Todos los participantes que formaron parte de la Muestra seleccionada, se encontraban recibiendo tratamiento fisioterapéutico en el Servicio de Rehabilitación de un hospital del Distrito Este.

En vista de que esta investigación es de carácter cualitativo, los resultados se han reflejado en cifras absolutas, omitiendo los valores porcentuales, considerando el tamaño muestral de 9 pacientes.

Tabla 6.1. Muestra estudiada. Distribuida por grupos etarios y sexo. Abril 2014.

GRUPOS ETARIOS (AÑOS)	SEXO		Total
	Hombre	Mujer	
Adulto Temprano (20-40 años)	1	2	3
Adulto Intermedio (41-65 años)	0	3	3
Anciano (66-80 años)	2	1	3
Total	3	6	9
Media	1	2	
Desviación estándar (años)	0,66	0,66	

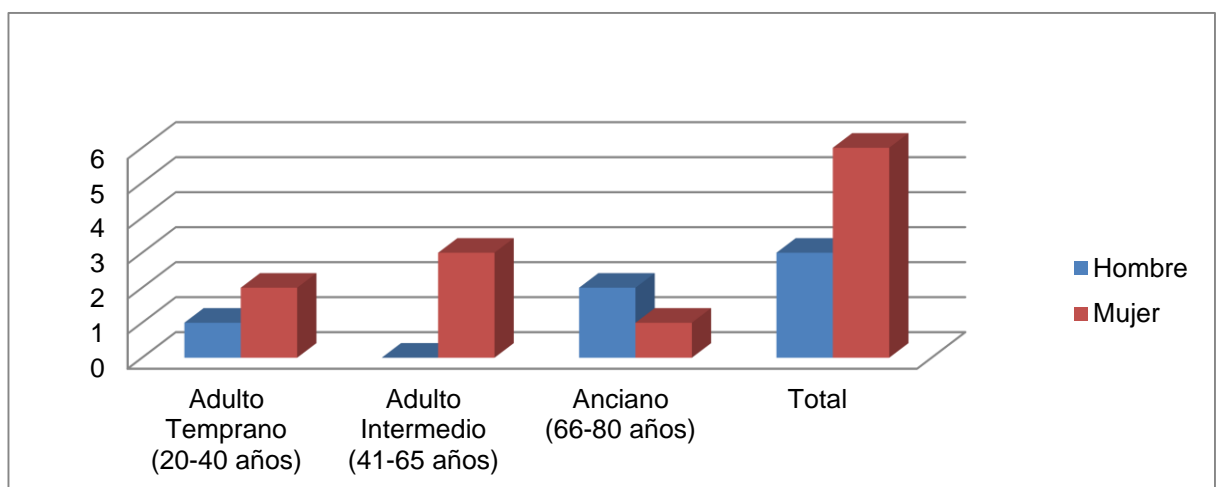


Gráfico 6.1. Muestra estudiada. Distribuida por grupos etarios y sexo. Abril 2014.

Como se observa en la Tabla 6.1., la Muestra final seleccionada, fue de 9 sujetos que cumplieran los factores de inclusión antes mencionados. Correspondiendo a 3, por cada grupo etario.

Tabla 6.2. Muestra estudiada. Distribuida por grupos etarios y fisioterapeuta tratante. Abril 2014.

GRUPOS ETARIOS (AÑOS)	FISIOTERAPEUTAS (F)			Total
	F1	F2	F3	
Adulto Temprano (20-40 años)	0	2	1	3
Adulto Intermedio (41-65 años)	0	0	3	3
Anciano (66-80 años)	2	1	0	3
Total	2	3	4	9

Como una opción de proporcionar una mayor validez a los resultados, se eligieron tres fisioterapeutas tratantes, al azar como se observa en la Tabla 6.2.

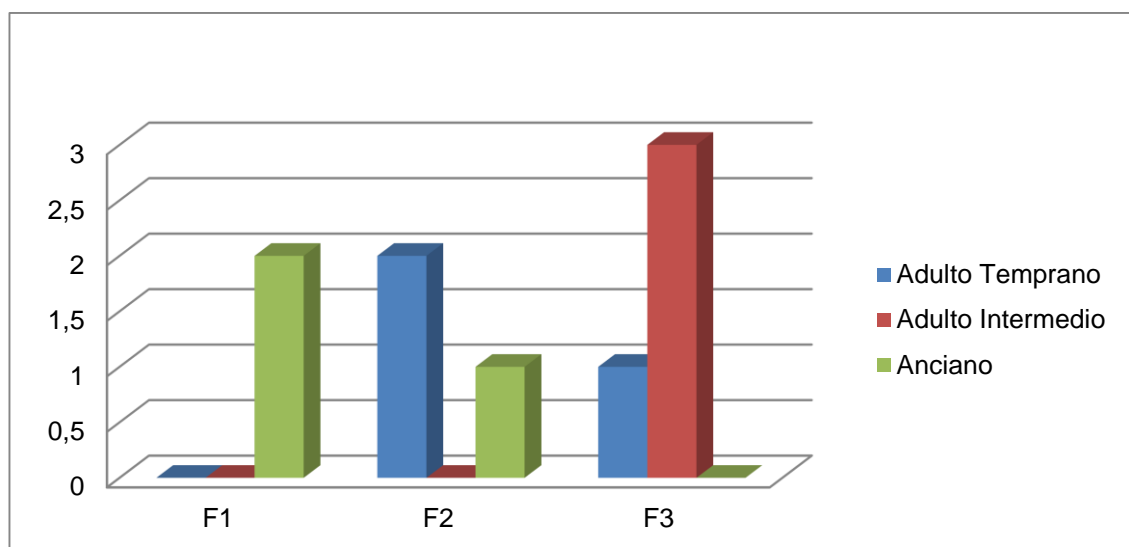


Gráfico 6.2. Muestra estudiada. Distribuida por grupos etarios y fisioterapeuta tratante. Abril 2014.

Como se observa en la Tabla 6.2. y en el Gráfico 6.2., el fisioterapeuta 1 (F1) trató solo a 2 pacientes de la Muestra analizada, correspondiente al grupo etario de Ancianos. El F2, a 3 pacientes, siendo 2 de ellos Adultos Tempranos y 1 Anciano. El F3 trató a 4 pacientes, 1 Adulto Temprano y 3 Adulto Intermedio.

Tabla 6.3. Muestra estudiada. Distribuida por grupos etarios y tipo de intervención. Abril 2014.

GRUPOS ETARIOS (AÑOS)	TIPO DE INTERVENCIÓN			Total
	Cirugía programada	Cirugía de urgencia	Sin cirugía	
Adulto Temprano	3	0	0	3
Adulto Intermedio	0	3	0	3
Anciano	0	1	2	3
Total	3	4	2	9

En la Tabla 6.3. se observa que la mayor cantidad de pacientes estudiados, 4 recibían tratamiento fisioterapéutico posterior a cirugía de urgencia. Seguidos por 3 de cirugía programada.

Tabla 6.4. Muestra estudiada. Distribuida por grupos etarios y factores de personalidad. Abril 2014 (37).

GRUPOS ETARIOS (AÑOS)		FACTORES DE PERSONALIDAD (NEO-FFI)				
		Neuroticismo	Extroversión	Apertura	Amabilidad	Responsabilidad
Adulto Temprano	A.T 1	Medio	Medio	Medio	Bajo	Alto
	A.T 2	Alto	Medio	Bajo	Medio	Bajo
	A.T 3	Alto	Medio	Medio	Bajo	Bajo
Adulto Intermedio	A.I 1	Bajo	Alto	Medio	Alto	Medio
	A.I 2	Alto	<u>Muy bajo</u>	Bajo	Alto	Bajo
	A.I 3	Medio	Alto	Medio	Bajo	Medio
Anciano	A. 1	<u>Muy alto</u>	<u>Muy bajo</u>	Bajo	<u>Muy bajo</u>	<u>Muy bajo</u>
	A. 2	Alto	Bajo	<u>Muy bajo</u>	<u>Muy bajo</u>	Bajo
	A. 3	Alto	Medio	Medio	<u>Muy alto</u>	Bajo

En la Tabla 6.4. se muestran los factores de personalidad, obtenidos a partir del Inventario NEO-FFI, en donde se consideraron las puntuaciones más extremas,

como manifestación de rasgos de personalidad que pudiesen incidir en el estilo de relación establecida con su fisioterapeuta.

En el grupo etario de Adulto Temprano ningún sujeto, presentó una valoración extrema. Tan solo un representante del grupo Adulto Intermedio ha reportado una puntuación catalogada como Muy bajo en el factor Extroversión. A diferencia, en el grupo de los Ancianos se observó que todos reflejan, al menos, un factor con una puntuación extrema. Reportando el sujeto A.1, valores de Muy alto en la Factor Neuroticismo, Muy bajo, en el Factor Extroversión, Amabilidad y Responsabilidad. El sujeto A.2 refleja valores de Muy bajo, en los factores Apertura y Amabilidad y el Sujeto A.3 reporta valores de Muy alto, en el Factor Amabilidad.

Estos hallazgos serán contrastados con los discursos obtenidos a partir de las Entrevistas en Profundidad de cada paciente.

6.2. Análisis Cualitativo

Tras el análisis y transcripción de los datos de los participantes, la investigadora principal y las investigadoras secundarias identificaron 11 códigos o categorías que fueron congregadas en 4 familias. Se utilizó esta información, para interpretar de una manera ordenada la relación fisioterapeuta-paciente, valorada desde la percepción del paciente.

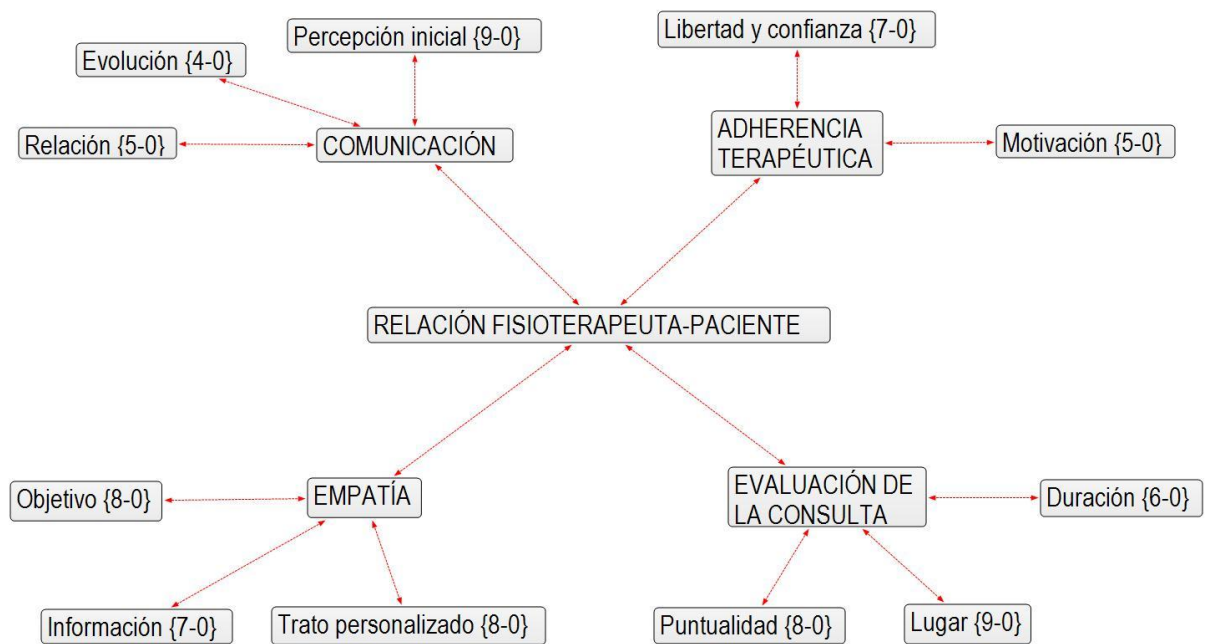


Figura 6.1. Representación del network de la Relación fisioterapeuta-paciente. ATLAS.ti 7 (36).

Las cifras entre paréntesis representa el número de participantes que realizó algún comentario sobre ese código o categoría. Los códigos o categorías más representativos fueron I.a. Percepción Inicial, correspondiente a la Familia I.COMUNICACIÓN y Lugar, de la Familia IV: EVALUACIÓN DE LA CONSULTA, con 9 comentarios cada uno. El menos definido por los participantes, fue el código I.c. Evolución, de la Familia I.COMUNICACIÓN, con 4 comentarios.

Para una mayor claridad de la representación de los resultados, a continuación, se representa la siguiente tabla. La primera columna lo forman las 4 familias y en la segunda columna, los 11 códigos o categorías.

Tabla 6.5. Representación de los resultados del análisis cualitativo, distribuidos por Códigos o Categoría y Familias. ATLAS.ti 7.

FAMILIA	CÓDIGO O CATEGORÍA
I. COMUNICACIÓN	I.a. PERCEPCIÓN INICIAL
	I.b. RELACIÓN
	I.c. EVOLUCIÓN
II. EMPATÍA	II.a. OBJETIVO
	II.b. INFORMACIÓN
	II.c. TRATO PERSONALIZADO
III. ADHERENCIA TERAPÉUTICA	III.a. MOTIVACIÓN
	III.b. LIBERTAD y CONFIANZA
IV. EVALUACIÓN DE LA CONSULTA	IV.a. PUNTUALIDAD
	IV.b. LUGAR
	IV.c. DURACIÓN

Para su mayor comprensión, a continuación, se representa en distintas tablas cada Familia, con sus respectivos códigos o categorías, y su explicación, con las citas textuales de cada participante en las Entrevistas en Profundidad. En la primera columna fueron representados los pseudónimos de cada participante (compuesto por las iniciales del grupo etario y su orden de selección) y en la segunda columna, figuran los comentarios en cursiva.

I. Familia Comunicación.

Como se ha desarrollado en el marco teórico, la Familia de la Comunicación tenía una importancia muy elevada a nivel de una buena alianza relacional entre el paciente y el sanitario. Por eso las categorías o códigos que se han elegido para abarcar en esta familia son: percepción inicial, relación y evolución

El código o categoría de PERCEPCIÓN INICIAL, fue de interés ya que permitió conocer, a través de los comentarios de los participantes, su apreciación inicial del fisioterapeuta, a través de sus gestos o palabras, y si esta percepción dio lugar al establecimiento de una transferencia, positiva o negativa.

Tabla 6.2. Código o categoría: I.a. PERCEPCIÓN INICIAL

CÓDIGO O CATEGORÍA: I.a. PERCEPCIÓN INICIAL	
GRUPOS ETARIOS	COMENTARIOS PARTICIPANTES
A.T 1	<i>Muy correcto, una profesional, muy amable. Sí, me inspiró bastante confianza, son unos profesionales.</i>
A.T 2	<i>Muy buena, es muy maja. Me sonaba de vista, pero no me recordó a nadie.</i>
A.T 3	<i>El fisioterapeuta de primeras me dio muy buena sensación de que era buen fisioterapeuta. Mi primera impresión fue, me va a meter caña y me gusta, se lo que es el dolor y lo aguanto. De primeras me inspiró confianza a la hora de trabajar, a la hora de coger, de hablar, como se expresa corporalmente, a mí</i>

	<i>es lo que me infunde confianza, sabe lo que hace, toca y dice aquí duele.</i>
A.I 1	<i>Bien, la primera impresión bien. Entraba dolorida. Me pareció bien, me comentó que si podía participar en otro estudio, así que lo vi muy natural.</i>
A.I 2	<i>Yo no le conocía, la entrada fue muy buena me dijo “vamos A.I.2 haberme llamado que estoy aquí”. Me pareció súper natural y acogedor.</i>
A.I 3	<i>Yo ya le conocía, pero no como fisioterapeuta y me dio buen rollo. Fue muy positivo, me dio confianza como me agarro, la toma de contacto, me está moviendo y valorando y estoy notando una profesionalidad y una confianza.</i>
A 1	<i>Yo valoro mucho el trato, tiene que ser correcto y con educación. No hace falta que la gente me esté sonriendo, porque yo tampoco estoy todo el día sonriendo. Fue majísima, he sido profesional de esto y tengo suficiente sensatez para decirlo.</i>
A 2	<i>Es muy agradable, “no te preocupes que vamos a hacer lo que podamos” me decía. Fue muy cariñosa, no solo conmigo, con todos los enfermos, para mí es fenomenal.</i>
A 3	<i>Buena, me resultó agradable, pero no la comparé con nadie. Me resultó bastante profesional, sabe lo que tengo, y sabe que lo tiene que hacer con mucho mimo.</i>

Resultados. Dentro del grupo de Adultos Tempranos, el participante A.T 3, tuvo en cuenta la comunicación no verbal en su argumentación. No solo por cómo le habló y explicó el procedimiento a seguir el fisioterapeuta, si no que con la exploración aumentó su grado de confianza hacia éste. De igual manera, la participante A.I 3, resaltó la comunicación no verbal. En el cuestionario Socio-Demográfico reflejó en estudios (universitarios de fisioterapia) por lo que era consciente de la importancia del contacto inicial. Las coincidencias de estas dos participantes en el cuestionario fueron, el sexo (mujer) y el estado civil (soltero). En el grupo de Adultos Intermedios, los participantes A.I 1 y A.I 2, sintieron más confianza gracias a la espontaneidad con la que les recibió el fisioterapeuta, con comentarios informales. Este detalle, pudo ayudar a A.I 2 durante el proceso del tratamiento, así como en los resultados de la Entrevista en Profundidad, ya que en el test de Personalidad mostró valores de muy bajo en el factor Extroversión. La relación común de estos dos participantes fue reflejado en el cuestionario de Datos Socio-Demográfico, en el sexo (mujer) y en que la intervención fue de urgencia. Para el grupo de Ancianos, todos en algún momento

reflejaron el concepto “tratar con mimo”, fue así como se sintieron de primeras, lo que tuvo muy buena aceptación. Para este grupo etario, la figura del sanitario fue muy importante, porque han sentido el apoyo necesario cuando tuvieron preguntas sobre su estado de salud.

El código o categoría RELACIÓN se atribuyó a todo el conjunto de características de la situación vivida desde el inicio hasta el momento actual en el ámbito de fisioterapia. Representó un resumen de su paso por rehabilitación.

Tabla 6.3. Código o categoría: I.b. RELACIÓN

CÓDIGO O CATEGORÍA: I.b. RELACIÓN	
GRUPOS ETARIOS	COMENTARIOS PARTICIPANTES
A.T 1	<i>Je, je, je, Es muy simpática, muy amable.</i>
A.T 2	<i>Bastante bien, la cordialidad, el hola y el que tal todos los días, y siempre busca un ratito para preguntar.</i>
A.T 3	<i>Muy buena, que hay mucho respeto.</i>
A.I 1	<i>No comenta.</i>
A.I 2	<i>No comenta.</i>
A.I 3	<i>En su línea, no cambia, es muy accesible, muy directo, muy íntimo. Desde el primer día hasta ahora siento que siempre ha mantenido la misma relación conmigo.</i>
A 1	<i>No comenta.</i>
A 2	<i>No comenta.</i>
A 3	<i>Tratable, normal, normal.</i>

Resultados. No existieron datos relevantes con respecto a este código o categoría. Fueron 4 participantes los que no comentaron. El grupo de Adulto Temprano reportó características como *respeto, cordial, amable, simpatía*. Se relacionaron las respuestas de los participantes A 1 y A 2 con sus resultados en el test de Personalidad, y se observó que en factor Amabilidad puntuaban muy bajo, observándose relación con su respuesta en la entrevista.

Con el código o categoría EVOLUCIÓN, se quiere mostrar si influye de manera negativa o positiva, el trato terapéutico y personal, en el pronóstico de la patología y evolución del tratamiento fisioterapéutico.

Tabla 6.4. Código o categoría: I.c. EVOLUCIÓN

CÓDIGO O CATEGORÍA: I.c. EVOLUCIÓN	
GRUPOS ETARIOS	COMENTARIOS PARTICIPANTES
A.T 1	<i>Si ha ido a mejor, poco a poco, aunque demasiado lento, con las complicaciones. Si la confianza con ella también ha aumentado, cada vez me tortura más, je, je, je, ayer me metió un tute que bueno.</i>
A.T 2	<i>Fue sincera, porque aunque sea un palo, pero prefiero que me digan las cosas como son, porque yo tonta no soy y sentía que esto no iba bien y me gusta la sinceridad. Me dijo que si llegamos a 90º era milagro, y claro con lo joven que soy, no podía con mucho esfuerzo. Al final hemos conseguido los 110º. En diciembre me dijeron que dos semanas más y ya. Pero a mitad de enero se me salió la rótula, me empezó a doler todo. Tuve que suspender la rehabilitación. Entonces ahora empezamos a trabajar en extensión, para fortalecer el vasto interno.</i>
A.T 3	<i>Sé que trabaja bien, me lo ha demostrado a lo largo de los días. No creo que haya ido a peor. Me adapto a como tenga que ir la evolución, sé que voy a tener limitaciones.</i>
A.I 1	<i>No comenta.</i>
A.I 2	<i>No comenta.</i>
A.I 3	<i>No comenta.</i>
A 1	<i>No comenta.</i>
A 2	<i>No comenta.</i>
A 3	<i>No me preocupó mucho por lo que me está pasando, porque tengo tantas cosas que ésta es una más.</i>

Resultados. Sólo el grupo de Adultos Tempranos han reflejado mayor interés por su evolución o así aparece en los comentarios de la tabla. También ha podido influir que han tenido complicaciones en su lesión y la cirugía fue programada, por eso se

han tenido que involucrar más y han querido conocer con mayor profundidad las repercusiones para su vida diaria. Su planteamiento era la recuperación al 100% ya que tendrían toda la vida por delante y como demuestra la información socio-demográfica, se encuentran en una etapa productiva de su vida; en cambio, tanto el grupo de Adultos Intermedios y Ancianos no comentaron, un total de 5 participantes, excepto el A 3 que explicó que éste era un problema más de los muchos que tenía.

II. Familia Empatía.

La familia Empatía, es de gran importancia, como indican Borrell i Carrió F y Clèries X, Valverde C (11,13,21), quienes la consideran como la base de la comunicación terapéutica, que influye en la motivación, constancia, e interés en el tratamiento y la recuperación. En este estudio englobó los códigos o categorías: objetivo, información y trato personalizado.

En el ámbito de fisioterapia, es muy útil el código o categoría OBJETIVO para la evolución del paciente. Los objetivos propuestos en el tratamiento, deben de ser reales y a corto plazo, para estimular y motivar al paciente lo que incidirá en su evolución clínica favorable.

Tabla 6.5. Código o categoría: II.a. OBJETIVO

CÓDIGO O CATEGORÍA: II.a. OBJETIVO	
GRUPOS ETARIOS	COMENTARIOS PARTICIPANTES
A.T 1	<i>Hombre al ser joven, lo hablamos ayer, tengo que quedar como estaba.</i>
A.T 2	<i>Pautar no pautamos nada, porque venía muy limitada, por lo menos doblar lo máximo posible. No lo llegamos a hablar pero yo creo que era el objetivo que las dos sabíamos.</i>
A.T 3	<i>Eso se va viendo, la actitud de cada persona es diferente, Mi actitud siempre voy en positivo y voy buscando que vaya a mejor, no me quedo sin moverlo. Diariamente vamos hablando de como noto que va la movilidad. Asumo que</i>

	<i>la limitación está ahí.</i>
A.I 1	<i>No lo dijo, aunque él sabe que necesito recuperarme para poder llevar la casa con más tranquilidad.</i>
A.I 2	<i>En un principio la situación mía era diferente, ya que venía en silla de ruedas, me encontraba demasiado incapacitada, ya que he estado inmovilizada durante 3 meses. Yo le pregunté que si iba a recuperarme, ya que yo trabajo de pie, y él me afirmó “yo te aseguro que de aquí sales andando”. Y de momento voy con una muleta, así que fíjate.</i>
A.I 3	<i>Desde el primer día tuvo en cuenta la cirugía que me hicieron, y me ha ido preguntando que quiero conseguir.</i>
A 1	<i>No comenta.</i>
A 2	<i>Me dijo que íbamos a trabajar y me iba a dejar lo mejor que pudiera. Yo estoy dale que te pego en rehabilitación y en casa. Vengo todos los días y veo que avanzo un montón.</i>
A 3	<i>Pues la verdad es que según veo las cosas, no lo veo muy bien, el dolor me mata. Voy poco a poco, no hemos hablado nada concreto.</i>

Resultados. La mayoría de los participantes comentaron no haber pactado un objetivo a corto plazo, pero si han percibido que existía. Con comentarios como: “sabe que trabajo de pie; soy muy joven; tengo que llevar las cosas del hogar”, aclararon que los fisioterapeutas conocían sus necesidades. Ninguna de las herramientas utilizadas en el estudio, ni los Datos Socio-Demográficas o los rasgos de Personalidad han intervenido en alguna diferencia respecto a los comentarios de los distintos grupos etarios.

Con el código o categoría de INFORMACIÓN, se quiso conocer la influencia que ejerce sobre la relación entre el paciente y su fisioterapeuta, el tener información de su dolencia, de lo que le ha pasado, de la necesidad de haber sido intervenido quirúrgicamente, con que técnica, la evolución y el pronóstico.

Tabla 6.6. Código o categoría: II.b. INFORMACIÓN

CÓDIGO O CATEGORÍA: II.b. INFORMACIÓN	
GRUPOS ETARIOS	COMENTARIOS PARTICIPANTES
A.T 1	<i>Investigué yo un poco, pero luego el traumatólogo me comentó los posibles métodos de intervención, hueso-tendón-hueso, semitendinoso o del injerto, en Google viene de todo. La fisioterapeuta sabía lo que me habían hecho y me ha explicado un poco las posibles complicaciones y que va un poco lento.</i>
A.T 2	<i>Informarme, informarme... Al principio me decían que era del crecimiento, hasta que un día haciendo gimnasia rítmica me caí. Me hicieron una primera intervención muy leve, y me han hecho una nueva, la misma intervención anterior más dos tornillos. Y desde el tercer día ya plantaba el pie. Para mí ha sido un acierto. Te vales un poco más y tal, a los diez días podía empezar a regular la ortesis, me estanque en 60º, estaba hierro la pierna, no cedía. Con la otra rodilla estuve seis meses haciendo rehabilitación y muy bien, está bien sujeta, pero no encontraron documentación de lo que era la operación anterior e hicieron lo que creyeron conveniente.</i>
A.T 3	<i>Yo quería saber, si me gustaría saber el grado de movilidad que puedo llegar a alcanzar, que aunque sigo con dolor, pero veo que hay movimientos que puedo hacer mejor y tampoco nadie me ha explicado.</i>
A.I 1	<i>Él tenía los datos. En definitiva no me lo han explicado muy bien, me gustaría que lo hubieran contado, me hubiera gustado más información.</i>
A.I 2	<i>El fisioterapeuta fue el que me contó lo que me han hecho, encima no he recibido el informe de la operación y ni sabía si quien me había operado era hombre o mujer porque no lo he visto hasta pasado bastante tiempo, que tuve que ser yo la que le pregunte “¿usted fue quien me operó?” Me hubiera gustado saber qué es lo que he gastado con la operación, que me han puesto, etc. Me pregunto porque algunas cosas de la Seguridad Social si ponen la cuantía, las más baratas o las que les interesa...</i>
A.I 3	<i>No comenta.</i>
A 1	<i>Yo sabía lo que tenía porque me lo dijo el médico. Se me está inflamando el pie y la fisioterapeuta me ha dicho que puedo hacer, además me dicen el por qué, que eso es lo importante, es fundamental. Porque así lo que consiguen es que me implique.</i>

A 2	<i>Pase primero al médico, y supongo que él se lo dijo, aunque como tiene el ordenador ahí verá toda la información.</i>
A 3	<i>No comenta.</i>

Resultados. Los comentarios fueron muy variados en este código o categoría. 2 participantes no comentaron, 3 tenían información acerca de su lesión u operación, obtenida por su cuenta o preguntando al fisioterapeuta, y 5 sujetos les hubiera gustado haber tenido más información por parte del médico sobre el tipo de cirugía, sus limitaciones, posibles complicaciones y secuelas, etc. El participante A 1, fue el único que afirmó que el médico si le había explicado su lesión, pero se tuvo en cuenta del test de personalidad, que casi todos los parámetros fueron muy bajos y de los Datos Socio-Demográfico, reflejó estudios universitarios en Medicina. Estas características pudieron influir en los resultados.

El código o categoría TRATO PERSONALIZADO se relaciona directamente con la empatía y por lo tanto con una correcta adherencia terapéutica y mejor pronóstico de su patología.

Tabla 6.7. Código o categoría: II.c. TRATO PERSONALIZADO

CÓDIGO O CATEGORÍA: II.c. TRATO PERSONALIZADO	
GRUPOS ETARIOS	COMENTARIOS PARTICIPANTES
A.T 1	<i>Si debido a mi lesión cada paciente tiene que hacer unos ejercicios. Hemos cambiado ejercicios si ha sido necesario. Si se preocupa, si se preocupa, pero no solo conmigo, si no, con todos.</i>
A.T 2	<i>Se ha interesado desde que se me salió la rótula mucho más, hasta llamó a la doctora para que lo viera, para ver si se estaban haciendo las cosas bien. Ha prestado bastante interés. Muestra mucho interés en hacer las cosas bien, ponía bastante empeño de hacer las cosas de una manera o de otra. Ha intentado variar algunos ejercicios para favorecer, siempre intenta buscarme la vuelta a todo porque no quiere que me fastidie más. Por interés hacia el paciente, sobre todo porque como soy joven, no quería que me</i>

	<i>quedara con ninguna limitación.</i>
A.T 3	<i>Ha variado bastante, a veces se queda pillado como diciendo a ver que te hago hoy, porque algunos ejercicios un día estoy muy bien y otros me cansa muchísimo, y no lo puedo repetir, así que siempre busca alternativas para hacer ejercicios. Por ejemplo, si me mandara unos ejercicios y me dijera hazlos durante 15 días y no se molesta en ver si voy bien o voy mal. En este caso no es así, ayer me hizo unos ejercicios y hoy estaba con más dolor y me ha hecho otra cosa.</i>
A.I 1	<i>Si porque depende de los días, él intenta más suave o menos, o me cambia los ejercicios si me duele. Si, por ejemplo hoy me ha dicho, “se nota que tienes cara cansada”.</i>
A.I 2	<i>He sentido que se ha dedicado a mí. Siempre he ido tranquila y convencida. A lo mejor en el primer momento no me di cuenta, pero en el día a día, yo lo he notado en la forma de hablarme y de tratarte, noto que es un profesional, que sabe lo que está haciendo.</i>
A.I 3	<i>Sí, ha tenido en cuenta mi patología, mis secuelas, ha sido individual.</i>
A 1	<i>Procuro ser buen paciente, entiendo que ellos saben lo que tienen que hacer, así que me limito a ser un objeto pasivo en una camilla.</i>
A 2	<i>No comenta.</i>
A 3	<i>Yo no la culpo a ella en ningún momento, ella hace lo que puede hacer, lo que la dejan hacer, me gustaría tener otro tratamiento que me masajeara un poco, eso me gustaría pero sé que aquí no lo hacen. Siento que necesitaría más intensidad.</i>

Resultados. Seis participantes han sentido que realizaban un tratamiento individual y adaptado a su evolución. También se dieron cuenta que si algo no iba bien, el fisioterapeuta modificaba o eliminaba la técnica limitante en la recuperación. Los datos aportados por el grupo de Ancianos, describieron preferencia por ser un objeto pasivo y no realizar técnicas de manera activa y autónoma. El participante A 2 no comentó y reflejaba en el cuestionario Socio-Demográfico, ser analfabeta. Este resultado no es considerado relevante, ya que la muestra es muy reducida. El participante A 3, debido a su puntuación *muy alto* del factor Amabilidad del test de Personalidad, en su comentario ha disculpado a la fisioterapeuta y la situación sanitaria de no tener total dedicación en su persona.

III. Familia Adherencia terapéutica.

La familia Adherencia terapéutica, denota cuando el paciente se encuentra involucrado con el tratamiento, cumpliendo tanto las consideraciones y consejos indicados, como en el trabajo autónomo en el gimnasio o en el domicilio. Lo forman los códigos o categorías motivación, libertad y confianza.

El código o categoría MOTIVACIÓN se ha incluido en esta familia, ya que sirve para activar el ánimo y la voluntad de los pacientes, en el cumplimiento terapéutico y en comprometerse con su recuperación.

Tabla 6.8. Código o categoría: III.a. MOTIVACIÓN

CÓDIGO O CATEGORÍA: III.a. MOTIVACIÓN	
GRUPOS ETARIOS	COMENTARIOS PARTICIPANTES
A.T 1	<i>No comenta.</i>
A.T 2	<i>Que no se diera por vencida aunque fuera un hierro. Se me ha vuelto a salir la rótula, tengo dolores, y está muy pendiente. Porque si un día me fastidio, olvídame ya no puedo hacer nada. A lo mejor parece ser pasota, pero se entera de todo, porque dice al día siguiente, ayer te notaba rara en la cinta. Por ejemplo, interés porque no tiene que llamar a la doctora, que puedo esperar a la revisión, pero para estar segura de seguir trabajando, yendo a más.</i>
A.T 3	<i>Tampoco he sentido que se pusiera en mi lugar.</i>
A.I 1	<i>No comenta.</i>
A.I 2	<i>No comenta.</i>
A.I 3	<i>No comenta.</i>
A 1	<i>Me preguntan cuándo van a cambiar de ejercicio si quiero hacerlo y eso me motiva. Lo primero que me dijeron fue, no te preocupes, lo vamos a conseguir. Así que automáticamente, me están dando un ánimo, me están levantando el ánimo.</i>

A 2	<i>Si por supuesto. Ella me animaba los días que yo no me encontraba muy bien, me entendía, se ponía a mi altura, “anda bonita, que no, que tú puedes, ya verás”. Ánimo total. Todo lo que me ha hecho y lo que puedo decir es positivo.</i>
A 3	<i>Estoy bastante desanimado porque no estoy viendo mucha mejoría, no noto que pueda mover más, pero creo que esto es por mi problema de cervicales. Un día que tuve muy malo muy malo muy malo, estuvo bastante pendiente de mí.</i>

Resultados. Los participantes correspondientes al grupo Adultos Tempranos y Adultos Intermedios no profundizaron en este aspecto de la Entrevista en Profundidad. El grupo de los Ancianos, en cambio, recordaban con más detalle los comentarios, hechos o acciones del fisioterapeuta que les ayudaba en éste sentido. Este último grupo etario tuvo más facilidad para mostrar sus sentimientos, ya que se encuentran en la última etapa de la vida y ya han vivido suficientes experiencias, por lo que no sienten que tengan nada que ocultar. Como se evidencia en sus comentarios, la palabra es muy importante para ellos, sobre todo si es afectuosa.

Con el código o categoría LIBERTAD y CONFIANZA, se quiso analizar el grado de conformidad y satisfacción del paciente durante el tratamiento fisioterapéutico. Su implementación minimizó el efecto de alguna situación incómoda, que hubiese podido influir negativamente, además de reforzar los efectos positivos de la relación y la adherencia terapéutica.

Tabla 6.9. Código o categoría: III.b. LIBERTAD Y CONFIANZA

CÓDIGO O CATEGORÍA: III.b. LIBERTAD y CONFIANZA	
GRUPOS ETARIOS	COMENTARIOS PARTICIPANTES
A.T 1	<i>Sin problema, todo lo que me ha sucedido durante el día se lo he comentado y me ha indicado y me ha dicho los problemas por los que podía derivar o porque podía venir.</i>

A.T 2	<i>Sí. Si me dolía yo se lo decía, y si era conveniente que tirara más la he dejado, así que he tenido libertad tanto para decirle algo, como ella para hacerme lo que tenía que hacer. Noto que tengo más confianza, hablamos más cosas que no sean del tratamiento.</i>
A.T 3	<i>Tuve que faltar un día, le comenté libremente que me iba de fin de semana, y me dijo pásatelo bien. De hecho vengo antes de mi hora y me atiende con tranquilidad.</i>
A.I 1	<i>Sí. Soy de fuera, tardo en llegar mucho tiempo, y alguna vez que he tenido médico por la mañana y he salido a las dos de la tarde, pues ya me he quedado y le he pedido entrar antes y me ha dejado.</i>
A.I 2	<i>No comenta.</i>
A.I 3	<i>Con el tiempo tenía más confianza y le decía lo que me pasaba.</i>
A 1	<i>No me he sentido nunca cohibido, Las cosas se hacen con la mayor naturalidad del mundo.</i>
A 2	<i>No comenta.</i>
A 3	<i>Me siento cómodo durante el tratamiento y si tengo algún problema se lo digo.</i>

Resultados. Los participantes Adultos Tempranos reflejaron en su discurso, ejemplos o detalles de su experiencia de libertad de expresarse y confianza en su fisioterapeuta. El grupo etario de Ancianos pareciera encontrarse funcionando en este supuesto de manera más espontánea. El participante A.I 2 que no aportó comentarios al respecto en la Entrevista de Profundidad, en el test de Personalidad presentó una puntuación muy baja en el factor Extroversión, lo que resulta congruente con un funcionamiento con tendencia a la introversión, en la que se encuentran dificultadas las relaciones interpersonales. El participante A 2, tampoco realizó comentarios en este aspecto, mostrando un funcionamiento muy bajo en los factores de Apertura y Amabilidad. Estos dos participantes coinciden en que son mujeres y su operación fue de urgencia.

IV. Familia Evaluación de la consulta.

La familia Evaluación de la Consulta consta de los siguientes códigos o categorías: puntualidad, lugar y duración.

La explicación del código o categoría PUNTUALIDAD se define como la situación previa al tratamiento de fisioterapia, como las fechas de revisión con el médico, o el periodo entre el problema u operación y el comienzo de la rehabilitación. Que necesariamente puede influir en la relación con el fisioterapeuta durante el periodo de rehabilitación.

Tabla 6.10. Código o categoría: IV.a. PUNTUALIDAD

CÓDIGO O CATEGORÍA: IV.a. PUNTUALIDAD	
GRUPOS ETARIOS	COMENTARIOS PARTICIPANTES
A.T 1	<i>Me operaron en diciembre y he empezado la rehabilitación en febrero. Según el traumatólogo que me operó me tenía que haber dado el volante de la rehabilitación y cuando tuve consulta en enero, me dieron el volante para empezar fisioterapia, y más la demora que hay en el servicio de fisioterapia, es el retraso que llevo, más el retraso que llevaba yo antes. He empezado bastante tarde.</i>
A.T 2	<i>Si y fue urgente, en dos semanas empecé, me dijeron que era urgente y no podía esperar.</i>
A.T 3	<i>Llevaba casi un año hasta que me operaron, tardaron bastante, encima el bulto creció bastante. Pero después de operarme me apuntaron para rehabilitación, pero en vista de que no me llamaban me vine aquí un viernes para hablar con el jefe de rehabilitación y me llamaron el siguiente lunes, este país funciona muy bien...</i>
A.I 1	<i>Vine bastante rápido, me quitaron la escayola y a la semana ya empecé la rehabilitación.</i>
A.I 2	<i>Pues no siento que empezara la rehabilitación tarde, pero opino y pienso que ha sido porque eran los dos pies.</i>

A.I 3	<i>No comenta.</i>
A 1	<i>Como no me mejoraba el dolor de la pierna, fui al médico y me hicieron unas pruebas y me dijeron que tenía que ir al servicio de rehabilitación. No tardo mucho. Porque la cita que tenía era para 5 meses después, y si hubiera esperado me hubiera quedado cojo.</i>
A 2	<i>Vine a rehabilitación por iniciativa mía propia, porque no me mandaron fisioterapia, pero me encontraba mal y antes de que llegara el día de la consulta vine para ver si podían verme.</i>
A 3	<i>Tardó un poco, pero tardo mucho más en verme la doctora.</i>

Resultados. En general, los participantes no expresaron en sus comentarios la incidencia de la falta de puntualidad en la evolución de su tratamiento y en la relación con el fisioterapeuta, adjudicando la responsabilidad al médico, teniendo que acudir expresamente al servicio de rehabilitación, por iniciativa propia, ante la demora. El participante A.I 3 no comentó.

El código o categoría LUGAR, implica conocer la opinión del paciente en cuanto al contexto en el que se efectúa la intervención fisioterapéutica y su potencial influencia en la relación.

Tabla 6.11. Código o categoría: IV.b. LUGAR

CÓDIGO O CATEGORÍA: IV.b. LUGAR	
GRUPOS ETARIOS	COMENTARIOS PARTICIPANTES
A.T 1	<i>Estar en una sala aparte no es necesario para lo que tengo, no me importa estar con más gente. Así puedo estar más tiempo haciendo ejercicios.</i>
A.T 2	<i>En la misma sala, pregunté por ella y me facilitó una camilla, nos presentamos. Estuvo bien, se interesó mucho. Se la veía que entendía lo que hacía, no forzaba más de la cuenta.</i>
A.T 3	<i>Estaba bien el lugar, fue correcto. Tampoco pueden elegir donde recibir a una persona, no es como en el centro de salud, que tiene su consulta, te recibe el fisioterapeuta, te hace una entrevista y pauta los ejercicios; aquí llegas y te</i>

	<i>dice se tu ficha, se ha lo que vienes, vamos a empezar a trabajar. Me gusta el tema de que aprovechan el tiempo, si voy al fisioterapeuta voy a fisioterapeuta, que me haga una entrevista de cinco minutos y me diga veinte mañana, ahí me fastidiaría más.</i>
A.1 1	<i>Me daba igual, ya estuve otra vez en rehabilitación y más o menos vas con el que te ha tocado y ya está. Como vienes de la doctora, vienes con la idea de trabajar. Siento que la entrevista ya la he tenido con el médico.</i>
A.1 2	<i>El sitio donde me recibieron, como es mi primera experiencia pues tampoco lo sé. A la hora que yo tengo rehabilitación no hay mucho público, te sientes un poco en familia, a gusto. Creo que en rehabilitación no es necesario estar a parte. Lo único que siento es que estoy en la Sanidad Pública, me tengo que aguantar y jorobar si alguien grita y a mí no me gusta, porque es lo que hay. En este caso mío no pienso que tenga que estar sola, porque no es nada íntimo y como no grito.</i>
A.1 3	<i>El sitio donde me recibió el primer día me gustó, porque era donde iba a trabajar.</i>
A 1	<i>Como ya tuve la cita con el médico, veo normal estar en el gimnasio. No tengo ningún problema. Estamos mujeres y hombres, y si alguno se tiene que desvestir, no hay problema, lo hacen con toda naturalidad.</i>
A 2	<i>Pues no lo sé, porque como era la primera vez, no sabía cómo era el tema, pero no me daba vergüenza nada. Me gusta estar con todo el mundo porque así me fijo en que alguna va peor que yo y me anima. Me siento muy cómoda, me rio un montón, tengo a todas las de alrededor que con cualquier cosa las hago reír.</i>
A 3	<i>Siempre te gustaría que se hubiese sentado en un sitio conmigo en una mesa, pero comprendo donde estamos y estas cosas ya no me afectan, y con todo lo que llevo, esto es lo de menos. No me molesta el sitio donde hago la rehabilitación, yo vengo a lo que vengo, lo demás no me fijo.</i>

Resultados. Los pacientes de distintos grupos de edades coincidieron en que nunca antes habían acudido a rehabilitación y no se habían planteado otro sistema de trabajo. También opinaron que al acudir al médico, no eran necesarias más entrevistas con el fisioterapeuta, ya que directamente preferían trabajar con los ejercicios que éstos les propusieran. El participante A 3, expresó que sí que hubiese preferido un lugar a parte para esa primera entrevista, pero fue modesto y entendió

que no es posible. Esta respuesta se pudo relacionar con el factor Amabilidad del test de Personalidad que reflejó muy alto.

El código o categoría DURACIÓN, indica la satisfacción del paciente al ser dado de alta de la rehabilitación, y su influencia en la relación con el fisioterapeuta y el tratamiento recibido.

Tabla 6.12. Código o categoría: IV.c. DURACIÓN

CÓDIGO O CATEGORÍA: IV.c. DURACIÓN	
GRUPOS ETARIOS	COMENTARIOS PARTICIPANTES
A.T 1	<i>Sí. El tiempo es el que necesita cada uno. Yo estoy aquí dos horas y me manda muchos ejercicios y ella me moviliza todos los días y me parece que está bien.</i>
A.T 2	<i>A veces hago hasta de más porque acabo cansada. Lo de venir todos los días lo veo bien, porque hay cosas que fuera puedo hacer como andar sí, pero las corrientes no me las puedo poner en casa y me alivian un montón, y si tengo dolor, aquí me pueden aliviar, porque si viniera días alternos pues estaría bastante mal. Un poco coñazo venir todos los días y madrugar pero me viene muy bien.</i>
A.T 3	<i>Estoy una hora, hora y algo. Va en función de cómo va el hombro, si me deja trabajar. Si el fisioterapeuta ve que estoy bastante bien, mete caña y si ve que estoy con dolor, me deja irme antes.</i>
A.I 1	<i>No, no, no lo veo bien. Al final de la semana ya estoy cansada. Es que tengo dolor.</i>
A.I 2	<i>Yo para venir dos días no estoy, pero si el médico ahora valorara que estoy para el alta, yo le diré que no estoy, pero si me lo da, tendré que conformarme y buscarme algo fuera. Además durante mi tratamiento he tenido algún tiempo de descanso, en navidades y cuando mi fisioterapeuta ha estado de vacaciones.</i>
A.I 3	<i>No comenta.</i>

A 1	<i>Yo eso no me lo planteo. Porque además estoy convencido de que ellos hacen lo que necesito.</i>
A 2	<i>No comenta.</i>
A 3	<i>No comenta.</i>

Resultados. Tanto los pacientes del grupo de Adultos Tempranos como los de Adultos Intermedios, opinaron que les venía bien el tratamiento diario, porque así aprovechaban y se recuperaban antes y que para pocos días perderían la motivación. Lo cual pareciera influir positivamente en la relación establecida con su fisioterapeuta. Los Ancianos en cambio, no opinaron o no se lo planteaban, ya que han dejado en manos del fisioterapeuta toda su recuperación.

7. DISCUSIÓN

7. DISCUSIÓN

La intención de esta investigación fue estudiar a través del discurso de pacientes, distribuidos según grupos etarios, aspectos de la relación fisioterapeuta-paciente. Para su análisis se consideraron además, los factores Socio-Demográficos, de personalidad y sus percepciones personales, acerca de los criterios que consideren apropiados en la relación establecida con su fisioterapeuta. En la bibliografía consultada, se observa un déficit específico de estudios, de la relación establecida entre el paciente y su fisioterapeuta, lo que condujo a revisar en otros campos sanitarios como la Medicina y la Enfermería, es donde se encontró mayoría de la información, así como las variables estudiadas.

Por todo ello, en una comunidad de tanta diversidad de población es de especial interés y actualidad este tipo de estudio de opiniones y actitudes de los pacientes de distintos grupos etarios, debido a la escasez de publicaciones y artículos relativos al tema, por lo que merece una investigación más profunda.

Las interrogantes planteadas fueron, ¿Qué demandan los pacientes para alcanzar la máxima calidad asistencial? ¿Incide el cumplimiento de sus expectativas en una mejor relación con su fisioterapeuta? ¿Existe alguna variación en la apreciación de la atención, según la edad del paciente? Los resultados respondieron a estas cuestiones.

Dentro de las Familias, la más comentada fue IV. Evaluación de la Consulta y la menos discutida recae en III. Adherencia terapéutica. Hubiese sido oportuno haber llevado a cabo una nueva Entrevista en Profundidad, al finalizar el tratamiento para conocer si mantenían las pautas de tratamiento domiciliario para una correcta educación terapéutica.

En este sentido, Blázquez-Manzano A et al (2012) (6) resalta en su revisión de meta-análisis, la importancia de la comunicación no verbal por parte del sanitario durante la entrevista, así como dar la máxima información durante la exploración, y aclarar si hay dudas durante la despedida. Estos factores ayudarían en el aumento de la

adherencia en el tratamiento. Todos estos aspectos fueron de igual manera, valorados y considerados por los propios pacientes durante la Entrevista en Profundidad.

Aguililla Liñan JM y Roura Faja V (2012) (38) es uno de los pocos estudios acerca de la relación fisioterapeuta-paciente. Estos autores concluyen que para que exista satisfacción y disciplina durante el tratamiento, hay que valorar aspectos biopsicosociales como la empatía, la comprensión, la esperanza o la confianza. Esta propuesta es coincidente con los hallazgos de esta investigación.

En el código o categoría PERCEPCIÓN INICIAL, se puede resaltar que la edad de la participante A.T 3 está en el límite de Adulto Temprano y Adulto Intermedio, por lo que su desarrollo personal puede estar más afianzado en la adultez, con la experiencia subsecuente. A.I 2, sintió más confianza gracias a la espontaneidad con la que le recibió el fisioterapeuta, con comentarios informales. Este detalle, pudo ayudarlo durante el proceso del tratamiento, así como en los resultados de la Entrevista en Profundidad, ya que en el test de Personalidad mostró valores de muy bajo en el factor Extroversión.

El código o categoría MOTIVACIÓN, es el que se mostró con mayor importancia, para la categoría de Ancianos, quienes reclaman y valoran el cariño con el que les recibieron y con el que se les tratan durante las sesiones, lo que implica su mayor motivación al tratamiento y por lo tanto su adherencia al tratamiento. Este reclamo afectivo, es coincidente con esta fase del ciclo vital caracterizada por la soledad. A diferencia, Marco JC, Menéndez S y Moreno M (2000) (22), reportaron que posterior a recolectar información a los médicos y fisioterapeutas sobre el tratamiento en el anciano, opinaron que el 88,9% de los pacientes ancianos podrían el mismo interés que un paciente de cualquiera de otro grupo etario y solamente el 11,1% comenta que tendría más interés el paciente anciano. También estudiaron el lugar en donde se realizaba la rehabilitación, concluyendo que el 94,4% opinaba que debe realizarse en espacios compartidos con otros pacientes ya que esto le aportaba motivación y comunicación, afianzando la adherencia al tratamiento.

En el código RELACIÓN: sólo el grupo etario de Adulto Temprano, mencionó conceptos como *respeto, cordial, amable, simpatía*. Quizás porque los pacientes todavía estaban en tratamiento y por temor, no hayan podido expresar claramente sus sentimientos.

Las complicaciones en la evolución del tratamiento, han ayudado a que el grupo de Adulto Temprano mostrara más interés por el código o categoría EVOLUCIÓN. En cambio, los grupos de Adulto Intermedio y Ancianos no mostraron mucho interés o así lo reflejaron, ya que sólo comentó al respecto, uno de los participantes de este último grupo. Quizás estén más acostumbrados al modelo paternalista en el que el sanitario es quien actúa en todo momento durante el diagnóstico y el tratamiento y no creen que tengan responsabilidades sobre su lesión.

Borrell i Carrió F (2004) (11) y Martínez Rodríguez A et al (2002) (2) citan la importancia de ir planteando objetivos a corto plazo y realistas para motivar, consensuados por ambas partes. Sin embargo en la información recolectada se observa que los fisioterapeutas no pactaron con los pacientes un OBJETIVO, previo de intervención, aunque al cabo de las sesiones, los fisioterapeutas iban conociendo las necesidades que los pacientes reclamaban para su recuperación.

Para Girón M et al (2002) (26) realizaron un estudio de la calidad de la relación a través de grupos focales de médicos y enfermos. Por parte de los pacientes, las valoraciones positivas radican en las variables anteriormente nombradas, como el trato empático, humano, de confianza, y una comunicación no verbal competente. Considerando negativo, la falta de información ante un problema y la escases de tiempo dedicada al paciente. Se destaca la diferencia de los grupos etarios en el código o categoría INFORMACIÓN de este estudio. Los Adultos Tempranos, tuvieron curiosidad e investigaron o preguntaron al propio fisioterapeuta por las limitaciones de su patología, y logros posibles. Los Adultos Intermedios también querían conocer, pero sus comentarios reflejaban que era más de origen administrativo y personal y los Ancianos, no lo dieron mayor importancia. Lo que más demandan los pacientes es la falta de información sobre la operación, en qué consiste, que es lo que tienen, quien les interviene, además de creer que pasa

mucho tiempo hasta la revisión médica postoperatoria y entre la intervención quirúrgica y el inicio de la rehabilitación.

El participante A 1 fue el único que afirmó que el médico si le había explicado e informado, pero hay que valorar que 4 de los 5 resultados del test de Personalidad resultaron ser muy bajos.

Siete de los nueve participantes coinciden en que de manera progresiva durante la evolución del tratamiento, aumenta la espontaneidad del diálogo, que se ha codificado como LIBERTAD y CONFIANZA. Durante la Entrevista en Profundidad, la investigadora principal debió haber indagado más, encaminando al participante a si este código o categoría influía en la recuperación o podía afectar en la relación con el fisioterapeuta o en la alianza terapéutica.

Los dos participantes que no comentaron, los resultados del test de Personalidad presentaron muy bajo en los factores Extroversión, Apertura y Amabilidad.

Maqueda Martínez MA, Martín Ibáñez L (2012) (3) efectuaron una revisión bibliográfica, concluyendo que tiene mayor impacto en la relación, la comunicación centrada en el paciente. Tienen en cuenta para el proceso, variables como empatía, aceptación incondicional, escucha activa, asertividad y comunicación no verbal. De esta manera aumenta por parte del paciente la satisfacción, confianza y la adherencia al tratamiento. También concluye valorando la opinión de los pacientes que éstos esperan que los profesionales combinen la competencia técnica con la amabilidad y humanidad, además de confianza.

Esta propuesta es compartida por Herrera Medina NE et al (2010) (39) y Girón M et al (2002) (26) quienes comentan el uso de las habilidades sociales como un recurso que debe ser incluido en la enseñanza sanitaria. Así lo reflejan en sus comentarios los participantes de este estudio en los códigos o categorías tales como PERCEPCIÓN INICIAL, comentando la importancia del contacto; LIBERTAD y CONFIANZA, desglosados en el párrafo anterior. La mayoría de los participantes son conscientes de que el fisioterapeuta ha actuado de manera individual y valorando en todo momento el umbral del dolor y de cansancio, recibiendo un TRATO PERSONALIZADO.

Con respecto a este último código o categoría, el participante A 3 no sintió esa dedicación, aunque disculpó al sistema sanitario. Esta respuesta puede haber influido porque en el test de personalidad resultó muy alto en el factor de Amabilidad.

Con respecto a los códigos o categorías PUNTUALIDAD, LUGAR y DURACIÓN DE LA CONSULTA, seis de los comentarios eran positivos, a excepción de los Ancianos que percibieron el tiempo de espera de asignación de la consulta como prolongado, teniendo que volver a pedir cita. Todos los participantes opinan que el primer día es para comenzar, ya que el médico es el que les ha visto, pero el fisioterapeuta también debe de realizar su propia valoración para poder plantear sus propios objetivos y adaptar correctamente el tratamiento. En un hospital, no reparan en ese tiempo, porque existe el médico rehabilitador, en cambio en el centro de salud, quien realiza la entrevista y valoración es el propio fisioterapeuta.

Herrera Medina NE et al (2010) (39) realizan un estudio cualitativo con médicos y pacientes. Desde el punto de vista de los pacientes, destacan la confianza y el respeto, así como la combinación de la profesionalidad y la humanidad (atención amable y con respeto). La adherencia terapéutica resultó escasa debido a la desconfianza y la dificultad de comunicación. En este estudio, los comentarios de LIBERTAD y CONFIANZA, fueron positivos por parte de los participantes. Todos habían vivido alguna situación comprometida, por ejemplo, modificar la hora del tratamiento o faltar a alguna sesión y se lo comunicaron al fisioterapeuta con total confianza y sin miedo.

Para el grupo etario de Adultos Tempranos, lo más importante es tener información sobre la intervención quirúrgica, evolución y posibles secuelas, así como si hay modificaciones en el tratamiento. También son más autónomos y quieren realizar tareas de forma activa y variada, siempre con la valoración del fisioterapeuta, no teniendo dificultad en realizar tareas domiciliarias.

Los Adultos Intermedios tienen en cuenta la comunicación no verbal y el contacto en una primera entrevista y la información que reclaman es sobre el equipo sanitario que participará en su operación, y una comunicación más organizada por parte del

personal sanitario. La evolución y la motivación son códigos o categorías poco o nada valorables por parte de este grupo etario ya que no realizaron ningún comentario al respecto.

Y para finalizar, los Ancianos valoraron la primera toma de contacto y la motivación cotidiana, y el trato con un lenguaje cariñoso por parte del fisioterapeuta. Y lo que menos les importó fue lo relacionado con la Familia de la Evolución, ya que están acostumbrados a cumplir las órdenes del personal sanitario, sin iniciativa propia.

8. RECOMENDACIONES

8. RECOMENDACIONES

Sería interesante para mejorar la relación fisioterapeuta-paciente, sensibilizar al equipo multidisciplinar en la importancia de establecer una comunicación eficaz con su paciente. De igual manera hay que propiciar que los pacientes tengan la libertad de preguntar acerca de su lesión o intervención quirúrgica, las posibles secuelas y complicaciones. Es decir, no negarle información que pueda influir en su evolución terapéutica.

También ayudaría el plantear objetivos a corto plazo, alcanzables para que el paciente este más involucrado en el tratamiento y aumente su motivación para la recuperación.

Se propone para futuros estudios realizar un seguimiento del tratamiento, no solo entrevistando a partir de la quinta sesión; sino, en distintos intervalos de tiempos, por ejemplo alrededor de 5 sesiones, al finalizar el ciclo de sesiones estipulado y a los 2 meses de darse de alta. Para conocer si existieron modificaciones en los comentarios, dependiendo de la evolución del participante y de las variaciones en la relación establecida.

También sería de interés el diferenciar la comunicación y la relación entre los fisioterapeutas con pacientes de distinto grado de enfermedad, como agudo y crónico, así como entre pacientes que están en Cuidados Intensivos y los ingresados en planta, introduciendo la figura del familiar en los resultados. También conocer que demandan los usuarios que utilizan un servicio sanitario de fisioterapia público o privado.

El conocer la opinión del servicio que prestan los propios fisioterapeutas también sería significativo. El conocimiento que tienen sobre las claves para garantizar una correcta empatía y la adherencia terapéutica.

8.1. Limitaciones del estudio

- Debido a que el programa ATLAS.ti 7 era una versión de prueba que solo permitía guardar proyectos con un límite de 10 documentos primarios de tamaño ilimitado, 100 citas o componentes, 50 códigos o categorías y 30 memos. Se ha reducido a 9 el número de participantes, distribuidos a 3, por cada cada grupo etario.
- De las variables recogidas en el Cuestionario de Datos Socio-Demográficos, no se han relacionado los comentarios con el fisioterapeuta responsable, ni los antecedentes médico, ni los fármacos prescritos, ni el número de fisioterapeutas que han intervenido en la misma lesión, por la limitación de tiempo.
- Se obvió la experiencia laboral y la formación de los fisioterapeutas, por igual motivo.

9. CONCLUSIONES

9. CONCLUSIONES

Se concluye, a partir de los resultados obtenidos en la investigación, la existencia de diferencias entre los distintos grupos etarios estudiados, con respecto a los aspectos de la relación fisioterapeuta-paciente, teniendo en cuenta los factores Socio-Demográficos y los rasgos de personalidad como potenciales influencias.

Los hallazgos más representativos del estudio fueron:

- Los pacientes estudiados han reconocido la importancia del primer contacto y la motivación, teniendo presente la comunicación verbal y no verbal. Lo que incide en la evolución de la patología y en la alianza terapéutica. Aunque los participantes A.I. 2 y A 1 pueden no haber sido del todo sinceros en sus comentarios, ya que en el factor de personalidad Extroversión tenían un resultado muy bajo.
- Durante las sesiones, los participantes han experimentado empatía, libertad y confianza con su fisioterapeuta. Los únicos participantes que no comentaron al último código o categoría pueden influir la puntuación de muy bajo en los factores de Extroversión, Apertura y Amabilidad.
- Los participantes fueron conscientes de la existencia de modificaciones en el tratamiento para su evolución, así como la sensación de estar recibiendo un tratamiento individualizado y personalizado, específico a su lesión o intervención quirúrgica.
- No estuvieron muy conformes con la información recibida sobre su lesión o tratamiento, por parte del servicio sanitario. Tan sólo el participante que mantuvo unos resultados muy bajos en los resultados del test de personalidad, estaba muy contento con la información que había obtenido por parte del médico.

10. BIBLIOGRAFÍA

10. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Noreña Peña AL, Cibanal Juan L, Alcaraz Moreno N. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. *Rev Esp Com Sal.* 2010; 1 (2): 113-129.
- (2) Martínez Rodríguez A, Fernández Cervantes R, Medina i Mirapeix F, Raposo Vidal I, Viñas Diz S, Chouza Insua M. Habilidades comunicacionales en la entrevista clínica. *Fisioterapia.* 2002; 24 (2): 90-96.
- (3) Maqueda Martínez MA, Martín Ibañez L. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. *Rev Esp Comun Salud.* 2012; 3 (2): 158-166.
- (4) Escolar Reina P, Medina i Mirapeix F, González Pérez. La dimensión educativa de la Fisioterapia: una oportunidad para mejorar la calidad asistencial. *Fisioterapia.* 1997; 19: 63-74.
- (5) Orueta Sánchez R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud.* 2005; 29 (2): 40-48.
- (6) Blázquez-Manzano A, Feu S, Ruiz-Muñoz E, Gutiérrez-Caballero JM. Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. *Rev Esp Com Sal.* 2012; 3 (1): 51-65.
- (7) Gallego T. Bases teóricas y fundamentos de la Fisioterapia. Madrid: Panamericana; 2007.
- (8) Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados 2013. Madrid: INE; 2014.
- (9) Comunidad de Madrid. Proyecto. Plan de ordenación de recursos humanos del servicio madrileño de salud. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2012.
- (10) Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. In: Couceiro A, editor. *Bioética para clínicos.* Madrid: Triacastela; 1999. p. 109-126.
- (11) Borrell i Carrió F. *Entrevista Clínica, manual de estrategias prácticas.* Barcelona: semFYC; 2004.
- (12) Vallejo-Nágera JA. *Introducción a la psiquiatría.* 10ª ed. Madrid: Científico-Médica; 1981.
- (13) Clèries X. *La comunicación: una competencia esencial para los profesionales de la salud.* Barcelona: Masson; 2006.

- (14)** Herráiz Bermejo L. Calidad de la percepción recibida por los pacientes hospitalizados a través de la comunicación terapéutica sensorial. RE (Serie Trabajo de Fin de Master). 2011; 3 (2): 706-719.
- (15)** Conferencia Sanitaria Internacional. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>. Acceso [3 de febrero 2014]
- (16)** Salinas Cruz E, Nava Galán MG. Adherencia terapéutica. Enf Neurol. 2012; 11 (2): 102-104.
- (17)** Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. The influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review. Phys Ther. 2010; 90(8):1099-1110.
- (18)** Cortese N. Relación médico-paciente. En: Cortese N, editor. Psicología Médica Salud Mental. Argentina: Nobuko; 2004. p. 37-49.
- (19)** Real Academia Nacional de Medicina. Diccionario de términos médicos. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012. Paciente; p. 1237. Material no publicado.
- (20)** Jeammet P, Reynaud M, Consoli SM. Manual de Psicología médica. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1999.
- (21)** Valverde Gefaell C. Comunicación terapéutica en enfermería. Madrid: DAE; 2007.
- (22)** Marco JC, Menéndez S, Moreno M. Actitudes de médicos rehabilitadores y fisioterapeutas en el tratamiento del paciente anciano. Fisioterapia 2000; 22 (1): 42-56.
- (23)** Kaplan HI SB. El ciclo vital. En: Kaplan HI SB, editor. Compendio de Psiquiatría. 2ª ed. Barcelona: Salvat; 1987. p. 1-8.
- (24)** Real Academia Nacional de Medicina. Diccionario de términos médicos. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012. Salud; p. 1457. Material no publicado.
- (25)** Real Academia Nacional de Medicina. Diccionario de términos médicos. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012. Enfermedad; p. 568. Material no publicado.
- (26)** Girón M, Beviá B, Medina E, Simón Talero M. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. Rev Esp Salud Pública. 2002; 76 (5): 561-575.
- (27)** Real Academia Nacional de Medicina. Diccionario de términos médicos. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012. Relación; p. 1457. Material no publicado.

- (28)** López Fernández D. Implantación de un sistema de evaluación de la calidad en un Servicio de Rehabilitación. *Fisioterapia*. 2000; 22 (3): 152-157.
- (29)** Swain J. Comunicación interpersonal. En: French S, Sim J, autores. *Fisioterapia: un enfoque psicosocial*. 3ª ed. Madrid: Mc Graw Hill; 2006. p. 193-205.
- (30)** García Sánchez LV. La relación terapeuta-paciente en la práctica fisioterapéutica. *Revi Cien Salud*. 2006; 4 (1): 39-51.
- (31)** Zambelli Pinto R, Ferreira ML, Oliveira VC, Franco MR, Adamas R, Maher CR et al. Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *Aust J Physiother*. 2012; 58; 77-87.
- (32)** Laín Entralgo P. *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza Universidad; 1983.
- (33)** Pujol Puig J, Bayo Tallón V, Causa Esquirol J, Sánchez Padilla M, Salas Gómez D, Olivera Noguerola C et al, editor. XVII Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Evaluación del grado de habilidad empática y de Burn-out en los profesionales de la rehabilitación funcional domiciliar.; 12-15 noviembre de 2013; Lleida: Investén-isciii; 2013.
- (34)** Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. 2007; *Liberabit*; 13: 71-78.
- (35)** Krause M. La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Temas de educación*. 1995; 7: 19-39.
- (36)** Susanne Friese. ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. Disponible en: <http://www.atlasti.com/index.html>. Acceso [27 de enero de 2014].
- (37)** Costa Jr PT, MrCrae RR. NEO FFI. Madrid: TEA Ediciones; 1999.
- (38)** Aguililla Liñan J, Roura Faja V. De fisioterapeuta a paciente, de biomédico a biopsicosocial. Disponible en: <http://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapeuta-paciente-biomedico-biopsicosocial>. Acceso [5 de enero de 2014]
- (39)** Herrera Medina NE, Guiterrez-Malaver ME, Ballesteros-Cabrera M, Izzedin-Bouquet R, Gómez-Sotelo AP, Sánchez-Martínez LM. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Rev. salud pública*. 2010; 12 (3): 343-355.

11. ANEXOS

11. ANEXOS

11.1. Anexo I. Cuestionario de Datos Socio-Demográfico



Departamento de Fisioterapia

Participante

Fisioterapeuta

DATOS PERSONALES

Edad:

Sexo: H M

Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Nivel de estudios: Analfabeta Estudios primarios Estudios secundarios
Estudios formativos Estudios universitarios

Situación laboral: Desempleado Empleado De baja Jubilado

DATOS CLÍNICOS DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

Diagnóstico: Fecha: / /

Fecha de inicio del tratamiento fisioterapéutico: / /

Frecuencia del tratamiento fisioterapéutico: diario 3 días 2 días

Antecedentes de interés/ Fármacos:

Número de fisioterapeutas le han tratado para esta lesión:

11.2. Anexo II. Cuestionario de Personalidad



Departamento de Fisioterapia

Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI)

Traducido por: Cordero, Pamos y Seisdedos, siendo la última revisión en 2008.

Este cuestionario consta de 60 afirmaciones en referencia a su forma de ser o comportarse. Por favor, lea cada frase con atención. Debe indicar su grado de acuerdo según el siguiente código:

- (0) Total desacuerdo.**
- (1) Desacuerdo.**
- (2) Neutral.**
- (3) De acuerdo.**
- (4) Totalmente de acuerdo.**

Marque el dígito elegido en el espacio existente a la derecha del número de ítem. No hay respuestas correctas ni incorrectas, y no se necesita ser un experto para contestar a este cuestionario. Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible. No hay tiempo límite, pero intente no entretenerse con la respuesta. No deje NINGUNA respuesta en blanco.

1. ___ A menudo me siento inferior a los demás.
2. ___ Soy una persona alegre y animosa.
3. ___ A veces, cuando leo una poesía o contemplo una obra de arte, siento profunda emoción o excitación.
4. ___ Tiendo a pensar lo mejor de la gente.
5. ___ Parece que nunca soy capaz de organizarme.
6. ___ Rara vez me siento con miedo o ansioso.
7. ___ Disfruto mucho hablando con la gente.
8. ___ La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.

9. ___ A veces intimidado o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.
10. ___ Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.
11. ___ A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.
12. ___ Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.
13. ___ Tengo gran variedad de intereses intelectuales.
14. ___ A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.
15. ___ Trabajo mucho para conseguir mis metas.
16. ___ A veces me parece que no valgo absolutamente nada.
17. ___ No me considero especialmente alegre.
18. ___ Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y la naturaleza.
19. ___ Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.
20. ___ Tengo mucha auto-disciplina.
21. ___ A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.
22. ___ Me gusta tener mucha gente alrededor.
23. ___ Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.
24. ___ Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.
25. ___ Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.
26. ___ Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.
27. ___ No soy tan vivo ni tan animado como otras personas.
28. ___ Tengo mucha fantasía.
29. ___ Mi primera reacción es confiar en la gente.
30. ___ Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.
31. ___ A menudo me siento tenso e inquieto.
32. ___ Soy una persona muy activa.
33. ___ Me gusta concentrarme en un sueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.
34. ___ Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.
35. ___ Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.
36. ___ A veces me he sentido amargado y resentido.
37. ___ En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.

38. ___ Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.
39. ___ Tengo mucha fe en la naturaleza humana.
40. ___ Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.
41. ___ Soy bastante estable emocionalmente.
42. ___ Huyo de las multitudes.
43. ___ A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas.
44. ___ Trato de ser humilde.
45. ___ Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.
46. ___ Rara vez estoy triste o deprimido.
47. ___ A veces rebose felicidad.
48. ___ Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.
49. ___ Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.
50. ___ En ocasiones primero actúo y luego pienso.
51. ___ A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.
52. ___ Me gusta estar donde está la acción.
53. ___ Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países.
54. ___ Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario.
55. ___ Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna.
56. ___ Es difícil que yo pierda los estribos.
57. ___ No me gusta mucho charlar con la gente.
58. ___ Rara vez experimento emociones fuertes.
59. ___ Los mendigos no me inspiran simpatía.
60. ___ Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer.

¡POR FAVOR, COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO NINGUNA RESPUESTA EN BLANCO!

REGLAS DE CORRECCIÓN DEL NEO-FFI:

La puntuación directa en cada escala se obtiene sumando las respuestas de los sujetos en los ítems correspondientes. Los ítems que llevan un signo negativo antes suman inversamente, es decir, una respuesta de 4 suma 0, 3 suma 1, 2 suma 2, 1 suma 3 y 0 suma 4.

NEUROTICISMO (N): 1, (-) 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, (-) 41, (-) 46, 51, (-) 56.

EXTROVERSIÓN (E): 2, 7, 12, (-) 17, 22, (-) 27, 32, (-) 37, (-) 42, 47, 52, (-) 57.

APERTURA A LA EXPERIENCIA (O): 3, (-) 8, 13, 18, (-) 23, 28, 33, (-) 38, (-) 43, 48, 53, (-) 58.

AMABILIDAD (A): 4, (-) 9, (-) 14, (-) 19, 24, 29, (-) 34, 39, 44, 49, (-) 54, (-) 59.

RESPONSABILIDAD (C): (-) 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, (-) 50, (-) 55, (-) 60.

11.3. Anexo III. Protocolo para la Entrevista en Profundidad

Diseñado por la autora.



Departamento de Fisioterapia

- 1) ¿Ha acudido a la consulta de rehabilitación por iniciativa propia o porque se lo han prescrito?
- 2) ¿Comenzó el tratamiento de rehabilitación en el tiempo estipulado?
- 3) ¿Eligió personalmente a su fisioterapeuta?
- 4) ¿Qué impresión inicial le dio el/la fisioterapeuta?
- 5) ¿Le recordó a alguien que había conocido con anterioridad?
- 6) ¿Cómo fue el saludo inicial?
- 7) ¿Cómo le gustaría que hubiera sido?
- 8) ¿Le inspiró confianza durante su intervención?
- 9) ¿Podría especificar las circunstancias que le inspiraron dicha confianza?
- 10) ¿Cómo le pareció el lugar donde se efectuó la primera consulta?
- 11) ¿Se sintió cómodo/a durante el tratamiento?
- 12) ¿Cómo percibió el acercamiento físico de su fisioterapeuta?
- 13) ¿Sintió libertad para comunicarse con su fisioterapeuta?
- 14) ¿Necesitó hacerlo durante algún momento?
- 15) ¿Tuvo la sensación de haber recibido un trato personalizado?
- 16) ¿Utilizó el fisioterapeuta datos de la historia clínica antes de empezar su intervención?
- 17) ¿Le hubiese gustado que lo hubiese hecho?
- 18) ¿Al acudir a la consulta tenía conocimiento de su lesión?
- 19) ¿Quién se lo explicó?
- 20) ¿Ha entendido lo que le explicaba?
- 21) Su lesión, ¿le ha afectado de alguna otra manera?
- 22) ¿Ha pautado con el/la fisioterapeuta un objetivo a alcanzar con el tratamiento?
- 23) ¿Sus consultas comenzaban a la hora prevista?
- 24) ¿Sintió que duraron el tiempo apropiado?

- 25) ¿Sintió que su fisioterapeuta se encontraba involucrado profesionalmente con su tratamiento?
- 26) ¿Qué actitud percibió por parte del profesional?
- 27) ¿Ha sentido que su fisioterapeuta se ponía en su lugar (empatizaba) durante el tratamiento?
- 28) ¿Cree que la relación con el profesional mejoró con el tiempo o no?
- 29) ¿Piensa que la relación con su fisioterapeuta ha influido en la evolución de su enfermedad?
- 30) ¿Cómo definiría su relación con su fisioterapeuta?

11.4. Anexo IV. Hoja informativa para Participantes de Investigación



Departamento de Fisioterapia

HOJA INFORMACIÓN AL PACIENTE PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: EXPERIENCIAS SOBRE LA RELACIÓN FISIOTERAPÉUTA-PACIENTE: UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA.

INVESTIGADORES IMPLICADOS: LETICIA AGUADO GIL (investigador principal). ALBA CANTERO CARRILLO Y LORENA CAPELLÁN FERNÁNDEZ (investigadores secundarios). EGLÉE ICIARTE LAVIERI (Tutora).

CENTRO: HOSPITAL DE LA DIRECCIÓN ASISTENCIAL ESTE DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

Participación voluntaria

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su fisioterapeuta ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

¿Por qué se realiza el estudio?

La finalidad de este estudio es conocer su opinión acerca de la calidad de la relación que mantiene con su fisioterapeuta.

¿Cuál son los objetivos del estudio?

Este estudio tiene como fin, estudiar la calidad de la relación fisioterapeuta-paciente en personas que se encuentran en tratamiento fisioterapéutico en la actualidad.

¿Cómo se va a realizar el estudio?

Esta investigación se efectuará mediante el método cualitativo, específicamente Entrevistas en Profundidad, ya que se quiere estudiar la relación que mantienen con su fisioterapeuta, durante su intervención, intentando comprender sus sentimientos y actitudes. Con ello se quiere alcanzar los objetivos planteados, ya que la relación fisioterapeuta-paciente tiene gran importancia para abordar el tratamiento de manera más eficiente. Cada entrevista se iniciará con la explicación del procedimiento a seguir, explicándole el empleo de una grabadora con el propósito de recopilar el máximo de información del discurso y los detalles acerca de su experiencia en la relación con su fisioterapeuta. De esta manera se podrán transcribir las ideas que usted ha expresado literalmente. Se recolectarán datos personales y datos clínicos archivados en un cuestionario Socio-Demográfico individualizado. A continuación, se entregará un cuestionario de Personalidad que ayudará a validar con mayor consistencia la investigación. Finalmente se abordará la entrevista personalizada, en la que se quiere preguntar sobre cómo ha sido su experiencia y si cree que podría haber alguna modificación para mejorarla. Para todo ello serán necesarios unos 30 minutos.

¿Qué beneficios puedo obtener por participar en este estudio?

El participante puede obtener conocimientos acerca de la relación óptima y satisfactoria que cualquier personal sanitario debería de realizar en el momento de intervención, llegando a lograr una mejora en ésta.

¿Qué riesgos y/o molestias puedo sufrir por participar en el estudio?

No existe riesgo alguno, ni efectos colaterales, tanto en la relación e intervención establecida con el fisioterapeuta ni con el personal sanitario.

¿Qué datos se van a recoger?

Se registrarán datos personales como las iniciales de identidad, la edad, el sexo, estado civil, nivel de estudios y situación laboral. También se recolectará información relacionada con el tratamiento fisioterapéutico como: el diagnóstico y la fecha, la fecha de inicio y frecuencia del tratamiento fisioterapéutico, antecedentes personales, fármacos prescritos y número de fisioterapeutas que le han tratado para esta lesión.

Las opiniones dadas en la entrevista serán codificadas con las iniciales de identidad, así como la inicial del grupo de edad correspondiente (“A.T”, “A.I”, “A”), seguido de un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

¿Cómo se tratarán mis datos y cómo se preservará la confidencialidad?

Todos sus datos se tratarán confidencialmente por personas relacionadas con el investigador y obligadas por el deber de secreto profesional. También podrían tener acceso las autoridades sanitarias o algún miembro designado del Comité de Ética de Investigación Clínica, si así lo solicitaran. Estos controles se realizan para garantizar que se han respetado los derechos de los pacientes.

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos, debe saber que tiene derecho acceder a los datos que de Vd. se guarden, también tiene derecho a oponerse a que se recojan todos o parte de los datos que se piden, a rectificarlos y a cancelarlos, sin tener que dar ninguna explicación.

¿Me puedo retirar del estudio?

La participación en el estudio es totalmente voluntaria, así como la posibilidad de retirarse del mismo en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que por ello se altere la relación con su fisioterapeuta, ni se produzca perjuicio en el tratamiento.

¿Quién supervisa el estudio?

La profesora Asociada Eglée Iciar Lavieri, Médico Psiquiatra, de la Universidad de Alcalá (Departamento de Medicina y Especialidades Médicas).

¿Con quién puedo contactar en caso de duda?

En caso de dudas y preguntas puede dirigirse a Leticia Aguado Gil, investigadora del estudio. Puede acudir al mismo contacto si necesita información, tiene alguna reclamación o queja relacionada con su participación con este estudio.

Correo electrónico: leticia.aguado@alu.uah.es

11.5. Anexo V. Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación



Departamento de Fisioterapia

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: EXPERIENCIAS SOBRE LA RELACIÓN FISIOTERAPÉUTA-PACIENTE: UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA.

INVESTIGADORES IMPLICADOS: LETICIA AGUADO GIL (investigador principal). ALBA CANTERO CARRILLO Y LORENA CAPELLÁN FERNÁNDEZ (investigadores secundarios). EGLÉE ICIARTE LAVIERI (Tutora).

CENTRO: HOSPITAL DE LA DIRECCIÓN ASISTENCIAL ESTE DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Yo, Don / Doña:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con Leticia Aguado Gil (investigadora principal del estudio).
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 1. Cuando quiera.
 2. Sin tener que dar explicaciones.
 3. Sin que esto repercuta en mis cuidados y tratamientos fisioterapéuticos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para la grabación de voz, así como al acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la Hoja de Información.

Firma de la paciente:

Firma del investigador:

Nombre y Fecha:

Nombre y Fecha:

11.6. Anexo VI. Datos Socio-Demográficos recogidos según el grupo etario

GRUPOS ETARIO (AÑOS)	DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS	
Adulto Temprano (A.T)	A.T 1	Fisioterapeuta: F2 Edad: 30 Sexo: hombre Estado civil: casado Nivel de estudios: estudios secundarios Situación laboral: empleado Diagnóstico: ligamentoplastia y sutura del menisco externo (cirugía programada) Fecha de diagnóstico: 14/12/2013 Fecha de inicio del tratamiento de fisioterapia: 11/02/2014 Frecuencia: diaria Nº de fisioterapeutas: 1
	A.T 2	Fisioterapeuta: F2 Edad: 28 Sexo: mujer Estado civil: soltera Nivel de estudios: Estudios formativos Situación laboral: desempleado Diagnóstico: condromalacia rotuliana 2ª intervención (cirugía programada) Fecha de diagnóstico: 14/10/2013 Fecha de inicio del tratamiento de fisioterapia: 2/12/2013 Frecuencia: diaria Nº de fisioterapeutas: 1
	A.T 3	Fisioterapeuta: F3 Edad: 39 Sexo: mujer Estado civil: soltera Nivel de estudios: estudios primarios Situación laboral: desempleada Diagnóstico: acromioplastia del deltoides posterior (cirugía programada) Fecha de diagnóstico: 9/12/2013 Fecha de inicio del tratamiento de fisioterapia: 11/03/2014 Frecuencia: diaria Nº de fisioterapeutas: 1

GRUPO ETARIO (AÑOS)	DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS	
Adulto Intermedio (A.I)	A.I 1	Fisioterapeuta: F3 Edad: 41 Sexo: mujer Estado civil: casada Nivel de estudios: estudios primarios Situación laboral: desempleada Diagnóstico: fractura de la cabeza del radio (cirugía de urgencia) Fecha de diagnóstico. 10/12/2013 Fecha de inicio del tratamiento de fisioterapia: 02/02/2014 Frecuencia: diaria Nº de fisioterapeutas: 1
	A.I 2	Fisioterapeuta: F3 Edad: 53 Sexo: mujer Estado civil: soltera Nivel de estudios: estudios secundarios Situación laboral: de baja Diagnóstico: rotura de los dos calcáneos (cirugía de urgencia) Fecha de diagnóstico. 9/10/2013 Fecha de inicio del tratamiento de fisioterapia: 02/12/2013 Frecuencia: diaria Nº de fisioterapeutas: 1
	A.I 3	Fisioterapeuta: F3 Edad: 43 Sexo: mujer Estado civil: soltera Nivel de estudios: estudios universitarios Situación laboral: empleado Diagnóstico: osteotomía de cúbito (cirugía de urgencia) Fecha de diagnóstico. 20/01/2014 Fecha de inicio del tratamiento de fisioterapia: 20/02/2014 Frecuencia: diaria Nº de fisioterapeutas: 1

GRUPO ETARIO (AÑOS)	DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS	
Anciano (A)	A 1	Fisioterapeuta: F1 Edad: 68 Sexo: hombre Estado civil: casado Nivel de estudios: Estudios universitarios Situación laboral: jubilado Diagnóstico: rotura del soleo y fibras del tendón de Aquiles (sin cirugía) Fecha de diagnóstico: 01/10/2013 Fecha de inicio del tratamiento de fisioterapia: 13/02/2014 Frecuencia: diaria Nº de fisioterapeutas: 1
	A 2	Fisioterapeuta: F1 Edad: 76 Sexo: mujer Estado civil: casada Nivel de estudios: analfabeta Situación laboral: jubilada Diagnóstico: prótesis invertida de la cabeza del húmero (cirugía de urgencia) Fecha de diagnóstico: 26/11/2013 Fecha de inicio del tratamiento de fisioterapia: 26/12/2013 Frecuencia: diaria Nº de fisioterapeutas: 1
	A 3	Fisioterapeuta: F2 Edad: 73 Sexo: hombre Estado civil: divorciado Nivel de estudios: estudios primarios Situación laboral: jubilado Diagnóstico: rotura del supraespinoso (sin cirugía) Fecha de diagnóstico: 15/06/2013 Fecha de inicio del tratamiento de fisioterapia: 02/02/2014 Frecuencia: diaria Nº de fisioterapeutas: 1

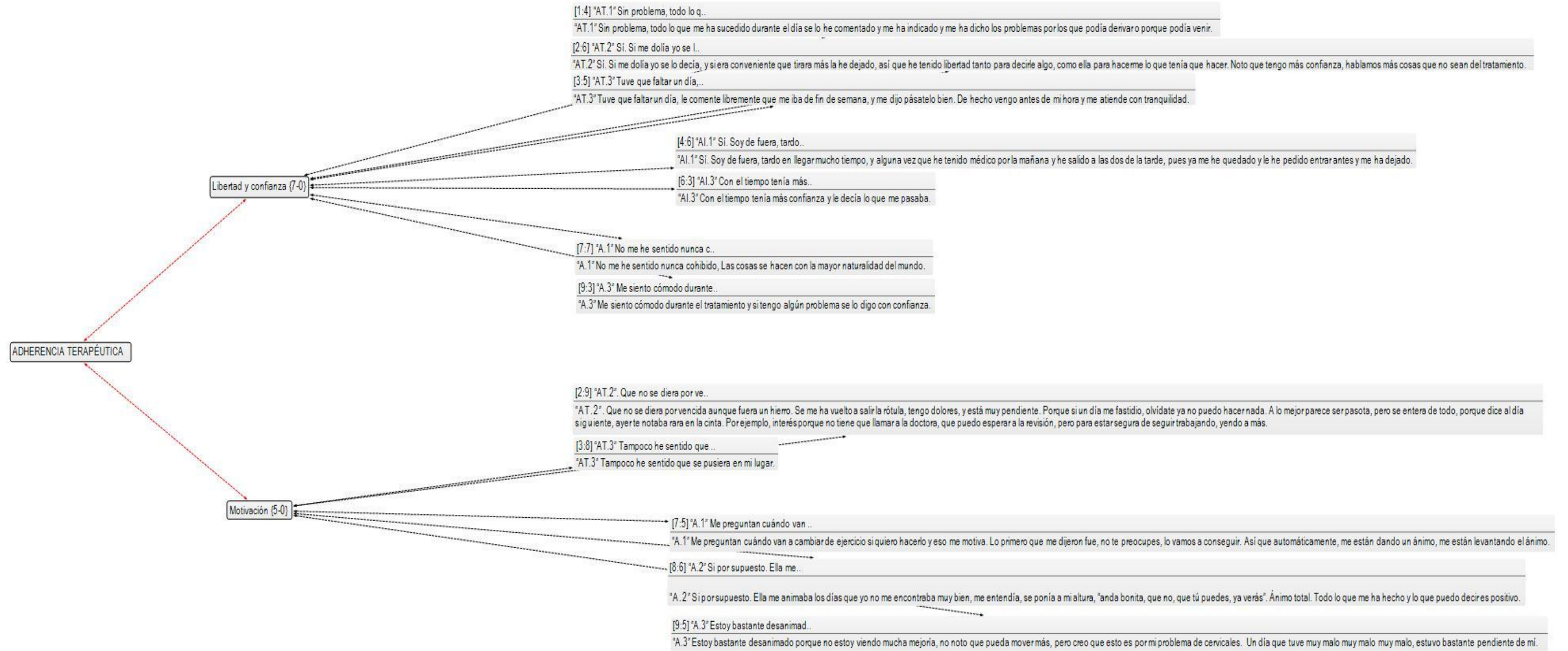
11.7. Anexo VII. Network de la Familia I. COMUNICACIÓN



10.8. Anexo VIII. Network de la Familia II. EMPATÍA



10.9. Anexo IX. Network de la Familia III. ADHERENCIA TERAPÉUTICA



10.10. Anexo X. Network de la Familia IV. EVALUACIÓN DE LA CONSULTA

