



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

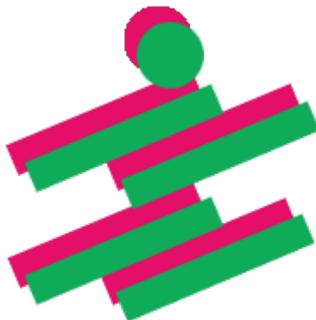
TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN FISIOTERAPIA

Evaluación de la percepción de 71 pacientes sobre las habilidades comunicacionales del fisioterapeuta

Evaluation of the perception of 71 patients on the communication skills of
the physiotherapist

Evaluación da percepción de 71 pacientes sobre as habilidades
comunicacionais do fisioterapeuta



Facultad de Fisioterapia

Alumno: D. Miguel Anxo Taboada Ulloa

DNI: 47380240 X

Tutor: D.Fernando Ramos Gómez

Convocatoria: Junio 2018

1. RESUMEN.....	7
1. ABSTRACT	8
1. RESUMO	9
2. INTRODUCCIÓN.....	10
TIPO DE TRABAJO	10
MOTIVACIÓN PERSONAL	10
3. CONTEXTUALIZACIÓN	11
ALIANZA TERAPÉUTICA	11
COMUNICACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.....	12
JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	13
4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	14
4.1. HIPÓTESIS.....	14
4.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	14
4.3. OBJETIVOS PRINCIPALES	14
4.4. OBJETIVOS SECUNDARIOS	15
5. METODOLOGÍA.....	16
5.1. TIPO DE TRABAJO.....	16
5.2. ÁMBITO DE ESTUDIO	16
5.3. PERÍODO DE ESTUDIO Y PLAN DE TRABAJO	17
5.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN	17
5.4.1. <i>Criterios de inclusión</i>	17
5.4.2. <i>Criterios de exclusión</i>	17
5.5. JUSTIFICACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL	18
5.6. SELECCIÓN DE LA MUESTRA	18
5.7. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES A ESTUDIAR.....	18
5.8. MEDICIONES E INTERVENCIÓN.....	19
5.8.1. <i>Intervención</i>	19
5.8.2. <i>Mediciones</i>	19
5.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	22
5.10. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES	23
5.11. MEMORIA ECONÓMICA	23
6. RESULTADOS.....	24
6.1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA	24
6.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS ESCALAS.....	26

6.3. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE CAT CON VARIABLES	28
7. DISCUSIÓN	30
7.1. PERCEPCIÓN DE LA COMUNICACIÓN Y SUS ELEMENTOS	30
7.2. LA COMUNICACIÓN Y SU INFLUENCIA SOBRE LA FUNCIÓN Y LA MEJORÍA DEL DOLOR	31
8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	35
8.1. TAMAÑO MUESTRAL Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	35
8.2. HETEROGENEIDAD DE LOS PACIENTES.....	35
9. APLICABILIDAD DEL ESTUDIO	36
10. CONCLUSIONES.....	37
11. AGRADECIMIENTOS	38
12. BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	44
ANEXO 1. COMMUNICATION ASSESSMENT TOOL Y GRADO DE MEJORÍA (ESCALA DE 1-7)	44
ANEXO 2. UPPER LIMB FUNCTIONAL INDEX- SP	45
ANEXO 3. LOWER LIMB FUNCTIONAL INDEX- SP	46
ANEXO 4. SPINE FUNCTIONAL INDEX- SP	47
ANEXO 5. CONSENTIMIENTO DEL HOSPITAL DE ELABORACIÓN DEL PROYECTO	48
ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE	49
ANEXO 7. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE PARA EL ESTUDIO.....	50

Índice de tablas

TABLA 1. PLAN DE TRABAJO.....	17
TABLA 2. VARIABLES DE ESTUDIO	18
TABLA 3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES.....	24
TABLA 4. ANÁLISIS DE LAS PUNTUACIONES EN LA ESCALA DE MEJORÍA, ULFI, LLFI Y SFI.....	26
TABLA 5. PUNTUACIONES EN LA COMMUNICATION ASSESSMENT TOOL E ÍTEMS.....	27
TABLA 6. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE LA CAT CON OTRAS VARIABLES.....	28

Índice de figuras

FIGURA 1. MOTIVO DE CONSULTA POR REGIÓN	25
--	-----------

Acrónimos

CAT	Comité de ética de la investigación
ULFI	Upper Limb Functional Index
LLFI	Lower Limb Functional Index
SFI	Spine Functional Index
UDC	Universidade da Coruña
SERGAS	Servicio Galego de Saúde
PROM	Paciente Reportes Outcome Measures
CGI-i	Clinical Global Impression Improvement
DE	desviación estándar
P	nivel de significación
N	número de participantes
WATOCI	Working Alliance Theory of Change Inventory
WAI	Working Alliance Inventory

1. RESUMEN

Introducción: la comunicación juega un papel muy importante en la alianza terapéutica, un concepto que parece estar tomando relevancia en el ámbito de la fisioterapia en parte por la más que posible implicación sobre el resultado de la intervención terapéutica.

Objetivo: los objetivos del estudio son evaluar la percepción del paciente sobre las habilidades comunicacionales de su fisioterapeuta, cuáles son los parámetros mejor valorados y si existe relación entre la percepción de la comunicación en el resultado clínico de la intervención.

Material y método: se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal con una muestra de 71 pacientes de la unidad de rehabilitación del Hospital Quirónsalud seleccionados por conveniencia. Se recogió información personal básica del paciente. La comunicación se evaluó con la Communication Assessment Tool (CAT), la funcionalidad con la versión española de el Upper Limb Functional Index (ULFI), el Lower Limb Functional Index (LLFI) y el Spine Functional Index (SFI) y por último el grado de mejoría del dolor con una escala Likert (1-7).

Resultados: la puntuación media en la CAT y su desviación estándar es de $4,64 \pm 0,49$. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la comunicación CAT y la mejoría del dolor ($p=0.78$) y funcionalidad ($p=0.193$, $p=0.461$, $p=0.199$ dependiendo de la escala)

Conclusiones: la percepción de la comunicación entre el fisioterapeuta y el paciente obtiene puntuaciones elevadas. Pese a que este estudio no evidencia la importancia de la comunicación en el resultado del tratamiento, las líneas actuales de investigación sugieren lo contrario.

Palabras clave: alianza terapéutica, comunicación, fisioterapia, dolor

1. ABSTRACT

Background: communication plays a very important role in the therapeutic alliance, a concept that seems to be taking relevance in the field of physiotherapy probably because of the more than possible implication in the outcome of the therapeutic intervention.

Objective: the aims of the present study is to to assess the patient's perception of the communication skills of their physiotherapist, which are the most valued parameters and if there is a relationship between the perception of communication in the clinical outcome of the intervention.

Material and methods: it is a descriptive, observational, cross-sectional study with a sample of 71 patients from the rehabilitation unit at Hospital Quirónsalud selected by convenience. Basic personal data was gathered for the study. Communication was measured with the Communication Assessment Tool (CAT), the functionality with the spanish version of the Upper Limb Functional Index (ULFI), the Lower Limb Functional Index (LLFI) and the Spine Functional Index (SFI) and last the improvement in pain with a Likert scale (1-7).

Outcomes: Mean and standard deviation of the CAT was 4.64 ± 0.49 . No statistically significant correlations were found between the CAT communication and improvement of pain ($p=0.78$) and functionality ($p=0.193$, $p=0.461$, $p=0.199$ depending on the scale)

Conclusions: The perception of communication between the physiotherapist and the patient has high scores. Although this study does not show the importance of communication in the outcome of treatment, current lines of research suggest otherwise.

Palabras clave: therapeutic alliance, communication, physiotherapy, pain

1. RESUMO

Introdución: a comunicación desempeña un papel moi importante na alianza terapéutica, un concepto que parece estar tendo relevancia no campo da fisioterapia en parte debido á implicación máis que posible do resultado na intervención terapéutica.

Obxectivos: os obxectivos do estudio son determinar a percepción do paciente sobre a comunicación entre o fisioterapeuta e o paciente, cales son os aspectos a mellorar e se esta comunicación ten repercusións no resultado clínico da intervención.

Material e método: trátase dun estudio descriptivo, observacional e transversal cunha mostra de 71 pacientes da unidade de rehabilitación do Hospital Quirónsalud seleccionados por conveniencia. Recolleuse información persoal básica do paciente. A comunicación foi avaliada coa Communication Assessment Tool (CAT), a funcionalidade coa versión española do Upper Limb Functional Index (ULFI), o Lower Limb Functional Index (LLFI) e o Spine Functional Index (SFI) e por último o grado de melloría da dor cunha escala Likert (1-7).

Resultados: a puntuación media no CAT e a súa desviación estándar é de $4,64 \pm 0,49$. Non se atoparon relacións estadísticamente significativas entre a comunicación CAT e dor ($p=0.78$) e funcionalidade ($p=0.193$, $p=0.461$, $p=0.199$ dependendo da escala)

Conclusións: a percepción da comunicación entre o fisioterapeuta e o paciente obtén puntuacións altas. Aínda que este estudo non mostra a importancia da comunicación no resultado do tratamento, as liñas actuais de investigación suxiren o contrario.

Palabras chave: alianza terapéutica, comunicación, fisioterapia, dor

2. INTRODUCCIÓN

Tipo de trabajo

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y observacional.

Motivación personal

La motivación de la realización de este trabajo atiende a varias razones. La primera de ellas es la toma de consciencia de la importancia de la relación con el paciente dentro del paradigma biopsicosocial actual en las ciencias de la salud. Creo además que la comunicación es un elemento clave para la consecución de una buena alianza terapéutica, que como veremos más adelante parece tener un rol importante en el éxito de nuestra intervención.

En el aspecto más personal, creo que uno de mis puntos débiles dentro de las prácticas clínicas ha sido la comunicación con el paciente, siendo este estudio una buena manera de explorar las diferentes dimensiones de la comunicación clínica.

3. CONTEXTUALIZACIÓN

Alianza terapéutica

El concepto de alianza terapéutica se ha desarrollado ampliamente durante el siglo XX en el ámbito de la psicoterapia y en otras ciencias de la salud durante este último siglo. En el caso de la fisioterapia no ha sido hasta hace unos años cuando realmente ha cobrado relevancia este concepto en la práctica clínica.

La primera descripción de lo que más tarde se conoce como alianza terapéutica parece remontarse a 1913 de manos de Sigmund Freud¹, a la que él llama transferencia. Pese a que en un principio Freud no reconocía el carácter beneficioso de esta alianza si lo hará posteriormente.

Durante el resto del siglo XX otros autores como Zeitzel o Greenson^{2,3} ayudaron a definir y ampliar el concepto, así como las implicaciones clínicas. Sin embargo, fueron Bordin primero y Luborsky^{4,5} después quienes establecieron las definiciones más extendidas en la actualidad. En 1976 Bordin⁶ establece la alianza terapéutica como el “encaje y colaboración entre cliente (paciente) y terapeuta” y además identifica 3 componentes básicos: acuerdo en objetivos, acuerdo en tareas y vínculo positivo. De modo similar Luborsky, propone una definición más dinámica, ya que dentro del propio proceso terapéutico describe dos tipos de alianza en función de la etapa en la que se encuentra este proceso. Durante la primera etapa, se establece una alianza en la que cobra más protagonismo el terapeuta y en la segunda, el paciente asume un rol más activo con el fin de conseguir conjuntamente los objetivos planteados. Como vemos en estas dos definiciones ni los componentes de Bordin ni los tipos de alianza de Luborsky están reñidos ni son excluyentes, por lo tanto, se pueden sacar conclusiones de ambos.

En cuanto a los resultados del tratamiento en psicoterapia, Bordin plantea que la alianza terapéutica ejerce una influencia positiva, no como cura en sí misma, pero sí como un ingrediente que ayuda al paciente a aceptar y confiar en su tratamiento.⁷

Actualmente, existen numerosos estudios que avalan la importancia de la alianza terapéutica en psicoterapia como un aspecto clave en una intervención satisfactoria. El éxito del tratamiento y diferentes síntomas como el bienestar, la ansiedad, la depresión, la adherencia y otras características propias de la enfermedad (bulimia, síndrome de la fatiga crónica, trastorno por estrés traumático, fumadores, etc) se han visto influenciados

positivamente por una fuerte alianza terapéutica.⁸⁻¹³ En el ámbito de la medicina también existe evidencia acerca de la importancia de actitudes empáticas para conseguir una respuesta satisfactoria del tratamiento.¹⁴⁻¹⁶

En fisioterapia y rehabilitación física existen estudios que valoran la alianza terapéutica y su relación con la satisfacción general pero muy pocos que se centren en un parámetro clínico como puede ser el dolor o la funcionalidad.¹⁷⁻²¹

La falta de investigación dentro de esta temática se puede deber a varios motivos como por ejemplo la reciente aparición del paradigma biopsicosocial en nuestro ámbito. Es por eso que son necesarios más estudios que evalúen no sólo la comunicación y alianza terapéutica sino también las implicaciones sobre parámetros clínicos.

Comunicación centrada en el paciente

La comunicación es el proceso mediante el cual se transmite una información de una entidad a otra y viceversa (paciente-terapeuta), que como hemos visto antes, es un elemento clave de la alianza terapéutica. Esta interacción va a provocar alteraciones en el estado de los conocimientos de las partes implicadas. Estos cambios en el ámbito clínico deben de ser lo más positivos y beneficiosos posible, por lo que el terapeuta no solo debe utilizar estrategias para conseguir la máxima información relevante del paciente, sino que también debe transmitir la información relevante de la manera más clara y concisa posible durante toda la intervención. Sin embargo, no solo la información en sí hace que una comunicación sea buena; tal y como postula Albert Mehrabian en 1972, existen tres elementos claves en la comunicación: el lenguaje verbal (qué se dice), el paraverbal (entonación, pausas, énfasis...) y el no verbal (gestos, postura, mirada...) siendo estos dos últimos los que más parecen contribuir y es por tanto que el desarrollo de cada uno de ellos lo que nos permitirá una mejor relación con el paciente.

La comunicación centrada en el paciente fue desarrollada por Carl Rogers, quien defendía que dependía del paciente una intervención terapéutica satisfactoria ya que era el propio paciente quien poseía herramientas y creencias necesarias para lograr los objetivos planteados.

Más recientemente autores como Cott o Mean y Bower^{22,23}, han ayudado a perfilar el concepto, estableciendo dimensiones dentro de este, como la perspectiva biopsicosocial, las creencias y personalidad del paciente y el fisioterapeuta, la

interacción y la responsabilidad conjunta del proceso clínico, reflejando así una vez más la importancia del empoderamiento del paciente y relegando al terapeuta a una posición más asistencial o facilitadora del paciente.

En la práctica clínica este tipo de comunicación es la que parece ser la más adecuada debido al cambio de un paradigma biomédico al paradigma biopsicosocial y la relación positiva que existe entre este tipo de comunicación y una mejor alianza terapéutica.^{24,25}

Uno de los principales motivos de consulta de fisioterapia son las alteraciones que cursan con dolor como manifestación clínica predominante. Existen numerosas publicaciones que alertan sobre los bajos niveles de satisfacción manifestados por los pacientes en relación al proceso de comunicación.²⁶

Para los que sufren dolor, implementar estrategias que permitan mejorar la comunicación entre el paciente y el proveedor de salud, han demostrado un efecto beneficioso en la reducción de su sufrimiento y mejora de la adherencia al tratamiento²⁷⁻
29

No se conocen con exactitud los mecanismos por los cuáles la comunicación centrada en el paciente influye sobre los síntomas, pero se postula el aumento de la autoeficacia percibida como aspecto directamente relacionado con la disminución de su dolor relacionándose ésta con una mejor percepción de la comunicación con el profesional.²⁸

Justificación del trabajo

A la vista de la situación actual del tema parece que conceptos como el paradigma biopsicosocial, la alianza terapéutica o la comunicación centrada en el paciente son fundamentales para el devenir de la intervención de fisioterapia y otras ciencias de la salud. No tan claro parece el rol concreto de esta relación terapeuta-paciente en la mejoría clínica, así como cuáles con los aspectos específicos de la comunicación que tengan mayor influencia y que el paciente percibe como necesarios.

Todos estos aspectos juegan un papel esencial en la calidad asistencial de nuestra profesión, con repercusiones directas sobre costes sanitarios, salud comunitaria o reputación de los profesionales sanitarios siendo necesaria por tanto la aparición de líneas de investigación en esta dirección.

4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

4.1. Hipótesis

Hipótesis 1 (H1)

H₁₀=La media en la puntuación de la CAT es menor a 4,7

H₁₁=La media en la puntuación de la CAT es mayor o igual a 4,7

Hipótesis 2 (H2)

H₂₀=No existe una relación que sugiera que a mayor puntuación de la CAT haya un mayor grado de mejoría del dolor del paciente.

H₂₁=Existe una relación que sugiera que a mayor puntuación de la CAT haya un mayor grado de mejoría del dolor del paciente.

Hipótesis 3 (H3)

H₃₀=No existe una relación que sugiera que a mayor puntuación de la CAT se obtengan puntuaciones más bajas en las Functional Index.

H₃₁=Existe una relación que sugiera que a mayor puntuación de la CAT se obtengan puntuaciones más bajas en las Functional Index.

4.2. Preguntas de investigación

¿Cómo perciben los pacientes la comunicación de su fisioterapeuta?

¿Qué aspectos de la comunicación son los mejor y peor valorados por el paciente?

¿Tiene la comunicación implicaciones sobre el resultado del tratamiento?

4.3. Objetivos principales

- Evaluar la percepción del paciente sobre la comunicación y relación con su fisioterapeuta mediante la escala CAT.
- Establecer qué aspectos de la comunicación son los mejor y peor valorados por el paciente

4.4. Objetivos secundarios

- Estudiar la posible relación entre la percepción del paciente sobre la comunicación del fisioterapeuta (CAT) y la mejoría de dolor percibida por el paciente.
- Establecer la relación entre las diferentes variables y la puntuación en escalas funcionales (Spine Functional Index, Lower Limb Functional Index, Upper Limb Functional Index).

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de trabajo

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y observacional. Es descriptivo ya que no busca establecer una relación causa-efecto, se limita a describir las diferentes variables de estudio, es transversal ya que no se establece una secuencia temporal y observacional ya que el fisioterapeuta investigador se limita a recoger los diferentes datos dentro del grupo de pacientes que acuden a rehabilitación, independientemente del fisioterapeuta y tratamiento recibido. Además, el fisioterapeuta investigador no sabe que fisioterapeuta de la unidad trata a cada paciente, con lo cuál está cegado en ese sentido.

5.2. Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en la Unidad de Rehabilitación y Fisioterapia del Hospital Quirónsalud A Coruña (Rúa Londres, 2, C.P. 15009 A Coruña). El Hospital Quirónsalud A Coruña es un centro sanitario privado que se encuentra a la vanguardia de la tecnológica médica en Galicia, tanto en diagnóstico como en tratamiento de diferentes patologías. Mantiene además una colaboración con la Facultad de Fisioterapia de la Universidad de A Coruña (UDC) para la formación de sus alumnos de Grado de Fisioterapia en las Estancias Clínicas II.

La Unidad de Rehabilitación y Fisioterapia se encuentra emplazada en la quinta planta, próxima a la entrada principal, de fácil acceso para todo tipo de pacientes y usuarios. El servicio de Fisioterapia cuenta con 10 fisioterapeutas y dos auxiliares con labores administrativas. Todos ellos están distribuidos en diferentes turnos abarcando un amplio horario atendiendo así la alta demanda de este servicio.

Esta unidad acoge pacientes a través de tres modalidades de procedencia: compañías o mutuas, privados y Servizo Galego de Saúde (SERGAS), aunque la mayoría de pacientes provienen del primer grupo. Las patologías más comúnmente abordadas son afecciones del aparato locomotor, generalmente de origen traumático, por accidentes de tráfico y lesiones deportivas destacando entre estas el latigazo cervical. Este estudio puede suponer de gran interés para el hospital ya que no solo evalúa indirectamente la calidad comunicativa de sus fisioterapeutas, sino que también dependiendo de los resultados puede suponer un incentivo para formar a los fisioterapeutas en habilidades comunicacionales.

Debido a la propia colaboración con la Facultad de Fisioterapia, la disponibilidad de la Unidad de Rehabilitación y Fisioterapia, la cercanía del hospital, el tipo de pacientes y otro tipo de facilidades se elige a este hospital como lugar para llevar a cabo la investigación.

5.3. Período de estudio y plan de trabajo

El estudio se ha llevado a cabo desde el mes de febrero de 2018 hasta el mes de mayo del mismo año.

Tabla 1. Plan de trabajo

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep
Búsqueda inicial de información	■	■							
Elaboración de la metodología			■	■					
Elaboración de la contextualización				■	■				
Búsqueda de participantes y permisos			■	■					
Investigación práctica				■					
Elaboración de resultados y discusión					■				
Finalización del trabajo						■	■	■	■
Difusión del trabajo						■	■	■	■

5.4. Criterios de selección

5.4.1. Criterios de inclusión

- Presentar dolor en el momento de la evaluación
- Ser mayor de edad (>18) y aceptar participar en el estudio
- Haber realizado un mínimo de 6 sesiones de rehabilitación
- Entender, leer y hablar español para poder cumplimentar la encuesta
- Presentar patologías o dolor que sean susceptibles de evaluar con las Functional Index.

5.4.2. Criterios de exclusión

- Haber realizado las sesiones con diferentes fisioterapeutas
- Negarse a participar en el estudio

5.5. Justificación del tamaño muestral

Se plantea un estudio en el que se cogerá el mayor número de participantes una vez cumplan los criterios de inclusión. Por lo tanto, el tamaño de la muestra es por conveniencia (excluir dolor inespecífico, general, etc).

5.6. Selección de la muestra

Como se ha explicado anteriormente, los pacientes para el estudio serán seleccionados del hospital Quirón en función de la disponibilidad, es por eso que se realiza un muestro no probabilístico consecutivo.

Los pacientes son divididos en 3 grupos en función del tipo de patología por el que estén siendo tratados. Los grupos son: patología de miembro inferior (post-quirúrgicos de menisco y/o ligamento cruzado anterior, fracturas, esguinces, impingement femoroacetabular, dolor inespecífico), miembro superior (fracturas, tendinopatías intervenidas y no intervenidas, epicondilitis...) y raquis (principalmente latigazo cervical y dolor lumbar).

5.7. Descripción de las variables a estudiar

Durante la recogida de datos, el fisioterapeuta investigador se encargará de explicarle la manera de cumplimentar la ficha, el funcionamiento de las escalas y cualquier otra duda que pueda tener sobre estas.

- Cuantitativas: edad, número de sesiones, puntuación CAT, ítems de la CAT puntuación Clinical Global Rating, puntuación en el SFI/LLFI/ULFI
- Cualitativas: sexo, motivo de la consulta

Tabla 2. Variables de estudio

<i>Cuantitativas</i>	<i>Cualitativas</i>
<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>
<i>Nº de sesiones</i>	<i>Motivo de consulta</i>
<i>Puntuación CAT</i>	
<i>Items CAT</i>	
<i>Mejoría global</i>	
<i>Functional Index</i>	

5.8. Mediciones e intervención

5.8.1. Intervención

Pese a que la intervención terapéutica no es una de las variables del estudio, se presenta a continuación una pequeña descripción de la misma.

Los pacientes que acuden al servicio de rehabilitación reciben tratamiento de aproximadamente 1 hora. Al tratarse de una muestra bastante heterogénea en cuanto a tipo de patología, circunstancias, preferencias y experiencia personal de los 10 fisioterapeutas en plantilla el tratamiento recibido es variado. De manera general se utilizan técnicas de terapia manual (movilizaciones articulares, manipulaciones...), ejercicio terapéutico, masoterapia y técnicas miofasciales, corrientes estimulantes...

5.8.2. Mediciones

En un primer momento, el fisioterapeuta explica a cada paciente la posibilidad de formar parte de un estudio y los detalles de este (**Anexo 8**). A todos aquellos que mostraron su interés por participar se les entrega un impreso con el consentimiento informado para que lo lean detenidamente y lo firmen (**Anexo 7**). Una vez hecho esto, el investigador realiza la recogida de datos personales y entrega las diferentes escalas/cuestionarios previamente a la entrada de cada paciente a la sesión de rehabilitación durante los días 10, 11 y 18 de abril, y se explica detalladamente el funcionamiento a cada escala, asegurándose de que lo entiende. Además, se le recuerda que la encuesta es anónima y que de ningún modo condicionará al desarrollo de sus sesiones o afectará a su fisioterapeuta. Las escalas entregadas son las siguientes.

5.8.2.1. Datos personales

Se realiza una pequeña entrevista donde recogen los siguientes datos personales: edad, sexo, número de sesiones realizadas y motivo de la consulta. La recogida de estos datos, la realiza el investigador para asegurarse del correcto cumplimiento de los apartados.

5.8.2.2. Communication Assessment Tool (CAT)

Esta escala, desarrollada y validada por Makoul et al. (2007)³⁰, recoge y evalúa la capacidad comunicativa de los diferentes profesionales de la salud (en este caso fisioterapeutas) percibida por el paciente. Esta herramienta está además validada para

diferentes poblaciones como por ejemplo médicos residentes o en un equipo de emergencias.^{31,32}

La escala consta de 15 ítems (**Anexo 2**) (el último debe de ser cumplimentado por el fisioterapeuta). Cada ítem establece un elemento sobre la comunicación que el paciente debe de valorar de 1 a 5 (1=poco y 5=excelente). Los ítems pueden evaluar aspectos como el respeto, el establecimiento de objetivos comunes o el uso de términos entendibles para el paciente.

En comparación con otro tipo de encuestas o escalas, la CAT se centra en la comunicación interpersonal, dejando aparte aspectos como la satisfacción o resultado del tratamiento. Además, trata de establecer la calidad de estas habilidades en función de la impresión “inmediata” del paciente, no así en nuestro estudio, dónde el número de sesiones varía.

Como se ha comentado anteriormente, en el estudio de Makoul también se presentan los valores psicométricos obtenidos. Se obtuvo una media de 4.68, con una desviación estándar de 0.54 (rango 3.97-4.95). Tiene además un grado de confiabilidad alto (coeficiente alfa de Cronbach= 0.96). Aparte de mostrar de esta manera la fiabilidad y validez de la escala, también se recoge en el estudio que, pequeños cambios en la puntuación de los diferentes ítems son relevantes en la mejoría de los mismos.

5.8.2.3. Grado de mejoría de dolor

Para establecer el grado de mejoría del paciente en cuanto al dolor se usa una escala similar a las presentadas por Busner en 2007, las Clinical Global Impression Scales.³³ Este tipo de escalas fueron desarrolladas por primera vez en 1976 en el manual ECDEU de psicofarmacología³⁴ como un método para valorar, de modo subjetivo, la percepción del terapeuta en cuanto a la eficacia global de un tratamiento (fármacos) y la severidad de su enfermedad.

La eficacia global se mide mediante la CGI-I, que consta de un ítem que se puntúa del 1 al 7 y normalmente es de uso intra-sesión.

Pese a que esta escala esta validada y usada en diferentes tipos de poblaciones y enfermedades mentales, no es de uso habitual en fisioterapia este tipo de escalas, aunque en una revisión³³ se recogieron datos de 7 estudios clínicos que utilizaban

escalas de mejoría percibida (con diferentes puntuaciones en las que se incluían escalas Likert) en patología músculo-esquelética y obtuvieron buena calidad test-retest. Para acomodarla a nuestro estudio realizamos los siguientes cambios (**Anexo 2**).

- Traducción: se realiza una traducción al español lo más ajustada a lo que se quiere preguntar en base a los conocimientos del investigador y diversos recursos.
- En cuanto al grado de mejoría, se pregunta sobre el parámetro **dolor** ya que se trata del parámetro clínico que más se maneja en el centro en el que se realiza el estudio.
- Se instruye al paciente para que complete la escala y que sea su percepción y no la de el fisioterapeuta la que prevalezca.
- La escala no se administra ni intra-sesión ni a final de tratamiento. Los únicos requisitos son los planteados arriba.

5.8.2.4. Functional Index

Las medidas para determinar el grado de funcionalidad percibido por el paciente son el ULFI, el LLFI y el SFI. Todas ellas fueron desarrolladas y validadas por Gabel et al. en 2006, 2012 y 2013 respectivamente.³⁵⁻³⁷ Estas escalas se pueden encuadrar dentro de las Patient Reported Outcome Measures (PROM), en las que se refleja de manera objetiva el estado funcional del paciente. Cuesta-Vargas³⁸⁻⁴⁰ ha realizado recientemente una adaptación y validación de dichas escalas para la población española.

Este tipo de escalas son especialmente útiles no solo para establecer el estado funcional del paciente en un momento determinado sino también para evidenciar la evolución de un paciente a lo largo de un tratamiento o el antes y el después de una operación. Algunos de los aspectos que hacen de estas escalas mejores que el resto son la poca redundancia de sus ítems o el bajo número de ítems similares que facilitan la detección de cambios significativos, además en nuestro caso facilitó la categorización de los motivos de consulta.

Cada escala consta de 25 ítems, de los cuales los 16 primeros son comunes mientras que los 9 últimos se centra en tareas más específicas que puedan verse afectadas dependiendo del tipo de lesión. Cada ítem se valora en una escala de 3 puntos, de modo que rellenar la casilla entera significa total acuerdo con la afirmación, rellenar media casilla parcialmente de acuerdo y dejarla en blanco es estar en desacuerdo.

Se presentan a continuación los valores psicométricos de las versiones españolas de las 3 escalas.

Upper Limb Functional Index (Anexo 3)

La puntuación media en el ULFI-Sp fue de 5.88 con una desviación estándar de 5.6. Existe un alto grado de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach=0.94) y un coeficiente de correlación de $r=0.93$. Destacar además que una puntuación menor a 2 puntos en la escala ULFI-Sp indican un posible error mientras se cubría la escala.³⁸

Lower Limb Functional Index (Anexo 4)

La puntuación media en el LLFI-Sp fue de 5.88 con una desviación estándar de 5.6. Existe un alto grado de consistencia interna evidenciado con el coeficiente de Cronbach ($\alpha=0.91$) y un coeficiente de correlación intraclass de 0.96. Una puntuación menor a 1.67 puntos en la escala puede indicar un posible error.³⁹

Spine Functional Index (Anexo 5)

La puntuación media en el SFI-Sp fue de 5.88 con una desviación estándar de 5.6. Existe un alto grado de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach=0.84) y un coeficiente de correlación de Pearson con $r=0.96$. Una puntuación menor a 1.6 puntos en la escala SFI-Sp puede indicar un posible error.⁴⁰

5.9. Análisis estadístico

El análisis de las diferentes variables de este estudio se realizará mediante el programa IBM SPSS Statistics v. 25. A continuación se detalla los diferentes análisis realizados y el objetivo de cada uno de ellos.

En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo de la edad y número de sesiones (donde se recoge mínimo, máximo, media y desviación), así como una tabla de frecuencias para el sexo y motivo de consulta (frecuencia y porcentaje). Con estos datos podremos obtener una caracterización de la muestra.

De un modo similar obtendremos un estadístico descriptivo de la puntuación en la CAT, así como sus diferentes ítems. Además, haremos un recuento de los casos en los que la puntuación haya sido perfecta mediante la selección de casos (CAT=5).

Por último, se realizará un análisis paramétrico mediante el coeficiente de correlación de Pearson (la muestra es superior a 30 por lo que presenta una distribución aproximadamente normal según el teorema central del límite⁴¹) buscando la correlación entre la CAT con el número de sesiones, el grado de mejoría de dolor y las escalas funcionales.

5.10. Aspectos ético-legales

Se solicitará los permisos necesarios para realizar el estudio, en primer lugar, la autorización a la dirección del Hospital Quirónsalud de A Coruña (**Anexo 6**), así como el coordinador del servicio de Rehabilitación y Fisioterapia del hospital. En esta autorización se explicará detalladamente la naturaleza y objetivo del estudio.

Para llevar a cabo el trabajo de investigación se seguirán las Normas de Buena Práctica Clínica⁴², además de seguir los principios de la Declaración de Helsinki de 1964⁴³ sobre los estudios en temas sanitarios que implican a sujetos humanos. También se tendrá en cuenta y se seguirá el Convenio de Oviedo, de 1997 sobre la protección de los derechos y la dignidad.⁴⁴

Una vez recibidas las autorizaciones anteriormente mencionadas, se entrega el consentimiento informado (**Anexo 7**) y la hoja de información sobre el estudio (**Anexo 8**). La necesidad del cumplimiento de este consentimiento sigue la ley 41/2002 del 14 de noviembre por la que los pacientes deben de ser debidamente informados.⁴⁵

Por último, se debe asegurar la confidencialidad de los pacientes según la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.⁴⁶

5.11. Memoria económica

Al tratarse de un estudio descriptivo en el que el tratamiento de fisioterapia no forma parte de las variables de estudio no existe una parte clínica que suponga un gasto importante. La mayor parte del material por tanto será de tipo administrativo y la gran mayoría tanto el centro como el investigador disponían de él.

En cuanto a los recursos humanos tampoco son necesarios un gran número de colaboradores aparte del investigador principal, aunque se contó con la participación y ayuda del personal del servicio de rehabilitación del hospital de manera voluntaria.

6. RESULTADOS

6.1. Caracterización de la muestra

En la **Tabla 3** se muestran las características personales y clínicas de los pacientes del estudio. La muestra la componen 71 personas, de las cuales más de un 60% son mujeres.

Tabla 3. Análisis descriptivo de las características de los pacientes

	Media (DE)	Mínimo/máximo	N (%)
Sexo			
Hombre	-	-	26 (36,6%)
Mujer	-	-	45 (63,4%)
Edad	42,03 ±12,94	18/73	-
Número de sesiones	20,54 ±16,44	6/100	-
Motivo de consulta			
Cervical	-	-	25 (35,2%)
Rodilla	-	-	15 (21,1%)
Hombro	-	-	13 (18,3%)
Lumbar	-	-	6 (8,5%)
Cadera	-	-	5 (7 %)
Muñeca	-	-	3 (4,2%)
Codo	-	-	2 (2,8%)
Tobillo	-	-	2 (2,8%)

DE: desviación estándar; N: número

En cuanto a la edad de los participantes y número de sesiones realizadas vemos que todos los participantes cumplen los criterios anteriormente expuestos.

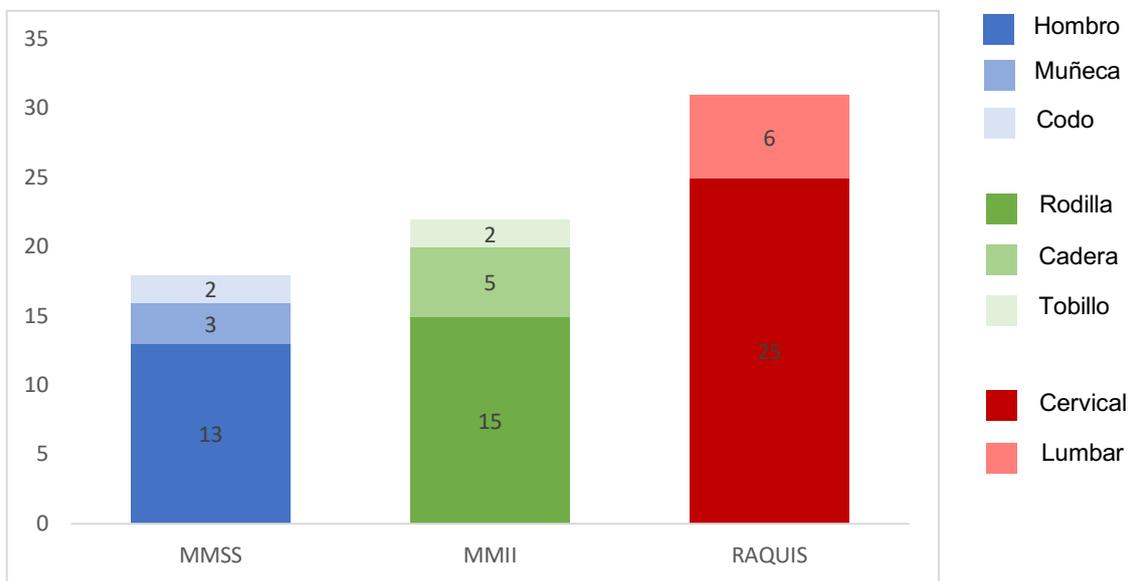
Observamos también que la media de sesiones realizadas es de 20.54, por otro lado, la desviación estándar elevada de ambas variables nos asegura una alta variabilidad de los sujetos.

Respecto al motivo de consulta, estos se agrupan por articulaciones con la finalidad de homogenizar un poco la muestra para su análisis. El dolor cervical (ya sea como consecuencia de un accidente u otra causa) y dolor en rodilla (tras operación quirúrgica)

son los motivos más comunes de consulta, siendo más de la mitad de estas (56,3%). En el otro extremo observamos que codo, muñeca y tobillo en conjunto apenas representan el 10% del total de consultas.

En la **Figura 1** se presenta de un modo más visual y agrupan una vez más, esta vez en miembro superior, miembro inferior y raquis ya que se le pasaron escalas diferentes a cada grupo.

Figura 1. Motivo de consulta por región



MMSS: miembros superiores;MMII: miembros inferiores

6.2. Análisis descriptivo de las escalas

En la **Tabla 4** se presenta el análisis descriptivo de la escala de grado de mejoría y de las 3 escalas de funcionalidad (ULFI, LLFI y SFI)

Tabla 4. Análisis de las puntuaciones en la escala de mejoría, ULFI, LLFI y SFI

	N	Media (DE)	Mínimo/máximo
Grado de mejoría (1-7)	71	5,82 ±1,07	3/7
ULFI	18	9,86 ±5,11	2,50/20,50
LLFI	22	9,23 ±5,62	2,00/19,50
SFI	31	9,21±5,08	2,00/21,00

DE: desviación estándar; N: número; ULFI: Upper Limb Functional Index; LLFI: Lower Limb Functional Index; SFI: Spine Functional Index

La **Tabla 5** recoge el análisis descriptivo de la puntuación en la escala CAT, así como en sus diferentes ítems.

Tabla 5. Puntuaciones en la Communication Assessment Tool e ítems

	Media (DE)	Mínimo/máximo
Me saludó de una manera que me hizo sentir cómodo/a	4,79 ± 0,45	3/5
Me trato con respeto	4,87 ± 0,34	4/5
Mostró interés en mis ideas sobre la salud	4,70 ± 0,57	3/5
Comprendió mis principales preocupaciones sobre mi salud	4,73 ± 0,56	2/5
Me puso atención (me miró, escuchó cuidadosamente)	4,77 ± 0,48	3/5
Me dejó hablar sin interrupciones	4,72 ± 0,59	2/5
Me dio toda la información que yo quería	4,59 ± 0,71	2/5
Me habló en términos que pude entender	4,76 ± 0,49	3/5
Se aseguró que entendí todo lo que me dijo	4,70 ± 0,57	3/5
Me animó a hacerle preguntas	4,38 ± 0,85	1/5
Me incluyó en decisiones hasta donde yo quería participar	4,41 ± 0,71	3/5
Habló conmigo de los siguientes pasos sobre mi tratamiento, incluso de planes de seguimiento	4,48 ± 0,77	3/5
Mostró su interés y preocupación	4,68 ± 0,63	3/5
Me dedicó la cantidad debida de tiempo	4,48 ± 0,75	3/5
Communication Assessment Tool	4,64 ± 0,49	3,07/5,00

DE: desviación estándar

La media es similar en todos los ítems y la media de la puntuación total, 4.64 ± 0.49 , es parecida a la obtenida en el estudio de Makoul³⁰ siendo esta última de 4.68. A través de la desviación estándar vemos que, de manera general, existe muy poca variabilidad en los diferentes ítems.

Los ítems mejor valorados son “Me trató con respeto” con una media y desviación estándar de 4.87 ± 0.34 , “Me saludó de una manera que me hizo sentir cómodo/a” con 4.79 ± 0.45 y “Me puso atención” con 4.77 ± 0.48 .

En el otro extremo tenemos los ítems peor valorados como “Me animó a hacerle preguntas” con un mínimo de 1 y una media y desviación de 4.38 ± 0.85 , “Me incluyó en decisiones hasta donde yo quería participar” con una media de 4.41 y $\pm 0,71$ de desviación o “Me dedicó la cantidad debida de tiempo” y “Habló conmigo de los siguientes pasos sobre mi tratamiento, incluso de planes de seguimiento” con una media similar.

Al haber obtenido en la puntuación total de la CAT una media de 4.64 rechazamos $H1$: *La media en la puntuación de la CAT es mayor o igual a 4,7.*

6.3. Análisis de correlación de CAT con variables

Por último, en las **Tabla 6** se realiza un análisis de correlación de la puntuación de la CAT con escala de mejoría, número de sesiones y la ULFI, LLFI y SFI.

Tabla 6. Análisis de correlación de la CAT con otras variables

	Communication Assessment Tool		
	Correlación de Pearson	Fuerza de la correlación	P (bilateral)
Grado de mejoría	0,036	-	0,768
Número de sesiones	0,016	-	0,895
Functional Index			
ULFI	0,322	Baja	0,193
LLFI	-0,166	-	0,461
SFI	0,237	-	0,199

ULFI: Upper Limb Functional Index; LLFI: Lower Limb Functional Index; SFI: Spine Functional Index

Observamos que no existe ni correlación ni significación entre la puntuación en la Communication Assessment Tool y el grado de mejoría ($p=0,768$) o el número de sesiones realizadas.

En cuanto a la correlación entre la CAT y las distintas puntuaciones de los 3 grupos en los Functional Index vemos que solo con la ULFI presenta una correlación mínima, aunque no es estadísticamente significativa ($p=0,193$).

Estos resultados nos hacen aceptar las siguientes hipótesis planteadas al inicio del estudio:

- *H₂₀=No existe una relación que sugiera que a mayor puntuación de la CAT haya un mayor grado de mejoría del dolor del paciente.*
- *H₃₀=No existe una relación que sugiera que a mayor puntuación de la CAT se obtengan puntuaciones más bajas en las Functional Index.*

7. DISCUSIÓN

7.1. Percepción de la comunicación y sus elementos

Los resultados de este estudio expuestos anteriormente muestran puntuaciones elevadas de la percepción de los pacientes respecto a la comunicación y actitud de su fisioterapeuta.

Aquellos ítems con mejor valoración, son aquellos que recogen el respeto, el saludo o la escucha activa, que como veremos más adelante parece ser de gran relevancia en el resultado del tratamiento y satisfacción del paciente según la evidencia actual.^{47,48}

Por otro lado, los elementos peor valorados por el paciente son “animar a hacer preguntas”, “toma de decisiones conjuntas”, “planes de seguimiento” y “dedicación de tiempo” con puntuaciones inferiores a 4.5. La organización del propio centro, el trabajo con mutuas o actitud pasiva del fisioterapeuta pueden ser causas de estas puntuaciones.

Por lo tanto, parece necesario el estudio de la comunicación en diferentes ámbitos de trabajo y estudios sobre gestión sanitaria con el fin de aclarar la importancia de estos aspectos y establecer el rol concreto que adopta el fisioterapeuta.

La identificación de estos elementos es clave ya que no solo muestra las fortalezas y debilidades de la figura del fisioterapeuta, sino que también deben de ser tomados en cuenta como facilitadores de una intervención eficaz. Estudios como los presentados a continuación, exponen aquellos elementos de la comunicación que el paciente percibe más relevantes durante el proceso terapéutico.

En la tesis doctoral de Rodríguez Nogueira⁴⁷ se identifica las barreras y facilitadores para una buena relación paciente-terapeuta en los servicios públicos. En una muestra de 30 pacientes (20 de ellos con patología músculo-esquelética) a los que se evaluaron las respuestas a un cuestionario abierto sobre la comunicación se obtuvo que la comunicación interpersonal, el seguimiento y la organización del centro son aspectos facilitadores de la relación con su terapeuta. Si lo comparamos con las respuestas obtenidas en nuestro estudio vemos que la comunicación personal es de los elementos más destacables de nuestra relación. Una mala organización del centro, por el contrario,

representa una barrera dentro de la asistencia sanitaria, por lo que una mejora en la gestión sanitaria debería de ser planteada en el futuro.

En una revisión sistemática de O'Keeffe et al.⁴⁸ se obtienen resultados similares. De los 13 estudios incluidos se obtienen que aspectos como la escucha activa, la empatía o la comunicación no verbal son de gran importancia para el paciente. Se recoge también necesidad del paciente de que sus preferencias personales sean tenidas en cuenta durante el planteamiento de objetivos e intervención.

Si bien es cierto que el objeto de este estudio era el de evaluar la percepción del paciente sobre la comunicación, otros aspectos a tener en cuenta es la satisfacción general de la atención. Diversos estudios recogen el alto grado de satisfacción del paciente con la atención recibida en fisioterapia no solo depende de las habilidades del terapeuta sino también en relaciones interpersonales, medidas mayoritariamente con la Working Alliance Inventory (WAI) y sus versiones.^{18-19,49-55}

Pese a existir diferentes realidades clínicas en cuanto a tipo de pacientes, ámbito de actuación u otras variables que puedan influir, parece que, de manera general, la imagen del fisioterapeuta y sus habilidades comunicacionales percibida por el paciente obtienen puntuaciones elevadas tanto en este estudio como los mostrados previamente. Se ha evidenciado también la necesidad del uso de estos facilitadores dentro de nuestra práctica clínica ya que en la atención centrada en el paciente estas necesidades deben de ser prioritarias.

Las implicaciones puramente clínicas, desarrolladas en el siguiente apartado, que parece tener esta comunicación es una razón más para un mayor desarrollo de estas habilidades.

7.2. La comunicación y su influencia sobre la función y la mejoría del dolor

En vista a los resultados obtenidos en este estudio durante el análisis de correlación, no parece que exista esa relación entre una buena comunicación y un mejor resultado en el tratamiento, sin embargo, tal y como se ha expuesto a lo largo de todo el trabajo, la evidencia actual en diferentes campos de las ciencias de la salud sugiere lo contrario.^{18,21,56}

El ensayo más relevante dentro de la temática sea posiblemente el de Ferreira et al. en 2012¹⁸. En este estudio se cogió una muestra de 182 pacientes con dolor lumbar crónico

que habían formado parte de un estudio que comparaba 3 abordajes terapéuticos para su patología (ejercicio vs control motor vs terapia manual) a lo largo de 8 semanas. En la segunda sesión de tratamiento, para establecer la alianza terapéutica se les paso la Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). Para medir la mejoría clínica se evaluaron principalmente dos variables, la funcionalidad (Patient Specific Functional Scale) y el efecto global percibido (Global Perceived Effect).

Los resultados obtenidos demostraron que, la alianza terapéutica era alta y similar entre los 3 grupos, (puntuaciones cercanas al 100 dentro de un máximo de 112) lo que concuerda con los resultados de nuestro estudio en el apartado anteriormente expuesto.

En cuanto a las implicaciones sobre el resultado de tratamiento, el análisis de correlación, mostró que mayores puntuaciones en la WATOCI predicen mejores resultados en el efecto global percibido y funcionalidad del paciente, así como en el dolor (variable secundaria) a las 8 semanas en los 3 grupos. Esto muestra resultados opuestos a los obtenidos en nuestro estudio.

Existen diferencias evidentes entre nuestro estudio y el de Ferreira, que posiblemente sean las que den explicación a los resultados obtenidos. Por un lado, la muestra en el estudio de Ferreira estaba formada por pacientes con dolor lumbar crónico exclusivamente. Metodológicamente, al tratarse de una muestra de otro estudio que comparaba tratamientos, la variable correspondiente al tipo de tratamiento es también más homogénea que la nuestra. En este aspecto también podemos destacar la cronología ya que la alianza en su estudio se medía en una sesión determinada y los resultados se medían a la octava semana. Todas estas variables que fueron controladas en su estudio, evidencian una limitación del nuestro ya que parece lógico que estas variables influyan en los resultados. Por último, el trabajo con mutuas y todas las implicaciones que conlleva (tiempo de tratamiento, tipo de tratamiento, expectativas del paciente) parecen un claro determinante a la hora de comparar estos dos estudios, asimismo un porcentaje cercano al 30% de los encuestados acudían al servicio de rehabilitación debido a un latigazo cervical, una patología controvertida debido al carácter indemnizable de la lesión.

En otro estudio, de Farin (2012)⁵⁶ con una muestra de pacientes con lumbar crónico (N=688) se valoró también el efecto de la comunicación y la confianza en el terapeuta (Perceived Involvement in Care Scales y Trust in Physician) sobre parámetros como el dolor (escala visual analógica) y discapacidad (Owestry Disability Index). En este caso,

las variables de dolor y discapacidad se midieron a corto (3 semanas) y largo plazo (6 meses, con tratamiento ya finalizado). En ambos casos se obtuvo una relación positiva entre la comunicación y la mejoría del paciente, siendo esta más significativa al finalizar el tratamiento. Al igual que en nuestro estudio la variable “tratamiento” no fue tomada en cuenta.

Con un planteamiento diferente, Ruben y Meterko (2017) obtuvieron resultados en línea con lo sugerido anteriormente.²¹ Se realizó un estudio retrospectivo que valoraba en una muestra de 1027 pacientes con dolor que acudieron a diferentes servicios sanitarios. Para medir, la alianza se utilizó una versión reducida de la Working Alliance Inventory y estudiaron su correlación con cambios en la percepción del dolor y su manejo. Pese a las diferencias metodológicas con los estudios presentados hasta ahora (estudio retrospectivo, sin tratamiento de fisioterapia necesariamente...), sí evidencia la tendencia que sugiere cambios positivos en parámetros clínicos al existir una buena comunicación.

Tal y como se ha reflejado anteriormente, en el ámbito de la rehabilitación de pacientes músculo-esqueléticos, existe evidencia limitada, sin embargo, sí hay estudios que relacionan positivamente la comunicación con otros parámetros clínicos como actividades de la vida diaria, adherencia o discapacidad en pacientes con daño cerebral, enfermedades cardiovasculares o geriátricos.^{50-51,54-55}

Existen otros estudios con diferente planteamiento, pero que resultan también interesantes para la discusión. En el estudio de Fuentes et al.¹⁹, se evaluaba la eficacia de un tratamiento para el dolor lumbar (electroterapia) y se crearon 4 grupos (n=30 cada uno). Un grupo recibió electroterapia y se hicieron uso de elementos importantes en la relación terapéutica como dedicar más tiempo a la valoración y exploración física, además de mensajes positivos y de confianza. El segundo recibió el mismo tipo de trato personal pero el tratamiento era electroterapia placebo. Los otros dos grupos (un tratamiento y un placebo), se les puso electroterapia durante 30 minutos, sin la atención del terapeuta y no se realizó ni exploración ni mensajes positivos. Las variables de estudio fueron el dolor y el dolor a la presión, obteniendo resultados que muestran una evidente disminución de estas dos variables dependiendo del tipo de comunicación utilizado (a favor a la comunicación orientada a la alianza terapéutica). Este estudio parece ser interesante en cuanto a que sugiere que una comunicación es clave en el resultado de la intervención, independientemente del tratamiento utilizado, algo que se ajusta al planteamiento de nuestro estudio.

A la vista de los resultados, existe evidencia de que la comunicación en la relación fisioterapeuta-paciente es percibida por el paciente como muy alta. No tan clara parece la relación entre la comunicación y sus implicaciones clínicas debido a las discrepancias encontradas. A pesar de estas discrepancias y las limitaciones de nuestro estudio, se pueden establecer ciertas conclusiones con sus correspondientes implicaciones. Tanto las limitaciones, como las conclusiones e implicaciones se muestran a continuación.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

8.1. Tamaño muestral y selección de la muestra

Como se ha comentado antes pese a que el tamaño muestral es elevado (n=71) este ha sido justificado mediante el fácil acceso a estos pacientes sin tener en cuenta criterios estadísticos y no se ha seleccionado de manera probabilística. Esto significará que la muestra no es representativa de la población de estudio por lo que la elaboración de estudios similares estará limitada.

8.2. Heterogeneidad de los pacientes

Pese a que la muestra se agrupó en 3 grupos en función de la región dolorosa con la finalidad de obtener homogeneidad, ésta sigue siendo bastante heterogénea en cuanto a diferentes características de los pacientes que pueden influir en los resultados obtenidos. Las características más importantes son el número de sesiones realizadas, el motivo de consulta y el tratamiento recibido.

8.3. Sesgo de confusión

Son aquellos sesgos derivados de la existencia de variables no consideradas en este estudio. Buscando la alta participación de los pacientes se intentó reducir al máximo la recogida de datos personales y medidas antropomórficas (amenizar la realización de cuestionario y escalas).

8.4. Sesgo de información

Hacen referencia a aquellos cometidos durante la recogida de datos. Pese a que los pacientes cumplimentaron las escalas en un ambiente agradable y dispusieron de todo el tiempo necesario para ello, existen diferentes factores que pudieron alterar las respuestas como el miedo a que sus calificaciones influyesen de algún modo sobre su tratamiento o que tuviese repercusiones negativas sobre su fisioterapeuta. Esto se intentó evitar dejando claro desde un primer momento el anonimato de las encuestas y la repercusión nula sobre el fisioterapeuta o la intervención de fisioterapia.

9. APLICABILIDAD DEL ESTUDIO

El presente estudio está enfocado a ampliar la perspectiva sobre el modelo biopsicosocial en fisioterapia, donde la comunicación con el paciente es de gran importancia para el éxito de la intervención terapéutica.

Los resultados de este estudio y otros enfocados en la misma temática nos llevan a una aplicación docente y clínica de los siguientes aspectos:

- Desarrollo de materias dentro de las Facultades de Fisioterapia que proporcionen a los futuros profesionales conocimientos sobre el modelo biopsicosocial, así como estrategias para una mejor comunicación clínica.
- Desarrollo de estrategias que hagan hincapié en los aspectos más débiles de las habilidades comunicacionales del fisioterapeuta, fortaleciéndolos y proporcionando una mayor autonomía del profesional.
- En clínica, una alianza terapéutica fuerte (en parte a través de una buena comunicación) proporcionará mejores resultados clínicos que supondrán una intervención de fisioterapia de mayor calidad para el paciente, el fisioterapeuta y el centro.
- Posible extrapolación y transversalidad con el resto de profesiones sanitarias que supongan una mejor experiencia del paciente durante una intervención de un equipo multidisciplinar.

10. CONCLUSIONES

La comunicación percibida por el paciente en la relación fisioterapeuta-paciente es muy buena, a pesar de existir aspectos donde los fisioterapeutas deben mejorar sobre todo aquellos relacionados con proporcionarle información al paciente, dedicar la cantidad de tiempo adecuada o el animar a realizar preguntas. Como puntos fuertes, el respeto, la escucha o la comunicación no verbal.

En lo que respecta a las implicaciones clínicas de la comunicación clínica existen contradicciones entre los resultados de este estudio con otros estudios similares. Todos ellos, parecen seguir una misma línea, la cual sugiere que una mejor alianza terapéutica y por tanto una mejor comunicación parecen predecir una mejoría no solo en el dolor sino también en la funcionalidad, la discapacidad, las actividades de la vida diaria, la satisfacción general y adherencia al tratamiento al contrario que en el presente estudio. La calidad metodológica y en concreto la heterogeneidad de la muestra en este estudio pueden ser algunos de los factores que contribuyan a esta contradicción.

En vista al presente estudio y las líneas de investigación actuales parece quedar la clara la importancia de la comunicación y la alianza terapéutica en las diferentes ciencias de la salud. En el ámbito de la fisioterapia no existen todavía una gran cantidad de estudios que analicen todos los aspectos anteriormente planteados. Pese a que la mayoría de ellos apuntan a una misma dirección, parece necesaria que se abran nuevas líneas de investigación, con estudios de mayor calidad metodológica (diferentes poblaciones, ámbito público/privado, cuestionarios universales...) y que analicen diferentes variables como el dolor, funcionalidad, satisfacción global, etc. que son de gran importancia y relevancia en el ámbito de la rehabilitación.

11. AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer en primer lugar al tutor de este trabajo y padrino de nuestra generación, D. Fernando Ramos Gómez por su consejo, ayuda y disposición en todo momento.

En segundo lugar, a profesores, compañeros y amigos que me han aconsejado en todo lo que les he pedido haciendo posible este trabajo.

Por último, pero no menos importante a todo el personal (especialmente administrativo) de la Unidad de Rehabilitación y Fisioterapia del Hospital Quirónsalud por su paciencia y ayuda con el trabajo de campo.

Y por supuesto a los pacientes participantes de este estudio ya que ellos son la razón de ser de esta profesión.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Freud S. On the beginning of treatment: further recommendations on the technique of psychoanalysis. En: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Strachey J. London; 1913.
2. Zetzel ER. Current concepts of transference. *Int J Psychoanal.* 1956;37(4-5):369-76.
3. Greenson RR. The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanal Q.* 1965;34:155-81.
4. Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *J Couns Psychol.* 1991;38(2):139-49.
5. Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol.* 1993;61(4):561-73.
6. Bordin ES,. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Chicago; 1979. (Psychotherapy).
7. Ardito RB, Rabellino D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Front Psychol*2011
8. Mörtberg E. Working alliance in individual and group cognitive therapy for social anxiety disorder. *Psychiatry Res.* 2014;220(1-2):716-8.
9. Goldsmith LP, Dunn G, Bentall RP, Lewis SW, Wearden AJ. Therapist effects and the impact of early therapeutic alliance on symptomatic outcome in chronic fatigue syndrome. *PloS One.* 2015;10(12):e0144623.
10. Berry K, Gregg L, Lobban F, Barrowclough C. Therapeutic alliance in psychological therapy for people with recent onset psychosis who use cannabis. *Compr Psychiatry.* 2016;67:73-80.
11. Accurso EC, Fitzsimmons-Craft EE, Ciao A, Cao L, Crosby RD, Smith TL, et al. Therapeutic alliance in a randomized clinical trial for bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol.* 2015;83(3):637-42.
12. Cook S, Heather N, McCambridge J, United Kingdom Alcohol Treatment Trial Research Team. The role of the working alliance in treatment for alcohol problems. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav.* 2015;29(2):371-81.
13. Arnow BA, Steidtmann D, Blasey C, Manber R, Constantino MJ, Klein DN, et al. The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *J Consult Clin Psychol.* 2013;81(4):627-38.
14. Heisler M, Bouknight RR, Hayward RA, Smith DM, Kerr EA. The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *J Gen Intern Med.* 2002;17(4):243-52.
15. Sullivan LM, Stein MD, Savetsky JB, Samet JH. The doctor-patient relationship

and HIV-infected patients' satisfaction with primary care physicians. *J Gen Intern Med.* 2000;15(7):462-9.

16. Howick J, Moscrop A, Mebius A, Fanshawe TR, Lewith G, Bishop FL, et al. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *J R Soc Med.* 2018;141076818769477.

17. Babatunde F, cdwc J, MacIntyre N. Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: a scoping review of the literature. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):375.

18. Ferreira PH, Ferreira ML, Maher CG, Refshauge KM, Latimer J, Adams RD. The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Phys Ther.* 2013;93(4):470-8.

19. Fuentes J, Armijo-Olivo S, Funabashi M, Miciak M, Dick B, Warren S, et al. Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain: an experimental controlled study. *Phys Ther.* 2014;94(4):477-89.

20. 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):1099-110.

21. Ruben MA, Meterko M, Bokhour BG. Do patient perceptions of provider communication relate to experiences of physical pain? *Patient Educ Couns.* 2018;101(2):209-13.

22. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 1982. 2000;51(7):1087-110.

23. Cott CA. Client-centred rehabilitation: client perspectives. *Disabil Rehabil.* 2004;26(24):1411-22.

24. Pinto RZ, Ferreira ML, Oliveira VC, Franco MR, Adams R, Maher CG, et al. Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *J Physiother.* 2012;58(2):77-87.

25. Cheng L, Leon V, Liang A, Reiher C, Roberts D, Feldthusen C, et al. Patient-centered care in physical therapy: definition, operationalization, and outcome measures. *Phys Ther Rev.* 2016;21(2):109-23.

26. Chiu TT, Lam T-H, Hedley AJ. Correlation among physical impairments, pain, disability, and patient satisfaction in patients with chronic neck pain. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(3):534-40.

27. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns.* 2009;74(3):295-301.

28. Street RL. How clinician-patient communication contributes to health improvement: modeling pathways from talk to outcome. *Patient Educ Couns.* 2013;92(3):286-91.
29. Arnstein P, Caudill M, Mandle CL, Norris A, Beasley R. Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain.* 1999;80(3):483-91.
30. Makoul G, Krupat E, Chang C-H. Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Educ Couns.* 2007;67(3):333-42.
31. Myerholtz L, Simons L, Felix S, Nguyen T, Brennan J, Rivera-Tovar A, et al. Using the communication assessment tool in family medicine residency programs. *Fam Med.* 2010;42(8):567-73.
32. Mercer LM, Tanabe P, Pang PS, Gisondi MA, Courtney DM, Engel KG, et al. Patient perspectives on communication with the medical team: pilot study using the Communication Assessment Tool-Team (CAT-T). *Patient Educ Couns.* 2008;73(2):220-3.
33. Kamper SJ, Ostelo RWJG, Knol DL, Maher CG, de Vet HCW, Hancock MJ. Global Perceived Effect scales provided reliable assessments of health transition in people with musculoskeletal disorders, but ratings are strongly influenced by current status. *J Clin Epidemiol.* 2010;63(7):760-766.e1.
34. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville: US Department of Health, Education, and Welfare Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration; 1976.
35. Gabel CP, Michener LA, Burkett B, Neller A. The Upper Limb Functional Index: development and determination of reliability, validity, and responsiveness. *J Hand Ther Off J Am Soc Hand Ther.* 2006;19(3):328-48; quiz 349.
36. Gabel CP, Melloh M, Burkett B, Michener LA. Lower limb functional index: development and clinimetric properties. *Phys Ther.* 2012;92(1):98-110.
37. Gabel CP, Melloh M, Burkett B, Michener LA. The Spine Functional Index: development and clinimetric validation of a new whole-spine functional outcome measure. *Spine J Off J North Am Spine Soc.* 2013;
38. Cuesta-Vargas AI, Gabel PC. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the Spanish version of the Upper Limb Functional Index. *Health Qual Life Outcomes.* 2013;11:126.
39. Cuesta-Vargas AI, Gabel CP, Bennett P. Cross cultural adaptation and validation of a Spanish version of the Lower Limb Functional Index. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:75.

40. Cuesta-Vargas AI, Gabel CP. Validation of a Spanish version of the Spine Functional Index. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:96.
41. Toledo E, Sánchez Villegas A, Martínez González MA. Probabilidad. Distribuciones de propabilidad. En: *Bioestadística amigable*. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Ltd; 2014.
42. Normas de Buena Práctica Clínica. Traducción de la guía de la Comisión Europea. [Internet]. 2002. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/industria/inspeccionBPC/docs/guia-BPC_octubre-2008.pdf
43. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
44. Ratificación Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a la aplicaciones de la Biología y la Medicina. Convenio de Oviedo del 4 de abril de 1997. *Boletín Oficial del Estado*, número 251
45. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, del 14 de noviembre. *Boletín Oficial del Estado*, número 274
46. Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal. Ley 13/1999, del 13 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, número 298
47. Rodríguez-Nogueira O. Experiencias y percepciones de la calidad de la relación terapéutica entre fisioterapeutas y pacientes de los servicios públicos sanitarios de la comunidad valenciana. 2016
48. O'Keeffe M, Cullinane P, Hurley J, Leahy I, Bunzli S, O'Sullivan PB, et al. What influences patient-therapist interactions in musculoskeletal physical therapy? Qualitative systematic review and meta-synthesis. *Phys Ther*. 2016;96(5):609-22.
49. Medeiros FC de, Costa LOP, Oliveira N de FC, Costa L da CM. Satisfação de pacientes que recebem cuidados fisioterapêuticos para condições musculoesqueléticas: um estudo transversal. *Fisioter E Pesqui*. 2016;23(1):105-10.
50. Burns JW, Evon D. Common and specific process factors in cardiac rehabilitation: independent and interactive effects of the working alliance and self-efficacy. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. 2007;26(6):684-92.
51. Burns JW, Higdon LJ, Mullen JT, Lansky D, Wei JM. Relationships among patient hostility, anger expression, depression, and the working alliance in a work hardening program. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med*. 1999;21(1):77-82.
52. Sluijs EM, Kok GJ, van der Zee J. Correlates of exercise compliance in physical therapy. *Phys Ther*. 1993;73(11):771-82; discussion 783-786.

53. Zaproudina N, Hietikko T, Hänninen OOP, Airaksinen O. Effectiveness of traditional bone setting in treating chronic low back pain: a randomised pilot trial. *Complement Ther Med*. 2009;17(1):23-8.
54. Schönberger M, Humle F, Teasdale TW. The development of the therapeutic working alliance, patients' awareness and their compliance during the process of brain injury rehabilitation. *Brain Inj*. 2006;20(4):445-54.
55. Sherer M, Evans CC, Leverenz J, Stouter J, Irby JW, Lee JE, et al. Therapeutic alliance in post-acute brain injury rehabilitation: predictors of strength of alliance and impact of alliance on outcome. *Brain Inj*. 2007;21(7):663-72.
56. Farin E, Gramm L, Schmidt E. The patient-physician relationship in patients with chronic low back pain as a predictor of outcomes after rehabilitation. *J Behav Med*. 2013;36(3):246-58.

ANEXOS

Anexo 1. Communication Assessment Tool y grado de mejoría (escala de 1-7)

EVALUACIÓN DE LA COMUNICACIÓN

La comunicación con los pacientes es una parte muy importante del tratamiento de calidad. Nos gustaría saber su opinión sobre la forma en que su fisioterapeuta se comunicó con usted.

Sus respuestas son absolutamente confidenciales y no afectarán su tratamiento en modo alguno, así que por favor sea lo más abierto y sincero posible.

Cada apartado está puntuado del 1 al 5 en función de si cumple o no las afirmaciones. (1=poco y 5=excelente)

	Poco	Aceptable	Bueno	Muy Bueno	Excelente
1. Me saludó de una manera que me hizo sentir cómodo/a	1	2	3	4	5
2. Me trató con respeto	1	2	3	4	5
3. Mostró interés en mis ideas sobre mi salud	1	2	3	4	5
4. Comprendió mis principales preocupaciones sobre mi salud	1	2	3	4	5
5. Me puso atención (me miró, escuchó cuidadosamente)	1	2	3	4	5
6. Me dejó hablar sin interrupciones	1	2	3	4	5
7. Me dio toda la información que yo quería	1	2	3	4	5
8. Habló en términos que pude entender	1	2	3	4	5
9. Se aseguró que entendí todo lo que me dijo	1	2	3	4	5
10. Me animó a hacerle preguntas	1	2	3	4	5
11. Me incluyó en decisiones hasta donde yo quería participar	1	2	3	4	5
12. Habló conmigo de los siguientes pasos sobre mi tratamiento, incluso de los planes de seguimiento	1	2	3	4	5
13. Mostró su interés y preocupación	1	2	3	4	5
14. Me dedicó la cantidad debida de tiempo	1	2	3	4	5

En comparación con su estado/inicial de dolor, cuanto ha sido su cambio?

- 1 = Mucho peor
- 2 = Bastante peor
- 3 = Algo peor
- 4 = Sin cambios
- 5 = Algo de mejoría
- 6 = Bastante mejoría
- 7 = Mucha mejoría

Anexo 4. Spine Functional Index- Sp

SPINE FUNCTIONAL INDEX (SFI)

FECHA: _____

NOMBRE: _____ LESIÓN: _____ Cervicales Dorsales Lumbares

POR FAVOR, COMPLETE: Su columna puede hacer que sea difícil realizar algunas cosas que normalmente hace. Esta lista contiene frases que la gente usa para describirse a sí mismos con este tipo de problemas. Piense en usted durante los últimos días. Si hay una pregunta que le describe, márcuela. Síno, déjela en blanco. Si una casilla le describe sólo en parte, marque la mitad de esa casilla.

SOBRE SU COLUMNA:

- 1. Me quedo en casa la mayor parte del tiempo.
- 2. Cambio frecuentemente de postura para aliviar el dolor.
- 3. Evito hacer trabajos pesados (Ejemplo: limpiar, levantar más de 5 kg, trabajar el jardín, etc).
- 4. paro a descansar más a menudo.
- 5. Pido a los demás que hagan las cosas por mí.
- 6. Tengo dolor/problema casi todo el tiempo.
- 7. Tengo dificultad para levantar y cargar peso (ejemplo: bolsas, compras de hasta 5 kg, etc.).
- 8. Mi apetito es diferente.

- 9. El caminar o el hacer mis actividades deportivas y recreativas están afectadas.
- 10. Tengo dificultad con las tareas normales de la casa y la familia.
- 11. Duermo peor.
- 12. Necesito ayuda con mi cuidado personal (ejemplo: la ducha y la higiene)
- 13. Mis actividades normales diarias (trabajo, actividades sociales) están afectadas.
- 14. Estoy más irritable y/o de peor humor.
- 15. Me siento débil y/o rígido.
- 16. Mi independencia en el transporte está afectada (conducir, transporte público).

- 17. Necesito ayuda o soy más lento/a al vestirme.
- 18. Tengo dificultad para moverme en la cama.
- 19. Tengo dificultad para concentrarme y/o para leer.
- 20. Sentado no me encuentro cómodo.
- 21. Tengo dificultad para sentarme y levantarme de la silla.
- 22. Sólo me quedo de pie durante cortos periodos de tiempo.
- 23. Tengo dificultad para ponerme en cuclillas o de rodillas.
- 24. Tengo problemas para agacharme (ejemplo: para coger cosas, ponerme los calcetines).
- 25. Uso las escaleras más lentamente o uso el pasamanos.

SFI Puntuación: Para puntuar la parte superior, sumar las casillas marcadas.

_____ **TOTAL** (SFI Puntos) 100 Escala: $100 - (\text{TOTAL} \times 4) =$ _____ %

MDC (90% CI): Cervicales = 6.9% o 1.7 SFI puntos; Dorsales y lumbares = 5.9% o 1.5 SFI puntos; Toda la columna = 6.5 % o 1.6 SFI puntos. Una puntuación menor a éstas puede ser debido a error.

Spanish translation courtesy of Dr. Cuesta-Vargas, Faculty of Health Sciences, University of Malaga, Spain

Anexo 5. Consentimiento del hospital de elaboración del proyecto

Miguel Anxo Taboada Ulloa, con DNI 47380240X, estudiante de 4º curso de la Facultad de Fisioterapia de la Universidad da Coruña e investigador de este proyecto, se dirige a usted como gerente del centro, con el propósito de solicitar su autorización para realizar un estudio de investigación basado en los aspectos expuestos en la hoja informativa que acompañará al presente consentimiento. El estudio se pretende realizar en la Unidad de Rehabilitación y Fisioterapia, según el diseño y planificación detallada en la hoja informativa.

Título del estudio: Efecto inmediato de una técnica de movilización articular y un ejercicio de retracción cervical sobre el umbral de dolor a la presión y el rango de movimiento en pacientes con latigazo cervical.

Investigador/a principal: Miguel Anxo Taboada Ulloa

Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia: _____

- He leído la hoja informativa que acompañará a este consentimiento, pudiendo aclarar las dudas con el investigador en relación con el objetivo del estudio y la implicación/participación del hospital en el mismo.
- El permiso para el estudio es voluntario, pudiendo ser cancelado en cualquier momento.
- Se concede autorización siempre que se cumplan las condiciones estipuladas en la hoja de información a la Empresa.

A Coruña, a _____ de _____ de 20__

LA EMPRESA

Fdo.

EL INVESTIGADOR

Fdo.

Anexo 6. Consentimiento informado para el paciente

TÍTULO DEL ESTUDIO: Evaluación de la percepción de 71 pacientes sobre las habilidades comunicacionales del fisioterapeuta

INVESTIGADOR: Miguel Anxo Taboada Ulloa

D/Dña _____, con D.N.I. _____

- He leído la hoja de información al participante en el estudio de investigación, aclarando las dudas con el investigador en lo relativo a mi participación y objetivo de dicho estudio.
- Participo voluntariamente y puedo anular mi participación en el estudio en cualquier momento sin tener que justificar esta decisión y sin que ello repercuta en mi estado de salud.
- Permito la utilización de mis datos personales en las condiciones estipuladas en la hoja informativa.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el presente estudio.

A Coruña, a _____ de _____ de 20____

EL / LA PARTICIPANTE Fdo.
Fdo.

EI INVESTIGADOR

Anexo 7. Hoja de información al paciente para el estudio

TÍTULO DEL ESTUDIO: Evaluación de la percepción de 71 pacientes sobre las habilidades comunicacionales del fisioterapeuta

INVESTIGADOR: Miguel Anxo Taboada Ulloa

Este documento tiene como finalidad informarle sobre el **estudio de investigación** en el que se le invita a participar. El estudio se realiza en el Hospital Quirónsalud de A Coruña, en la unidad de Rehabilitación y Fisioterapia, habiendo sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

Si decide participar, debe recibir información personalizada del investigador, **leer antes este documento** y hacer las preguntas que considere oportunas para comprender los detalles del mismo.

La participación en el estudio es voluntaria. Puede decidir no participar o si acepta hacerlo cambiar de opinión y retirar el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones. Esta decisión no afectará a la relación con los profesionales ni a la asistencia sanitaria a la que usted tiene derecho.

¿Cuál es el propósito del estudio? Determinar la percepción del paciente sobre la comunicación y relación con su fisioterapeuta, así como las implicaciones clínicas.

¿Por qué me ofrecen participar? Se le invita a participar porque cumple los criterios establecidos en el diseño del estudio.

¿En qué consiste mi participación? Su participación consiste en responder a la entrevista personal y una serie de cuestionarios clínicos.

¿Qué riesgos e inconvenientes tiene? No existen riesgos de ningún tipo. Sus respuestas no tendrán ningún tipo de repercusión sobre el proceso de atención que está recibiendo. Su nombre y el de fisioterapeuta permanecerá en el anonimato.

¿Obtendré algún beneficio por participar? No habrá compensaciones económicas por participar en este estudio.

¿Recibiré información que se obtenga del estudio? Si usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio cuando se finalice.

¿Se publicarán los resultados de este estudio? Se pretende que los resultados sean difundidos en publicaciones científicas, pero no se transmitirían datos que pudieran identificar a los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos? El tratamiento, comunicación y cesión de datos se harán conforme a lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal. En todo momento usted podrá acceder a sus datos para corregirlos o cancelarlos.

Sólo el equipo investigador y las autoridades sanitarias, los cuales tienen deber de guardar confidencialidad, tendrán acceso a los datos recogidos por el estudio, que serán codificados. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de datos equivalente, como mínimo, a lo exigido en nuestro país.

¿Existen intereses económicos en este estudio? Ni el equipo investigador ni los participantes recibirán retribuciones por ello.

