



UNIVERSIDAD DE JAÉN

**FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

TESIS DOCTORAL

**INFORMACIÓN TERAPÉUTICA,
SATISFACCIÓN Y CONFIANZA EN
FISIOTERAPIA: INSTRUMENTOS DE MEDIDA
Y ESTUDIO CORRELACIONAL EN CENTROS
DE FISIOTERAPIA DE ANDALUCÍA
ORIENTAL**

**PRESENTADA POR:
M^a CATALINA OSUNA PÉREZ**

**DIRIGIDA POR:
DR. D. PEDRO L. PANCORBO HIDALGO
DR. D. ANTONIO I. CUESTA VARGAS**

JAÉN, 14 DE SEPTIEMBRE DE 2012

ISBN 978-84-8439-682-6

UNIVERSIDAD DE JAÉN



TESIS DOCTORAL

**INFORMACIÓN TERAPÉUTICA, SATISFACCIÓN Y CONFIANZA EN FISIOTERAPIA:
INSTRUMENTOS DE MEDIDA Y ESTUDIO CORRELACIONAL EN CENTROS DE
FISIOTERAPIA DE ANDALUCÍA ORIENTAL.**

PRESENTADA POR:
M^a CATALINA OSUNA PÉREZ

-JAÉN, 2012-

**INFORMACIÓN TERAPÉUTICA, SATISFACCIÓN Y CONFIANZA EN FISIOTERAPIA:
INSTRUMENTOS DE MEDIDA Y ESTUDIO CORRELACIONAL EN CENTROS DE
FISIOTERAPIA DE ANDALUCÍA ORIENTAL**

Memoria que presenta M^a Catalina Osuna Pérez
para aspirar al Grado de Doctor

Directores de Tesis:

Prof. Dr. Pedro L. Pancorbo Hidalgo

Prof. Dr. Antonio I. Cuesta Vargas

PEDRO L. PANCORBO HIDALGO, Profesor Titular de Universidad del Departamento de Enfermería de la Universidad de Jaén

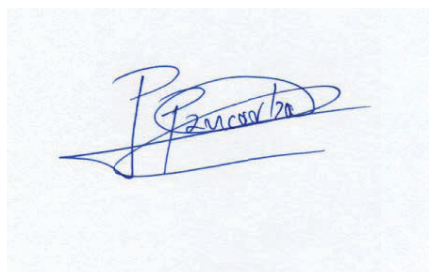
ANTONIO I. CUESTA VARGAS, Profesor Contratado Doctor del Departamento de Psiquiatría y Fisioterapia de la Universidad de Málaga.

Como Directores de la tesis doctoral:

CERTIFICAMOS :

Que la doctoranda D^a. M^a **CATALINA OSUNA PÉREZ**, ha realizado los trabajos e investigaciones que han dado lugar a la memoria de Tesis Doctoral “**Información Terapéutica, Satisfacción y Confianza en Fisioterapia: Instrumentos de medida y estudio correlacional en centros de fisioterapia de Andalucía Oriental**” bajo nuestra dirección y que cuenta con nuestra aprobación para su exposición y defensa pública ante la comisión correspondiente.

En Jaén, a 9 de julio de 2012



Fdo. Pedro L Pancorbo Hidalgo



Fdo. Antonio I. Cuesta Vargas

Dedicada a mi esposo Carlos

AGRADECIMIENTOS

A mi director de tesis Dr. D. Pedro L. Pancorbo Hidalgo por aceptarme para realizar esta tesis doctoral bajo su dirección. Su inestimable apoyo haciendo fácil lo difícil, su dedicación incansable, comprensión, asesoramiento y disponibilidad plena a lo largo de este proceso, ha significado para mí un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigadora.

A mi director de tesis Dr. D. Antonio I. Cuesta Vargas por su generosidad científica, por brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad metodológica e investigadora, por sus valiosas sugerencias y acertados aportes durante el desarrollo de este trabajo.

Gracias a ambos, de corazón. Ha sido un privilegio poder contar con su guía y ayuda.

A todos los pacientes y fisioterapeutas de los centros que se han visto implicados en el desarrollo de este estudio, por su buena disposición a participar.

Por último, y de manera muy especial, a mi familia (con el recuerdo presente de mi madre) porque me cuidan y regalan un amor incondicional cada día de mi vida.

ÍNDICE

1.-INTRODUCCIÓN.....	29
1.1. INFORMACIÓN TERAPÉUTICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	30
1.1.1. INFORMACIÓN TERAPÉUTICA.....	30
1.1.1.1.-INFORMACIÓN ESCRITA.....	35
1.1.1.2.-NUEVAS TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN TERAPÉUTICA.....	38
1.1.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO EN FISIOTERAPIA.....	40
1.1.3. INFORMACIÓN TERAPÉUTICA Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO.....	44
1.1.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA INFORMACIÓN TERAPÉUTICA.....	46
1.2. SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA.....	51
1.2.1. CONCEPTO.....	51
1.2.2. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA. DIMENSIONES.....	55
1.2.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA.....	58
1.3. CONFIANZA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA.....	66
1.3.1. CONCEPTO Y DIMENSIONES.....	66
1.3.2. CONFIANZA Y ALIANZA TERAPÉUTICA.....	68
1.3.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA CONFIANZA.....	70
1.4. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA POR EL PACIENTE Y LA PROPORCIONADA POR EL FISOTERAPEUTA, EN LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA Y EN LA CONFIANZA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA.....	76
1.5. INFORMACIÓN, SATISFACCIÓN Y CONFIANZA. RELACIÓN ENTRE ESTAS VARIABLES.....	78

1.6. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	82
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	85
3. METODOLOGÍA.....	89
3.1. DISEÑO GENERAL PARA LA ELABORACIÓN Y/O SELECCIÓN DE LOS DISTINTOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA Y SU POSTERIOR VALIDACIÓN (Fases):.....	89
3.1.1. DISEÑO GENERAL DE LA ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO "INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA EN PACIENTES DE FISIOTERAPIA". Fases 1 y 2.....	89
3.1.2. DISEÑO GENERAL DE LA ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO "INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PROPORCIONADA POR EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA". Fases 1 y 2.....	91
3.1.3. DISEÑO GENERAL DE SELECCIÓN DEL CUESTIONARIO "SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA". Fases 1 y 2.....	92
3.1.4. DISEÑO GENERAL DE LA ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO "CONFIANZA DEPOSITADA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA". Fases 1 y 2.....	94
3.1.4.1 DISEÑO GENERAL DE ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONFIANZA EN EL PROVEEDOR DE SALUD WAKE FOREST.....	96
3.2. PRUEBA PILOTO (Fase 3 de todos los cuestionarios).....	97
3.2.1. Prueba piloto para los cuestionarios "Información Terapéutica percibida en pacientes de fisioterapia", "Satisfacción con la atención en fisioterapia" y "Confianza depositada en el profesional fisioterapeuta".....	97
3.2.2. Prueba piloto para el cuestionario "Información Terapéutica proporcionada por el profesional fisioterapeuta".....	98
3.3. PRUEBA EN UNA MUESTRA AMPLIA. ESTUDIO DE CAMPO. (Fase 4 de validación de los cuestionarios).....	100

3.3.1. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	100
3.3.1.1. Universo o población diana.....	100
3.3.1.2. Población Accesible. Ámbito Geográfico.....	101
3.3.1.3. Estimación del tamaño de muestra.....	101
3.3.1.4. Método de muestreo.....	102
3.3.1.5. Centros Participantes.....	106
3.3.2. RECOGIDA DE DATOS.....	106
3.2.2.1. Aspectos éticos.....	106
3.2.2.2. Procedimiento.....	106
3.3.3. VARIABLES DE ESTUDIO E INSTRUMENTOS.....	107
3.3.3.1. Variables de estudio en los/as pacientes de los servicios de fisioterapia.....	107
3.3.3.2. Variables de estudio en los/as profesionales fisioterapeutas.....	112
3.3.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	114
3.3.4.1. Análisis para la validación de instrumentos.....	114
3.3.4.2. Análisis descriptivo (características de la muestra)...	118
Análisis descriptivo de las variables influyentes.....	118
Análisis descriptivo de las variables resultado.....	119
3.3.4.3. Análisis para la exploración de la existencia de relaciones entre las variables de estudio.....	119
Análisis Bivariante.....	119
Análisis Multivariante.....	121
Correlaciones.....	122

4.-RESULTADOS.....	125
4.1. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 1. ELABORAR Y VALIDAR UN INSTRUMENTO DE MEDIDA (CUESTIONARIO) QUE PERMITA CONOCER EL NIVEL DE INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE FISIOTERAPIA.....	125
4.1.1. Resultados de la Fase 1. Conceptualización y desarrollo de los ítems del cuestionario.....	125
4.1.2. Resultados de la Fase 2. Validación por expertos. Método Delphi.....	125
4.1.3. Resultados de la Fase 3. Prueba piloto. Ajuste del cuestionario.....	126
4.1.4. Resultados de la Fase 4. Validación en una muestra amplia.....	129
· ESTIMACIÓN DE LA CAPACIDAD DISCRIMINANTE DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS QUE COMPONEN EL CUESTIONARIO.....	129
· VALIDEZ DE CONSTRUCTO.....	131
· FIABILIDAD.....	135
4.2. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 2. ELABORAR Y VALIDAR UN INSTRUMENTO DE MEDIDA QUE PERMITA CONOCER LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES FISIOTERAPEUTAS SOBRE LA CANTIDAD Y CALIDAD DE INFORMACIÓN TERAPÉUTICA QUE PROPORCIONAN A SUS PACIENTES.	135
4.2.1. Resultados de la Fase 1. Conceptualización y desarrollo de los ítems del cuestionario.....	135
4.2.2. Resultados de la Fase 2. Validación por expertos. Método Delphi.....	135
4.2.3. Resultados de la Fase 3. Prueba piloto. Ajuste del cuestionario.....	136
4.2.4. Resultados de la Fase 4. Validación en una muestra amplia.....	137
· ESTIMACIÓN DE LA CAPACIDAD DISCRIMINANTE DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS QUE COMPONEN EL CUESTIONARIO.....	137
· VALIDEZ DE CONSTRUCTO.....	139
· FIABILIDAD.....	143
4.3. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 3. SELECCIONAR Y VALIDAR LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE UN CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA (MEDRISK).....	143
4.3.1. Resultados de la Fase 1. Conceptualización y selección del cuestionario.....	143
4.3.2. Resultados de la Fase 2. Validación por expertos. Ajuste del cuestionario.....	144

4.3.3. Resultados de la Fase 3. Prueba piloto. Ajuste del cuestionario.....	144
4.3.4. Resultados de la Fase 4. Validación en una muestra amplia.....	145
· ESTIMACIÓN DE LA CAPACIDAD DISCRIMINANTE DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS QUE COMPONEN EL CUESTIONARIO.....	145
· VALIDEZ DE CONSTRUCTO.....	146
· FIABILIDAD	150
4.4. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 4. ELABORAR Y VALIDAR UN INSTRUMENTO DE MEDIDA QUE PERMITA CONOCER EL GRADO DE CONFIANZA QUE LOS PACIENTES DEPOSITAN EN LOS PROFESIONALES FISIOTERAPEUTAS.....	150
4.4.1. Resultados de la Fase 1. Conceptualización y desarrollo de los ítems del cuestionario.....	150
4.4.2. Resultados de la Fase 2. Validación por expertos. Técnica del grupo nominal. Método Delphi.....	151
4.4.3. Resultados de la Fase 3. Prueba piloto. Ajuste del cuestionario.....	152
4.4.4. Resultados de la Fase 4. Validación en una muestra amplia.....	153
· ESTIMACIÓN DE LA CAPACIDAD DISCRIMINANTE DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS QUE COMPONEN EL CUESTIONARIO.....	153
· VALIDEZ DE CONSTRUCTO.....	155
· VALIDEZ DE CRITERIO.....	160
· FIABILIDAD	160
4.4.5. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 4.1. REALIZAR LA ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN PRELIMINAR DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE UN CUESTIONARIO QUE MIDE CONFIANZA EN/LA PROVEEDOR/A DE SALUD (WAKE FOREST PHYSICIAN TRUST SCALE).....	161
4.4.5.1. Proceso de traducción-retrotraducción.....	161
4.4.5.2. Resultados de la Fase 3. Prueba piloto. Ajuste del cuestionario.....	161
4.4.5.3. Resultados de la Fase 4. Validación en una muestra amplia.....	162
· ESTIMACIÓN DE LA CAPACIDAD DISCRIMINANTE DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS QUE COMPONEN EL CUESTIONARIO.....	162
· VALIDEZ DE CONSTRUCTO.....	163
· FIABILIDAD	166

4.5. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 5. MEDIR LAS VARIABLES INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA EN POBLACIÓN DE PACIENTES ANDALUCES, MEDIR LA VARIABLE INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PROPORCIONADA EN POBLACIÓN DE FISIOTERAPEUTAS ANDALUCES Y ESTABLECER RELACIONES ENTRE AMBAS VARIABLES.....	166
4.5.1. Caracterización general de la muestra de pacientes. Resultados para el análisis descriptivo univariante.....	166
4.5.1.1. Caracterización de la muestra de pacientes en función del tipo de centro.....	173
4.5.2. Caracterización general de la muestra de fisioterapeutas. Resultados para el análisis descriptivo univariante.....	179
4.5.2.1. Caracterización de la muestra de fisioterapeutas en función del tipo de centro.....	182
4.5.3. Puntuaciones generales y por ítem del instrumento “Información Terapéutica percibida en pacientes de fisioterapia”.....	184
4.5.3.1. Análisis de esta variable por tipo de centro.....	186
4.5.3.2. Análisis descriptivo de los ítems.....	186
4.5.4. Puntuaciones generales y por ítem del instrumento “Información Terapéutica proporcionada por el profesional fisioterapeuta”.....	187
4.5.4.1. Análisis de esta variable por tipo de centro.....	189
4.5.4.2. Análisis descriptivo de los ítems.....	189
4.5.5. Relación entre la variable Información Percibida y la variable Información Proporcionada.....	191
4.6.- RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 6. MEDIR LAS VARIABLES SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA Y CONFIANZA DEPOSITADA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA EN POBLACIÓN DE PACIENTES ANDALUCES.....	193
4.6.1. Puntuación general y por ítem del instrumento Satisfacción con la atención en fisioterapia (<i>MedRisk</i>).....	193
4.6.1.1. Análisis de esta variable por tipo de centro.....	194
4.6.1.2. Análisis descriptivo de los ítems.....	195
4.6.2. Puntuación general y por ítem del instrumento “Confianza depositada en el profesional fisioterapeuta”.....	196
4.6.2.1. Análisis de esta variable por tipo de centro.....	197
4.6.2.2. Análisis descriptivo de los ítems.....	198

4.7. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 7: ESTABLECER RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES DE ESTUDIO INFORMACIÓN, SATISFACCIÓN Y CONFIANZA EN FISIOTERAPIA CON ALGUNAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CON OTRAS POSIBLES VARIABLES INFLUYENTES COMO TIPO DE CENTRO ASISTENCIAL, NÚMERO DE SESIONES, DURACIÓN DE LA SESIÓN, DOLOR Y PERCEPCIÓN DE MEJORA DEL ESTADO DE SALUD.....	199
4.7.1. Resultados del análisis para la variable INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA.....	199
4.7.1.1. Análisis bivariante.....	199
4.7.1.2. Análisis multivariante.....	105
4.7.2. Resultados del análisis para la variable INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PROPORCIONADA.....	209
4.7.2.1 Análisis bivariante.....	209
4.7.3. Resultados del análisis para la variable SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA	211
4.7.3.1. Análisis bivariante.....	211
4.7.3.2. Análisis multivariante.....	217
4.7.4. Resultados del análisis para la variable CONFIANZA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA	220
4.7.4.1. Análisis bivariante.....	220
4.7.4.2. Análisis multivariante.....	225
4.8.- RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 8. EXPLORAR LA EXISTENCIA DE RELACIONES ENTRE ESTAS VARIABLES: INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA, SATISFACCIÓN Y CONFIANZA EN EL FISIOTERAPEUTA.....	228
4.8.1. Resultados de las correlaciones entre estas variables.....	228
5. DISCUSIÓN.....	233
5.1. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA Y DEL CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PROPORCIONADA.....	234
5.1.1. Conceptualización, desarrollo, ajuste y pilotaje de los 2 cuestionarios de Información Terapéutica.....	234
5.1.2. Validación en una muestra amplia de los 2 cuestionarios de Información Terapéutica.....	235
5.1.2.1. Capacidad discriminante de los ítems.....	236

5.1.2.2. Validez de constructo de los 2 cuestionarios de Información Terapéutica.....	237
5.1.2.3. Fiabilidad de los dos cuestionarios de Información Terapéutica.....	238
5.2. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA EN FISIOTERAPIA (<i>MedRisk</i>).....	239
5.2.1. Conceptualización, selección, ajuste y pilotaje del cuestionario <i>MedRisk</i>	240
5.2.2. Validación del cuestionario <i>MedRisk</i> en una muestra amplia.....	241
5.2.2.1. Capacidad discriminante de los ítems.....	241
5.2.2.2. Validez de constructo del cuestionario <i>MedRisk</i>	241
5.2.2.3. Fiabilidad del cuestionario <i>MedRisk</i>	244
5.3. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONFIANZA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA.....	245
5.3.1. Conceptualización, desarrollo, ajuste y pilotaje del cuestionario de Confianza.....	245
5.3.2. Validación del cuestionario de Confianza en una muestra amplia.....	246
5.3.2.1. Capacidad discriminante de los ítems	246
5.3.2.2. Validez de constructo del cuestionario de Confianza.....	247
5.3.2.3. Validez de criterio del cuestionario de Confianza	248
5.3.2.4. Fiabilidad del cuestionario de Confianza.....	248
5.4. ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN PRELIMINAR DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO <i>WAKE FOREST PHYSICIAN TRUST SCALE</i>.....	250
5.4.1. Conceptualización, traducción, pilotaje y ajuste del cuestionario <i>WAKE FOREST</i>	250
5.4.2. Validación del cuestionario <i>WAKE FOREST</i> en una muestra amplia....	251
5.4.2.1. Capacidad discriminante de los ítems.....	251
5.4.2.2. Validez de constructo del cuestionario <i>WAKE FOREST</i>	251
5.4.2.3. Fiabilidad del cuestionario <i>WAKE FOREST</i>	252

5.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO EN EL PROCESO DE VALIDACIÓN DE LOS DIFERENTES CUESTIONARIOS.....	253
5.6. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE AMBAS MUESTRAS (PACIENTES Y FISIOTERAPEUTAS).....	255
5.6.1. Adecuación de la muestra de estudio.....	255
5.6.2. Características de la muestra de pacientes. Características globales y por tipo de centro.....	257
5.6.3. Características de la muestra de fisioterapeutas. Características globales y por tipo de centro.....	260
5.6.4. Información Terapéutica Percibida e Información Terapéutica Proporcionada.....	261
5.6.5. Relación entre la Información Percibida y la Proporcionada.....	263
5.6.6. Satisfacción con la atención recibida (<i>MedRisk</i>).....	264
5.6.7. Confianza en el profesional fisioterapeuta.....	265
5.7. FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS VARIABLES DE ESTUDIO: INFORMACIÓN TERAPÉUTICA, SATISFACCIÓN Y CONFIANZA.....	267
5.7.1. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA INFORMACIÓN TERAPÉUTICA.....	269
5.7.2. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN.....	274
5.7.3. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONFIANZA.....	278
5.8. CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES INFORMACIÓN, SATISFACCIÓN Y CONFIANZA.....	283
6.-CONCLUSIONES.....	289
7.-BIBLIOGRAFÍA.....	295
8.-ANEXOS.....	325

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Identificación de ítems de los cuestionarios <i>Picker Patienty SDM-Q-9</i> relacionados con la Información Terapéutica	47
Tabla 2. Identificación de ítems relacionados con la Información Terapéutica en instrumentos de medida de satisfacción y calidad asistencial en fisioterapia	49
Tabla 3. Identificación en la literatura de los cuestionarios genéricos que miden satisfacción en fisioterapia	64
Tabla 4. Identificación en la literatura de los cuestionarios que miden confianza	72
Tabla 5. Categorización de las variables Información, Satisfacción y Confianza a partir de sus correspondientes Índices.	109
Tabla 6. Categorización de la variable edad	109
Tabla 7. Categorización de la variable número de Sesiones	110
Tabla 8. Categorización de la variable duración de la sesión	111
Tabla 9. Categorización de la variable dolor	111
Tabla 10. Categorización de la variable mejora del estado de salud	112
Tabla 11. Categorización de la variable Información Terapéutica proporcionada	112
Tabla 12. Resumen de las variables de estudio	113
Tabla 13. Características de ajuste ideal en el análisis factorial confirmatorio	117
Tabla 14. Esquema del análisis descriptivo de la muestra. Descripción de las variables influyentes	118
Tabla 15. Esquema del análisis bivariante de las variables resultado	120
Tabla 16. Índice de Validez de Contenido (IVC) de cada uno de los ítems del Cuestionario Información Terapéutica Percibida. Valoración por 14 jueces-expertos.	126
Tabla 17. Cambio en la alternativa de respuesta de los 8 primeros ítems del cuestionario Información Percibida	127
Tabla 18. Características de la muestra piloto (pacientes)	128
Tabla 19. Frecuencia de endose para cada alternativa de respuesta de los ítems del cuestionario Información Terapéutica Percibida por el paciente.	129
Tabla 20. Coeficiente de correlación de Pearson de cada ítem con el total (cuestionario Información Percibida).	131

Tabla 21. Carga de cada uno de los ítems al factor (cuestionario Información Percibida).	133
Tabla 22. Características de ajuste en el análisis factorial confirmatorio del cuestionario Información Terapéutica Percibida	134
Tabla 23. Índice de Validez de Contenido (IVC) de cada uno de los ítems del Cuestionario Información Terapéutica Proporcionada por el fisioterapeuta. Valoración por 14 jueces-expertos.	136
Tabla 24. Características de la muestra piloto (fisioterapeutas)	136
Tabla 25. Frecuencia de endose para cada alternativa de respuesta de los ítems del cuestionario Información Terapéutica Proporcionada por el fisioterapeuta.	138
Tabla 26. Coeficiente de correlación de Pearson de cada ítem con el total (cuestionario Información Proporcionada)	139
Tabla 27. Carga de cada uno de los ítems al factor (cuestionario Información Proporcionada)	141
Tabla 28. Características de ajuste en el análisis factorial confirmatorio del cuestionario Información Terapéutica Proporcionada.	142
Tabla 29. Frecuencia de endose para cada alternativa de respuesta de los ítems del cuestionario de satisfacción <i>MedRisk</i> .	145
Tabla 30. Coeficiente de correlación de Pearson de cada ítem con el total (cuestionario <i>MedRisk</i>).	146
Tabla 31. Carga de cada uno de los ítems a cada factor (cuestionario <i>MedRisk</i>)	148
Tabla 32. Coeficiente Alfa de cada una de las dimensiones del cuestionario <i>MedRisk</i> .	150
Tabla 33. Índice de Validez de Contenido (IVC) de cada uno de los ítems del cuestionario de confianza en el profesional fisioterapeuta.	152
Tabla 34. Frecuencia de endose para cada alternativa de respuesta de los ítems del cuestionario de confianza en el profesional fisioterapeuta	154
Tabla 35. Coeficiente de correlación de Pearson de cada ítem con el total (cuestionario de confianza en el fisioterapeuta).	155
Tabla 36. Cargas de cada uno de los ítems que pertenecen al factor (cuestionario de confianza en el fisioterapeuta)	156
Tabla 37. Cargas de cada uno de los ítems al factor. (Tras nuevo análisis factorial)	158
Tabla 38. Características de ajuste en el análisis factorial confirmatorio del cuestionario Confianza depositada en el profesional fisioterapeuta.	159
Tabla 39. Frecuencia de endose para cada alternativa de respuesta de los ítems del cuestionario <i>WAKE FOREST</i> .	162

Tabla 40. Coeficiente de correlación de Pearson de cada ítem con el total (cuestionario <i>WAKE FOREST</i>).	163
Tabla 41. Cargas de cada uno de los ítems en el factor (cuestionario <i>WAKE FOREST</i>)	164
Tabla 42. Características de ajuste en el análisis factorial confirmatorio del cuestionario <i>WAKE FOREST</i> .	165
Tabla 43. Distribución de la muestra de pacientes en función de la variable número de sesiones categorizada.	170
Tabla 44. Distribución de la muestra de pacientes en función de la variable duración de la sesión categorizada.	170
Tabla 45. Distribución de la muestra de pacientes en función de la variable dolor categorizado	171
Tabla 46. Distribución de la muestra de pacientes en función de la variable estado categorizado.	171
Tabla 47. Resumen de las características descriptivas generales de la muestra de pacientes.	172
Tabla 48. Distribución de la muestra de pacientes en función del tipo de centro y la edad	174
Tabla 49. Distribución de la muestra de pacientes en función del tipo centro y el género, tipo de centro y nivel de estudios y tipo de centro y localización de la patología	175
Tabla 50. Distribución de la muestra en función del tipo centro y el número de sesiones, del tipo de centro y duración de la sesión, del tipo de centro y dolor y del tipo de centro y mejora del estado de salud de los pacientes.	176
Tabla 51. Distribución de la muestra de fisioterapeutas en función de la variable duración de la sesión categorizada.	181
Tabla 52. Resumen de las características descriptivas generales de la muestra de fisioterapeutas.	181
Tabla 53. Distribución de la muestra de fisioterapeutas en función del tipo de centro y género.	183
Tabla 54. Resumen de las características descriptivas de la muestra de fisioterapeutas en función del tipo de centro y edad, tipo de centro y años de carrera profesional y tipo de centro y duración de la sesión de fisioterapia.	184
Tabla 55. Análisis de la variable resultado información percibida en función del tipo de centro.	186
Tabla 56. Características descriptivas de los ítems del cuestionario información terapéutica percibida por el paciente.	187
Tabla 57. Características de la muestra de fisioterapeutas en función de la información terapéutica proporcionada y el tipo de centro.	189

Tabla 58. Características descriptivas de los ítems del cuestionario información terapéutica proporcionada.	190
Tabla 59. Índice promedio de información percibida, Índice promedio de información proporcionada y diferencia entre ambos en cada uno de los centros participantes.	192
Tabla 60. Análisis de la variable resultado satisfacción en función del tipo de centro.	194
Tabla 61. Características descriptivas de los ítems del cuestionario satisfacción con el servicio de fisioterapia (<i>MedRisk</i>).	195
Tabla 62. Análisis de la variable resultado confianza en función del tipo de centro.	197
Tabla 63. Características descriptivas de los ítems del cuestionario de confianza depositada en el profesional fisioterapeuta.	198
Tabla 64. Variables que influyen en la Información Terapéutica Percibida categorizada (análisis bivariado)	200
Tabla 65. Variables para los modelos de Análisis de Regresión Logística.	206
Tabla 66. Modelo 1 de Análisis multivariante de la variable información terapéutica percibida.	208
Tabla 67. Modelo 2 de Análisis multivariante de la variable información terapéutica percibida.	208
Tabla 68. Factores que influyen en la información terapéutica percibida. Análisis simple y resumen de los modelos 1 y 2 multivariantes.	209
Tabla 69. Análisis bivariado entre la variable información terapéutica proporcionada categorizada y las variables tipo de centro, género y duración de la sesión categorizada.	210
Tabla 70. Asociación entre información proporcionada y edad y años de ejercicio profesional.	210
Tabla 71. Variables que influyen en la satisfacción categorizada (análisis bivariado)	212
Tabla 72. Modelo 1 de Análisis multivariante de la variable satisfacción.	218
Tabla 73. Modelo 2 de Análisis multivariante de la variable satisfacción.	219
Tabla 74. Factores que influyen en la satisfacción. Análisis simple y resumen de los modelos 1 y 2 multivariantes.	219
Tabla 75. Variables que influyen en la confianza categorizada (análisis bivariado).	220
Tabla 76. Modelo 1 de Análisis multivariante de la variable confianza.	226
Tabla 77. Modelo 2 de Análisis multivariante de la variable confianza	227

Tabla 78. Factores que influyen en la confianza. Análisis simple y resumen de los modelos 1 y 2 multivariantes.	228
Tabla 79. Correlaciones entre las variables información percibida, satisfacción y confianza.	229
Tabla 80. Correlaciones parciales controlando por cada una de las variables de estudio: información, satisfacción y confianza.	229

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1. Servicios de Internet utilizados por hombres y mujeres en % de internautas. España (2010).	39
Fig. 2. Modelo de la expectativa-desconfirmación	54
Fig. 3. Modelo de Hudak et al. de las características principales de los cuestionarios que miden satisfacción.	62
Fig. 4. Resumen del diseño de elaboración de los instrumentos "Información Terapéutica Percibida", Satisfacción "MedRisk", "Confianza en el profesional fisioterapeuta" y Confianza "WAKE FOREST".	99
Fig. 5. Resumen del diseño de elaboración del cuestionario "Información Terapéutica proporcionada por el profesional fisioterapeuta"	100
Fig. 6. Resumen del tipo de muestreo	104
Fig. 7. Gráfico de sedimentación del cuestionario información terapéutica percibida	132
Fig. 8. Modelo AFC (Análisis Factorial Confirmatorio) del cuestionario información terapéutica percibida con factores estandarizados	134
Fig. 9. Gráfico de sedimentación del cuestionario información terapéutica proporcionada	140
Fig. 10. Modelo AFC del cuestionario información terapéutica proporcionada con factores estandarizados	142
Fig. 11. Gráfico de sedimentación del cuestionario de satisfacción <i>MedRisk</i> .	147
Fig. 12. Gráfico de saturaciones del cuestionario de satisfacción <i>MedRisk</i>	147
Fig. 13. Modelo AFC (Análisis Factorial Confirmatorio) del cuestionario de satisfacción <i>MedRisk</i> con factores estandarizados.	149
Fig. 14. Gráfico de sedimentación del cuestionario de confianza en el profesional fisioterapeuta.	158

Fig. 15. Modelo AFC del cuestionario de confianza en el profesional fisioterapeuta con factores estandarizados	160
Fig. 16. Gráfico de sedimentación del cuestionario <i>WAKE FOREST</i>	164
Fig. 17. Modelo AFC del cuestionario <i>WAKE FOREST</i> con factores estandarizados	165
Fig. 18. Distribución de la muestra de pacientes en función del centro asistencial	168
Fig. 19. Distribución de la muestra de pacientes en función del género y nivel de estudios	169
Fig. 20. Distribución de la muestra de pacientes en función de la localización de la patología	169
Fig. 21. Distribución de la muestra de pacientes en función del tipo de centro y la localización de la patología	175
Fig. 22. Distribución de la muestra de pacientes en función del tipo de centro y el número de sesiones categorizado.	177
Fig.23. Distribución de la muestra de pacientes en función del tipo de centro y la duración de la sesión categorizada	177
Fig. 24. Distribución de la muestra de pacientes en función del tipo de centro y el dolor categorizado.	178
Fig. 25. Distribución de la muestra de pacientes en función del tipo de centro y el estado de salud categorizado	179
Fig. 26. Distribución de la muestra de fisioterapeutas en función del centro	180
Fig. 27. Distribución de la muestra de fisioterapeutas en función del tipo de centro y la duración de la sesión categorizada.	183
Fig. 28. Distribución de la muestra de pacientes en función de la variable información percibida categorizada.	185
Fig. 29. Distribución de la muestra de fisioterapeutas en función de la variable información proporcionada categorizada.	188
Fig. 30. Distribución de la muestra en función de la variable satisfacción categorizada.	194
Fig. 31. Distribución de la muestra en función de la variable confianza categorizada.	197
Fig. 32. Asociación entre información terapéutica percibida categorizada y tipo de centro.	202
Fig. 33. Asociación entre información terapéutica percibida categorizada y edad categorizada de los pacientes.	202
Fig. 34. Asociación entre información terapéutica percibida categorizada y nivel de estudios.	203

Fig. 35. Asociación entre información terapéutica percibida categorizada y duración de la sesión de fisioterapia categorizada	204
Fig. 36. Asociación entre información terapéutica percibida categorizada y dolor categorizado.	204
Fig. 37. Asociación entre información terapéutica percibida categorizada y mejora del estado de salud del paciente categorizado	205
Fig. 38. Asociación entre información terapéutica proporcionada categorizada y tipo de centro	211
Fig. 39. Asociación entre satisfacción categorizada y tipo de centro.	213
Fig. 40. Asociación entre satisfacción categorizada y edad del paciente categorizada.	214
Fig. 41. Asociación entre satisfacción categorizada y nivel de estudios.	215
Fig. 42. Asociación entre satisfacción categorizada y duración de la sesión de fisioterapia categorizada.	215
Fig. 43. Asociación entre satisfacción categorizada y dolor categorizado.	216
Fig. 44. Asociación entre satisfacción categorizada y mejora del estado de salud del paciente categorizado.	217
Fig. 45. Asociación entre confianza categorizada y tipo de centro.	222
Fig. 46. Asociación entre confianza categorizada y edad categorizada de los pacientes.	223
Fig. 47. Asociación entre confianza categorizada y nivel de estudios.	223
Fig. 48. Asociación entre confianza categorizada y duración de la sesión de fisioterapia categorizada	224
Fig. 49. Asociación entre confianza categorizada y dolor categorizado	224
Fig. 50. Asociación entre confianza categorizada y mejora del estado de salud del paciente categorizado.	225
Fig. 51. Variables que influyen en la información terapéutica percibida.	273
Fig. 52. Variables que influyen en la satisfacción con la atención en fisioterapia.	277
Fig. 53. Variables que influyen en la confianza depositada en el profesional fisioterapeuta.	282

INTRODUCCIÓN



1.-INTRODUCCIÓN

El modelo ético de comportamiento que, clásicamente, ha sustentado la relación profesional sanitario-paciente ha sido el paternalismo médico. Este modelo, que ha persistido desde tiempos hipocráticos a lo largo de los siglos, giraba en torno al objetivo principal, por parte del médico, de "restablecer la salud" del paciente al que atendía considerando que el "buen enfermo" era aquel que asumía una actitud pasiva, sumisa, que no preguntaba, no protestaba y obedecía¹.

Sin embargo, a lo largo de la modernidad, y fundamentalmente a partir de mediados del siglo pasado, en las sociedades occidentales, algunas acciones colectivas como el movimiento de las mujeres (años 60 y 70), el movimiento de los derechos civiles (entre 1955 y 1968) y el movimiento de los derechos de los pacientes recogidos en la *Primera Carta de Derechos de los Pacientes* promulgada por la Asociación Americana de Hospitales (1973), promovieron el cambio de este modelo de comportamiento²⁻³. Otra aportación decisiva al cambio de modelo fue la ausencia de ética en estudios de investigación como el de la sífilis en Estados Unidos⁴ citado como "posiblemente la más infame investigación biomédica de la historia de los Estados Unidos" que trajo como consecuencia el Informe Belmont (1979)⁵ que establece los principios éticos fundamentales que deben orientar la investigación en seres humanos.

Todo ello originó el cambio de la cultura del paternalismo médico a la cultura basada en la autonomía del paciente para tomar sus propias decisiones en el marco de su proceso de salud.

El desarrollo de este nuevo paradigma centra su interés en las relaciones interpersonales entre profesionales sanitarios-pacientes, en las que factores psicológicos y sociales presentes en todo el proceso de salud-enfermedad juegan un papel determinante.

Por tanto, en la actualidad, la calidad de los servicios de salud va más allá de la disponibilidad de recursos materiales y la competencia científico-técnica de los recursos humanos, para adentrarse en el terreno de las relaciones sanitarias en las que conceptos como Información Terapéutica, Satisfacción y Confianza en el proveedor de salud adquieren especial relevancia⁶.

1.1. INFORMACIÓN TERAPÉUTICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

1.1.1. INFORMACIÓN TERAPÉUTICA

En la relación profesional sanitario-paciente cabe destacar, como aspecto elemental, la comunicación y transferencia de información sobre el proceso de salud en cuestión⁷.

La información se considera un principio básico en la asistencia sanitaria de los pacientes.

Entre las definiciones de Información Terapéutica existentes en la literatura, destacamos las siguientes:

"cualquier forma, clase o tipo de dato que permita a todo paciente adquirir o ampliar el conocimiento sobre su salud o la forma de preservarla, mejorarla, cuidarla o recuperarla, y ejercer por tanto los derechos que tiene legítimamente reconocidos como usuario de cualquier servicio sanitario" de Simón Lorda⁸.

"derecho-deber que se satisface continuamente a lo largo de todo el proceso terapéutico, tiene por finalidad garantizar el éxito del tratamiento, proporcionando al paciente los datos que le permitan aceptar y conocer su enfermedad, organizar y adecuar su conducta durante el tratamiento y de otro lado, permite al profesional sanitario ofrecer explicaciones coherentes a lo largo de éste y justificar sus consejos y decisiones sobre el mismo" de Eliseo Collazo⁹.

"aquella información obligada por las necesidades del tratamiento" del Documento final del Grupo de Expertos en Información y Documentación Clínica¹⁰. Se trata de un grupo de trabajo creado por el Subsecretariado de Sanidad y Consumo en el año 1997 para desarrollar los derechos de los ciudadanos en materia de información y documentación clínica. El trabajo desarrollado, en el que participaron expertos de la mayoría de las comunidades autónomas, consistió en fijar criterios que permitieron clarificar los derechos y obligaciones, en este ámbito, de los facultativos, los pacientes y las propias instituciones sanitarias.

La información Terapéutica, según la jurisprudencia es un acto clínico más y así lo debemos entender todos los profesionales de la salud.

La obligación de informar por parte de los médicos, sobre todo en lo referente a actos quirúrgicos es bastante conocida popularmente¹¹ y la legislación es muy clara al respecto¹ pero, qué ocurre con los fisioterapeutas?

La regulación del derecho a la información terapéutica en fisioterapia y, en todas las profesiones sanitarias en general, se condensa en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad¹² hoy derogada, en el Código Deontológico en cuestión y muy especialmente, en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica¹³. La anterior ley impone una serie de obligaciones que deben ser cumplidas por todo profesional sanitario, sea cual sea el ámbito en que ejerza su profesión.

Dentro del marco legal y ético en el que se mueve el derecho a la información en el medio sanitario de nuestro país, se hace necesario subrayar algunos aspectos por su directa relación con el tema que nos ocupa:

La Ley General de Sanidad estructuró las medidas, protección y servicios que hoy conforman el derecho a la prestación sanitaria. En su artículo 10.5 explicita que el paciente tiene derecho *"A que se le dé en términos comprensibles a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento."*

La Ley de Autonomía del Paciente de 41/2002 que entró en vigor el día 15 de mayo de 2003 con un desarrollo más exhaustivo y cercano a la realidad actual de lo que lo hacía la Ley General de Sanidad, desarrolla en su artículo 4 el Derecho a la Información Asistencial que establece:

1. "Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma". "Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias".

2. "La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad."

3. "El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle."

Todos los **Códigos Deontológicos de los distintos Colegios Profesionales Oficiales de Fisioterapia**¹⁴ indican que "Los usuarios tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico fisioterápico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad; y el fisioterapeuta tiene el deber de facilitársela con las palabras más adecuadas"

De todo ello se dirime la obligación legal y ética del fisioterapeuta, como profesional que interviene en la actividad asistencial del paciente, de cumplir con el deber de información¹⁵

De otro lado, es importante resaltar que el paciente tiene derecho a no ser informado si así lo expresa previamente.

Algunas investigaciones recientes como la de Mira J et al (2010)¹⁶ ponen de relieve que algunos profesionales de la medicina muestran importantes lagunas de conocimiento sobre el ordenamiento jurídico que rige su relación con los pacientes dejando claro la necesidad de

que el profesional de la salud reciba información clara y actualizada sobre la legislación aplicable.

Desde el punto de vista legal, podríamos resumir, de forma clara, todo lo que concierne a la Información Sanitaria contestando a las siguientes cuestiones¹⁷:

¿Qué hay que informar?

- Diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- Si el riesgo de una determinada técnica es conocido, y por tanto previsible, aunque el porcentaje estadístico de que dicho evento se produzca sea mínimo o infrecuente.

¿A quién hay que informar?

- Paciente plenamente capaz.
- Paciente plenamente capaz que decide o delega expresamente en un pariente o allegado.
- Si el paciente no está capacitado para recibir información (como por ejemplo paciente con deterioro cognitivo o niño), ésta se proporcionará a un familiar o allegado.

¿Cómo hay que informar?

- La información debe adaptarse al nivel científico y de comprensión del paciente.
- Además de comprensible, debe ser clara, leal y completa.

Con todo, y en este contexto legal y moral de la autonomía del paciente, las organizaciones sanitarias han pasado a poner el centro de su atención en los usuarios y sus expectativas. Las nuevas instituciones de salud quieren conocer la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención que reciben, en particular sobre la información recibida¹⁸.

A este respecto, en España, obtenemos datos del Barómetro Sanitario del 2010 que es un estudio de opinión que, desde 1995, realiza cada año el Ministerio de Sanidad y Política Social mediante un convenio de colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas [CIS]¹⁹. En cada edición se hacen 7.800 entrevistas personales a sujetos de ambos sexos de 18 o más años residentes en todas las comunidades autónomas. Estas entrevistas, que tienen lugar en los domicilios particulares, permiten conocer la opinión que tienen los ciudadanos sobre los servicios sanitarios públicos, con independencia de que los hayan o no utilizado, pues el estudio se dirige a la población española en general. En el Barómetro del año 2010 encontramos que la Información Institucional (información en relación al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, como información acerca de los derechos, vías de reclamación, trámites de acceso a un determinado servicio...) es el aspecto peor valorado por los usuarios, obteniendo, año tras año, calificaciones muy bajas, por debajo de 5 en una escala de 1 ("*no facilita información*") a 10 ("*facilita mucha información*"). Sin embargo, *la información sobre su problema de salud* (Información Terapéutica) es el quinto aspecto de la asistencia sanitaria pública mejor valorado por los usuarios con una puntuación media de 7.38 sobre 10.

A pesar de ello y, en contradicción a la opinión general de los usuarios de nuestro Sistema Público de Salud, existe un escaso arraigo de la obligación de informar por parte de los profesionales sanitarios en general. Esto ha hecho que la omisión de la información terapéutica se transforme en muchas de las reclamaciones en el ámbito sanitario que se tramitan en la actualidad²⁰⁻²¹

Algunos estudios documentan que los pacientes no reciben toda la información que desean, ni toda aquella que necesitan²².

Un estudio reciente (2009)²³ realizado en Australia con la metodología cualitativa de la Teoría Fundamentada en 3 grupos focales de pacientes con lumbalgia crónica, concluyó como tema emergente principal la necesidad de estos pacientes de participar activamente en los programas de tratamiento, la necesidad de ser escuchados y fundamentalmente, la necesidad de contar con información clara y adecuada sobre todo su proceso de salud.

En la disciplina de fisioterapia, ámbito público o privado, la información facilitada por el fisioterapeuta al paciente acerca de su patología, técnicas de tratamiento fisioterapéutico, número de sesiones necesario, expectativas de resultado e incluso recomendaciones prácticas, constituyen un pilar básico de nuestro ejercicio profesional que en multitud de ocasiones no recibe la importancia, ni dedicación temporal adecuada²⁴ aún cuando hay estudios que demuestran que una única sesión informativa y educativa puede obtener los mismos beneficios terapéuticos, a largo plazo, que todo un tratamiento estandarizado de fisioterapia²⁵.

1.1.1.1.-INFORMACIÓN ESCRITA

Existen diversos formatos disponibles para suministrar la información terapéutica, por ejemplo imágenes, grabaciones (audio y vídeo), consejos, seguimiento por llamadas telefónicas, comunicación por correo electrónico e Internet pero la información verbal, proporcionada por el profesional en cuestión, junto con el formato escrito (folletos, panfletos, hojas informativas) es el medio más común para proveer información en el medio sanitario.

La investigación ha demostrado que los pacientes pueden olvidar hasta la mitad de lo que se les ha dicho en los 5 minutos posteriores a una consulta médica²⁶, sin embargo, se puede mejorar la retención de la información si se provee a los pacientes una información escrita suplementaria²⁷. Un estudio reciente (Smith HK et al, 2011)²⁸ realizado en una muestra de 121 pacientes intervenidos de patología traumática contrastó la efectividad de proporcionar información escrita suplementaria a la información verbal en el momento de consentir una determinada intervención quirúrgica. Los pacientes que recibieron esta información escrita recordaron, a los 3 días de la intervención, mayor cantidad de información importante (64% frente a 41% del grupo control que sólo recibió información verbal) y manifestaron mayor satisfacción con el proceso informativo.

La revisión sistemática de Johnson et al (2008)²⁹ que estudió la efectividad de la información verbal y escrita versus información verbal solamente en pacientes tras el alta hospitalaria, concluyó la recomendación de usar ambas informaciones para mejorar el conocimiento de los pacientes acerca de su proceso de cuidado y la satisfacción de los mismos.

La información escrita debe de ser de calidad y la legibilidad del texto escrito es un indicador de la misma³⁰. *The Centre for Health Information Quality*³¹ (Centro autorizado de Información en salud y Atención Social en Inglaterra) establece tres claves de calidad en los materiales informativos sobre cuidados de salud: que sean legibles, basados en la evidencia y que involucre a los pacientes en el desarrollo de los materiales. Existen diversos instrumentos validados que permiten evaluar, de manera rápida y sencilla, la calidad de los textos escritos dirigidos a pacientes. Entre los más utilizados se encuentra el cuestionario DISCERN³² desarrollado en Reino Unido y dirigido fundamentalmente a valorar textos relacionados con opciones de tratamiento y la escala EQIP³³ (originalmente de 20 ítems y más tarde ampliada a 36 ítems) que permite valorar la calidad del texto en función de la comprensibilidad del lenguaje y la organización del documento. En este sentido, Luk et al³⁴ (2011) realizaron una revisión sistemática acerca de los instrumentos de medida de la calidad de la información escrita en ciencias de la salud, revelando la necesidad de desarrollar nuevas herramientas válidas y fiables que determinen la calidad de un texto escrito dirigido a pacientes.

En la disciplina de fisioterapia, prescribir por escrito ejercicios o recomendaciones para que el paciente realice en su domicilio suele ser una práctica extendida. Estas instrucciones de los ejercicios por escrito e ilustradas pueden mejorar la comprensión de los mismos y estimular los procesos de memoria y de recuerdo de la información, si bien, en raras ocasiones, esta información escrita es personalizada e individualizada.

Coudeyre E. et al³⁵ (2006) compararon la efectividad de un folleto informativo escrito frente a una información estandarizada verbal en 142 pacientes con lumbalgia subaguda y crónica que realizaron el mismo tratamiento de terapia física, 72 pacientes recibieron este folleto

informativo sobre el dolor de espalda (grupo experimental) y 70 pacientes recibieron la misma información de manera verbal. Tras el tratamiento, la satisfacción con la información recibida fue significativamente mayor en el grupo de intervención y a los 3 meses de seguimiento, mejoró de manera significativa, el grado de discapacidad y el grado de conocimiento de los pacientes que recibieron la información escrita.

Un estudio parecido fue el de Little P et al.³⁶ (2001) que compararon 4 grupos de estudio de pacientes con un nuevo episodio de lumbalgia. Un grupo (n=81) recibió un libro con recomendaciones terapéuticas, otro grupo (n=75) recibió estas recomendaciones de manera oral, un tercer grupo (n=77) fue sometido conjuntamente a las dos intervenciones anteriores (libro e información verbal) y un cuarto grupo fue el grupo control (n=78). A todos los pacientes se les entrevistó telefónicamente a la semana y a las 3 semanas para valorar la satisfacción, el dolor, la discapacidad y el grado de conocimiento de estas recomendaciones. En comparación con el control, mejoró de forma significativa el dolor y la discapacidad en los 3 grupos, si bien el efecto fue mucho más notable en el grupo en el que se combinó ambas actuaciones informativas. La satisfacción y el grado de conocimiento de las recomendaciones fueron mayores en los grupos que recibieron el libro con las medidas terapéuticas.

Schneiders et al.³⁷ que evaluaron la adherencia al ejercicio durante un período de 14 días en 96 pacientes con dolor lumbar agudo, concluyeron que los pacientes que recibieron las instrucciones del ejercicio de forma verbal, pero reforzada con material escrito e ilustrado, se adhirieron a un nivel significativamente más alto que el grupo control, que recibió sólo instrucciones verbales.

Kongsted et al.³⁸ (2008) realizaron un ensayo clínico en el que participaron 182 pacientes diagnosticados de síndrome de latigazo cervical leve tras accidente de tráfico. Un grupo recibió una charla educativa de 1 hora de duración, realizada por una enfermera entrenada, y el otro grupo recibió un folleto informativo. Se evaluó el dolor, la discapacidad y la incorporación a la vida laboral a los 3, 6 y 12 meses. En este caso, no se encontraron diferencias entre los grupos.

Si atendemos a otras patologías y disciplinas, como el estudio de Windsor PM. et al (2009)³⁹, en el que se entregó una carpeta con folletos informativos acerca de ejercicio terapéutico y control de la fatiga a 205 pacientes tratados con radioterapia o quimioterapia, se obtuvo una alta adherencia al programa, más del 88% de pacientes participantes realizaron los ejercicios prescritos y además, calificaron de excelente la información escrita prestada.

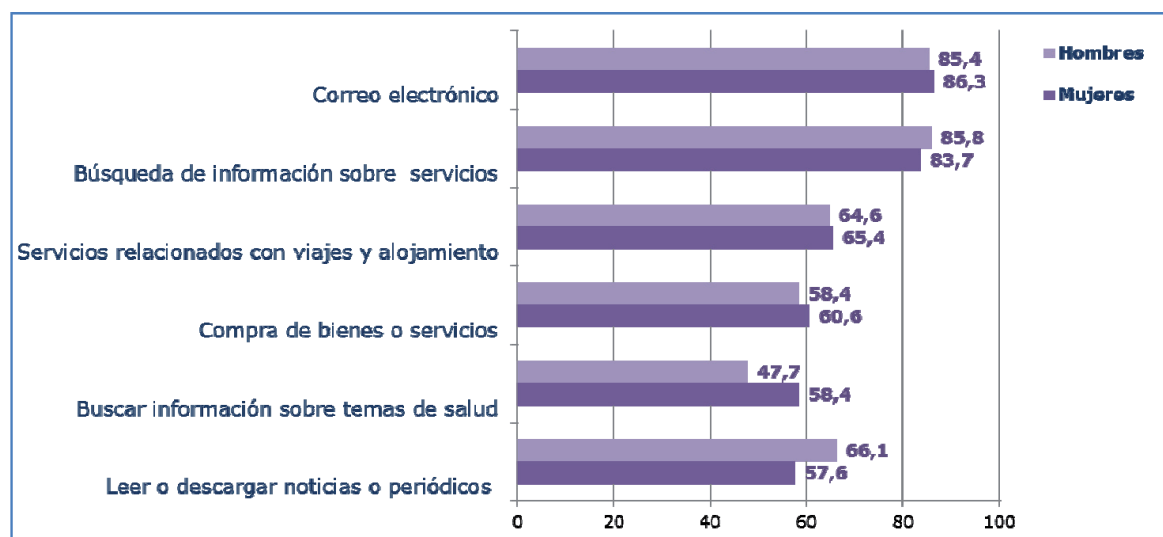
Por tanto, aportar una información escrita de calidad puede influir de forma importante y positiva en aspectos tales como mejorar la comprensión del tratamiento, estimular los procesos de memoria y de recuerdo de las recomendaciones terapéuticas, optimizar el afrontamiento de las posibles incidencias y promover la participación activa en el proceso terapéutico.

1.1.1.2. NUEVAS TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN TERAPÉUTICA

Cabe mencionar el papel de las nuevas tecnologías y particularmente de Internet en la Información Terapéutica. Diversos estudios, como el publicado por *Archives of Internal Medicine*⁴⁰ ponen en evidencia que Internet es el medio de comunicación que se impone como lugar de consulta en países como Estados Unidos, ya que seis de cada diez internautas de este país han buscado información sanitaria en la Red. En Europa, en marzo de 2007 se registraron más de 60 millones de usuarios de información sanitaria en Internet, una cifra que ha aumentado de forma constante en los últimos años.

En España, el uso de Internet ha presentado un notable crecimiento llegándose a más de 22 millones de internautas en el año 2010 según el *Informe Anual sobre el desarrollo de la Sociedad de la Información en España 2011*⁴¹. Asimismo, se ha convertido en la principal fuente de información sanitaria. El 85 por ciento de los usuarios de Internet españoles acude a la Red para informarse sobre su salud. Buscar información sobre salud constituye el quinto servicio más demandado en la red por mujeres españolas y ocupa el sexto lugar en varones, tras la utilización del correo electrónico o buscar información sobre servicios y viajes. (Fig 1)

Fig. 1. Servicios de Internet utilizados por hombres y mujeres en % de internautas. España (2010).
Fuente: elaboración propia.



La compañía biomédica Pfizer realizó en 2010 una encuesta on-line a 1011 internautas españoles acerca del rol de Internet en el proceso de consulta de información sobre salud⁴². Se obtuvo que el 80% de usuarios de la Red visita a la misma para buscar información sanitaria. La mayoría de los pacientes acudieron a Internet antes o después de ir al médico y no con independencia de la consulta. Muchos buscaban ampliar información y un 57% buscaba comprender mejor, en un lenguaje más claro y cercano, el tratamiento o patología. Un 93% de los encuestados otorgaba más confianza al médico mientras que sólo el 43% confiaba bastante en la información terapéutica obtenida en la Red.

En relación a los profesionales sanitarios, un estudio realizado por Mira Solves JJ. et al (2009)⁴³ en el que se encuestó a 685 médicos de Atención Primaria y Atención Especializada concluyó que un 30,8% de los encuestados opina que Internet complica su relación con los pacientes y mina la credibilidad de éstos en el profesional sanitario.

Aunque Internet se incorpora como referencia, presenta debilidades en relación a la confianza y credibilidad otorgada⁴⁴.

1.1.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO EN FISIOTERAPIA

El consentimiento informado tiene como objetivo principal aplicar el principio de autonomía de la voluntad del paciente. Se trata de la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, para autorizar que tenga lugar una actuación que afecta a su salud después de recibir la información adecuada acerca de la misma⁴⁵.

El consentimiento informado no es un acontecimiento aislado; es un proceso continuo, verbal ó escrito (Formulario de Consentimiento Informado), que empieza en el momento en que el paciente entra en contacto con el profesional, en este caso, el fisioterapeuta. Se ha convertido en un asunto de vital importancia, indispensable para todo profesional sanitario y debe de constituir un pilar básico de nuestro ejercicio profesional⁴⁶.

En Estados Unidos, el consentimiento informado constituye la piedra angular de la jurisprudencia en materia de salud⁴⁷. Además de la rigurosa obligación legal americana hay que añadir la obligación ética que viene perfectamente detallada en la *Guía de la Conducta Profesional* de la American Physical Therapy Association⁴⁸.

En nuestro país, la Unidad de Calidad del INSALUD desarrolló en 1993 un programa de implantación de los formularios escritos de consentimiento informado en todos los hospitales de la red. En los años sucesivos, casi todas las organizaciones sanitarias autonómicas siguieron su ejemplo. Esta medida contribuyó a introducir el consentimiento informado escrito como un elemento rutinario de la actividad clínica general, fundamentalmente en lo que respecta a actos quirúrgicos o técnicas de diagnóstico invasivas pero, lamentablemente, en la disciplina de fisioterapia es una práctica muy poco extendida⁴⁹.

No existe un protocolo oficial en fisioterapia, no obstante, algunos Colegios Oficiales como el Colegio de Fisioterapeutas de Andalucía⁵⁰ pone a disposición de los colegiados un "borrador de consentimiento" bastante genérico, pero que puede servir de base para que cada centro

sanitario, público o privado, elabore el suyo propio, más acorde con sus características laborales concretas. Asimismo, un estudio de Carlesso et al. (2007)⁵¹ realizó entrevistas a 300 fisioterapeutas para desarrollar un modelo de consentimiento de una de las técnicas más utilizadas en nuestro campo, la manipulación cervical, elaborando un modelo útil para esta técnica.

Los fisioterapeutas debemos de conocer que cualquier actuación de nuestra disciplina necesita del consentimiento libre y voluntario del paciente. El consentimiento va ligado a la Información Terapéutica y de la misma manera, se convierte en una obligación legal y ética. La ya mencionada Ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica¹³ es la que contiene los preceptos legales del consentimiento informado en las profesiones sanitarias⁵²:

El artículo 8 hace referencia al Consentimiento Informado: "Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista, haya valorado las opciones propias del caso" y añade "El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente"...

..."El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento".

Los preceptos éticos se encuentran en los Códigos Deontológicos de los distintos Colegios Profesionales de Fisioterapia¹⁴ que indican, de modo genérico, que *"El/la fisioterapeuta ha de respetar el derecho del usuario de decidir respecto de su cuerpo y, por tanto, su intervención ha de estar libremente autorizada y consentida por el usuario".*

Además, de manera particular, el Código deontológico del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía explicita que *"El fisioterapeuta obtendrá del paciente el consentimiento informado antes del tratamiento, el cual debe incluir: (a) la naturaleza de la intervención propuesta; (b) los riesgos materiales de daño o complicaciones; (c) las alternativas razonables a la intervención propuesta; y (d) las metas del tratamiento"*.

De todo ello se dirime que en la disciplina de fisioterapia el consentimiento informado será verbal por regla general y se deberá ponderar en cada caso la necesidad del consentimiento escrito en función de los riesgos y/o actuaciones inherentes a determinadas técnicas terapéuticas tales como el tratamiento manipulativo vertebral, tratamiento del suelo pélvico, tratamiento con punción seca, tratamiento de electroterapia... teniendo en cuenta que cuanto mayor sea el riesgo probable de un tratamiento o técnica, más necesario resultará el previo consentimiento por escrito del paciente.

Existe un consentimiento por representación (el que proporciona otra persona diferente al propio paciente) que, aunque en nuestro entorno terapéutico no es muy usual, debemos de conocer en qué casos puede otorgarse. Se trata de los siguientes supuestos⁵³:

- Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del fisioterapeuta responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
- Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.
- En el área de fisioterapia infantil, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene 12 años cumplidos. A partir de los 16 años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación ya que la "mayoría de edad sanitaria" se establece a esta edad.

A pesar de todo este importante marco ético-legal, el consentimiento informado no siempre se lleva a cabo en la disciplina de fisioterapia. En ocasiones el tratamiento no se autoriza de manera explícita o el paciente consiente de manera rápida y sin demasiadas explicaciones, lo que no garantiza que el derecho a la información haya sido realmente respetado⁵⁴⁻⁵⁵.

Feneti et al.⁵⁴ (2009) realizaron un estudio con metodología cualitativa en el que 44 fisioterapeutas fueron asignados a 6 grupos focales orientados a estudiar el consentimiento informado en el contexto de su práctica clínica. Estos profesionales diferenciaron entre un consentimiento explícito que en su gran mayoría obtuvieron de forma verbal sobre aspectos genéricos del tratamiento (sólo algunos lo obtuvieron de forma escrita) y un consentimiento implícito obtenido a lo largo del tratamiento y basado en un lenguaje corporal no verbal (gestos, muecas...) que se interpretaba como autorización o negativa, por parte del paciente, a la técnica de tratamiento efectuada en ese momento. Este consentimiento implícito de lenguaje no verbal basado en una relación continua de confianza fisioterapeuta-paciente, está muy extendido en nuestra práctica clínica, tanto que, en muchas ocasiones sustituye al consentimiento literal verbal o escrito propiamente dicho. Otro estudio similar fue el de Delancy et al.⁵⁶ (2007) en el que se entrevistó a 17 fisioterapeutas de la sanidad privada que consideraron, en su mayoría, que el consentimiento era importante cuando el paciente demandaba información o sólo en el caso de prever riesgos con alguna técnica de tratamiento. Estos estudios ponen de manifiesto que, en ocasiones, los fisioterapeutas no dan la importancia necesaria al consentimiento informado dejando en un segundo plano, algo tan importante como es el respeto al derecho de la autonomía del paciente. Esta manera de proceder recuerda que el paradigma del paternalismo médico, aunque en menor grado, sigue aún vigente en nuestra disciplina y sugiere que, en muchas ocasiones, los esfuerzos de los fisioterapeutas con respecto a sus pacientes tienden a dirigirse a tratar solamente su enfermedad y no a otros aspectos de la atención también necesarios como es la información terapéutica.

1.1.3. INFORMACIÓN TERAPÉUTICA Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

La relación que establece el paciente con la terapia es un factor muy influyente sobre el mismo proceso terapéutico. Esta relación está condicionada por la información que posee el paciente sobre los distintos aspectos de la terapia (el porqué de las técnicas empleadas, qué esperar... entre otros aspectos). La ausencia de este conocimiento puede conducir a una baja motivación o aceptación de la terapia que puede conllevar al abandono o incumplimiento del tratamiento.

La adherencia o cumplimiento terapéutico, término que proviene de la expresión inglesa *compliance*, es definido por diversos autores pero no es fácil encontrar una definición precisa. La reunión sobre adherencia terapéutica de la OMS, en junio de 2001, llegó a la conclusión de definir la adherencia terapéutica como "el grado en el que el paciente sigue las instrucciones médicas"⁵⁷. Sin embargo, más tarde, en 2004, la OMS analiza esta definición y la amplía proponiendo que la adherencia al tratamiento es "el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de asistencia sanitaria"⁵⁸.

En la disciplina de fisioterapia, la adherencia también ha sido definida como una "participación colaborativa, activa y voluntaria del paciente en un curso mutuamente aceptable de conductas para producir el resultado preventivo o terapéutico deseado"⁵⁹. Es decir, hablamos de adherencia cuando el paciente cumple de forma adecuada con las instrucciones que el fisioterapeuta le ha dado⁶⁰. Estas instrucciones deben incluir la asistencia a las citas clínicas, participar activamente en las actividades de rehabilitación durante las mismas, realizar los ejercicios prescritos en el hogar, evitar actividades potencialmente dañinas y contraindicadas, y usar correctamente los dispositivos de protección o terapéuticos⁶⁰⁻⁶³.

La información terapéutica proporcionada por el fisioterapeuta y la percibida por el paciente tiene que ver mucho al respecto. Frecuentemente los profesionales de la salud prescriben las

instrucciones terapéuticas en un lenguaje demasiado técnico que el paciente no entiende, de manera poco clara y muy rápidamente, puesto que el tiempo del que disponen para tratar a los pacientes, con frecuencia, es breve⁶². Además, no se aseguran que el paciente comprenda lo que se le pide y ni siquiera si es posible que lo haga. Esta forma de trabajo aumenta las probabilidades de la no adherencia al tratamiento en este campo⁶⁴.

La falta de seguimiento de las prescripciones en los tratamientos es uno de los mayores problemas que afectan a los profesionales de la salud en general y a los/as fisioterapeutas en particular⁶⁵.

Son muchas las variables que influyen en la adherencia del paciente con el tratamiento, como los factores relacionados con el propio paciente (variables socio-demográficas, la motivación, el apoyo social, la patología), factores relacionados con el profesional de la salud (dar a los pacientes los incentivos positivos, dar retroalimentación sobre su progreso y el seguimiento de su rendimiento...) y factores organizacionales⁶⁶⁻⁶⁸.

Estudios cualitativos como el de Escolar-Reina et al.⁶⁹ realizado con 34 pacientes con cervicalgia crónica distribuidos en 7 grupos focales, ponen de manifiesto que la adherencia a un programa de fisioterapia depende fundamentalmente del fisioterapeuta, de la manera de informar y explicar de éste, de su grado de profesionalidad y motivación y de las estrategias que lleve a cabo (como por ejemplo, información escrita e ilustrada) para fomentar el cumplimiento del programa terapéutico en cuestión.

Por lo tanto, como proveedores de salud, los fisioterapeutas tienen, a través de la Información Terapéutica, el potencial de desempeñar un papel único y valioso para motivar y ayudar a las personas a adoptar cambios en su proceso terapéutico y conseguir la adherencia al mismo.^{66,70-72}.

1.1.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA INFORMACIÓN TERAPÉUTICA

El concepto *Información Terapéutica percibida por el paciente* es uno de los más importantes a tener en cuenta cuando se define la relación proveedor de salud-paciente. Debido a que el nivel de información percibido presenta una carga variable de subjetividad, se requieren métodos de evaluación válidos, reproducibles y fiables. El mejor instrumento para medir esta variable es un cuestionario validado.

A pesar de que la Información Terapéutica es una característica muy citada en la literatura científica, no se encuentran cuestionarios validados ni escalas adecuadas que permitan valorarla de manera general, es decir, que puedan aplicarse a cualquier paciente, con cualquier patología y en cualquier contexto de su proceso terapéutico.

En determinadas disciplinas existen herramientas, fundamentalmente cuestionarios, que valoran aspectos relacionados con la calidad asistencial, la satisfacción, la toma de decisiones y las experiencias de los pacientes (variables muy estudiadas) en las que suelen incluirse preguntas, cuestiones o dimensiones relacionadas con la Información Terapéutica.

En este sentido podemos identificar algunos de los más utilizados en la literatura como el Picker Patient Experience Questionnaire-15 (PPE-15)⁷³ desarrollado por el Picker Institute (institución sin ánimo de lucro de origen estadounidense, afincada en Inglaterra desde el año 2000 que colabora con el National Health Service) para explorar la percepción de los pacientes sobre el proceso de información y comunicación durante su ingreso hospitalario. Este instrumento fue validado originalmente para su uso en 5 países (Reino Unido, Suiza, Alemania, U.S.A. y Suecia) en una muestra de 62925 pacientes con el método de cuestionario postal autocumplimentado. La versión final corta de este cuestionario consta de 15 ítems de los que 5 se relacionan directamente con la información terapéutica proporcionada por los proveedores de salud (tabla 1). Posteriormente se ha adaptado este instrumento para su uso en población española⁷⁴ validándose en una muestra de 275 pacientes post-hospitalizados a través del método entrevista telefónica. En este caso los

autores, en base a un estudio cualitativo previo⁷⁵, añadieron 18 preguntas al cuestionario quedando finalmente constituido por 33 ítems (PPE-33) de los que 8 se relacionan con la Información terapéutica (tabla 1).

Ambos presentan buena consistencia interna (alfa= 0,85 y alfa=0,79); la versión original no realiza Análisis Factorial y la versión española concluye 3 dimensiones globales, una de ellas denominada *Contenido de la Información* que engloba a los 8 ítems mencionados.

Otro cuestionario muy relacionado con el tema que nos ocupa es el Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9)⁷⁶, de 9 ítems que valoran todos ellos aspectos relacionados con la información y la toma de decisiones del paciente. Este instrumento de medida fue validado en una población de 2351 pacientes de atención primaria en Alemania. Obtuvo buenos datos de fiabilidad (alfa= 0,938) y una validez de constructo que reveló una única dimensión.

Tabla 1. Identificación de ítems de los cuestionarios *Picker Patienty SDM-Q-9* relacionados con la información terapéutica.

<p><i>The Picker Patient Experience Questionnaire (2002)</i>⁷³</p> <p>-<i>"When you had important questions to ask a doctor/nurse, did you get answers that you could understand?"</i></p> <p>-<i>"If you had any anxieties or fears about your condition or treatment, did a doctor discuss them with you?"</i></p> <p>-<i>"Did the doctor or nurses give your family or someone close to you all the information they needed to help you recover?"</i></p> <p>-<i>"Did a member of the staff explain the purpose of the medicines you were to take at home in a way you could understand?"</i></p> <p>-<i>"Did someone tell you about danger signals regarding your illness or treatment to watch for after you went home?"</i></p>
<p>Versión española del PPE-15: PPE-33 (2009)⁷⁴</p> <p>"-¿Algún profesional sanitario le explicó lo que usted quiso saber sobre las siguientes cuestiones: su enfermedad, efectos del tratamiento, riesgos de las pruebas diagnósticas?"</p> <p>"-Cuando tuvo preguntas que hacer a algún médico o enfermera, ¿recibió respuestas claras, fáciles de entender?"</p> <p>"-¿Durante su ingreso le hicieron firmar algún papel de consentimiento para una operación o prueba?"</p> <p>"-¿Le fue fácil localizar a su médico para que le explicara sus dudas?"</p>

"-¿Los médicos o enfermeras dieron a su familia, o a alguien cercano a usted, la información necesaria para ayudarle a recuperarse?"

"-¿Algún miembro del personal le explicó para qué servían los medicamentos que tenía que tomar en casa de manera que usted lo pudiera comprender?"

"-¿Algún profesional le explicó los posibles efectos secundarios de la medicación que debía tener en cuenta?"

"-¿Le habló alguien de los posibles signos de alarma, relacionados con su enfermedad o tratamiento, a los que tenía que estar atento cuando volviera a casa?"

Shared Decision Making Questionnaire (2010)⁷⁶

"-My doctor told me that there are different options for treating my medical condition"

"-My doctor precisely explained the advantages and disadvantages of the treatment options"

"-My doctor helped me understand all the information"

Existen algunos estudios que han desarrollado herramientas concretas y específicas que permiten valorar el nivel de información terapéutica y conocimiento que los pacientes presentan acerca de determinadas enfermedades y patologías.

Una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (MEDLINE, CINAHL y SCOPUS) con las palabras clave: validation AND patient AND (information OR knowledge) identificó los siguientes instrumentos de medida: el PQK (Patient Knowledge Questionnaire)⁷⁷, cuestionario de 12 ítems desarrollado para evaluar el nivel de información de determinados aspectos de la artritis reumatoide; cuestionario desarrollado por García Delgado et al.⁷⁸ (2009) que consta de 11 ítems que permite conocer el grado de conocimiento del paciente sobre sus medicamentos; cuestionario de Kennedy et al.⁷⁹ (2009) para conocer el nivel de información sobre la dispepsia funcional; cuestionario de Trebuchon et al.⁸⁰ (2009) para comprobar el nivel de información en pacientes con asma; cuestionario de Briggs et al.⁸¹ (2005) que permite medir el nivel de conocimiento del paciente sobre la terapia anticoagulante y, del mismo modo, se podría nombrar la validación de una herramienta de medida de la información sobre insuficiencia cardíaca⁸² y sobre la patología diabética⁸³.

En la literatura no existen instrumentos para valorar el nivel de información terapéutica de los pacientes usuarios de fisioterapia y el grado de consentimiento prestado, por tanto, es necesario desarrollar indicadores o instrumentos de medida fiables y válidos que permitan conocer si los pacientes se sienten realmente informados acerca de su problema de salud y proceso de tratamiento.

Al igual que ocurre en otras disciplinas, cuando se estudia el concepto Satisfacción en Fisioterapia o Calidad Asistencial en Fisioterapia, conceptos muy extendidos y estudiados, como parte representativa del mismo, es frecuente encontrar la dimensión Información Terapéutica.

Si atendemos a los instrumentos (cuestionarios) que valoran la Satisfacción con el servicio de Fisioterapia o la Calidad Asistencial del servicio, es común encontrar preguntas e ítems (raramente más de 3) que hacen referencia al grado de Información Terapéutica percibida por el paciente o al menos al proceso comunicativo entre fisioterapeuta-paciente.

En la tabla 2, se muestran los instrumentos encontrados en la literatura que hacen referencia a los conceptos anteriormente mencionados. Se presentan los ítems representativos de cada uno de ellos que aluden a la dimensión *Información*.

Tabla 2. Identificación de ítems relacionados con la Información Terapéutica en instrumentos de medida de Satisfacción y Calidad Asistencial en Fisioterapia.

<p>PTOPS (Physical Therapy Outpatient Satisfaction Survey) 1999⁸⁴</p> <p>Total de ítems del cuestionario: 34 (5 de ellos relacionados con comunicación)</p> <p>"My therapist could communicate with me more"</p> <p>"I don't really enjoy talking with my therapist"</p> <p>"I anticipate my questions will be answered clearly"</p> <p>"My therapist doesn't give me a chance to say what is on my mind"</p> <p>"My therapist should listen more carefully to what I tell him/her"</p>
<p>Cuestionario de satisfacción en fisioterapia de Goldstein et al.⁸⁵ (2000)</p> <p>Total de ítems del cuestionario: 20 (1 relacionado con información)</p> <p>"The instructions my physical therapist gave me were helpful"</p>

<p>Cuestionario de satisfacción en fisioterapia de Monnin D et al.⁸⁶ Total de ítems del cuestionario: 14 (2 relacionados con Información) "Explanations about what will be done to you during treatment". "Quality of information you received at the end of treatment regarding future."</p>
<p><i>MedRisk Instrument</i>⁸⁷ Total de ítems del cuestionario: 12 (3 relacionados con información) "My therapist thoroughly explains the treatment(s) I receive." "My therapist advises me on ways to avoid future problems." "My therapist gives me detailed instructions regarding my home program."</p>
<p>Cuestionario CAU en fisioterapia (cuestionario de atención al usuario)⁸⁸ Total ítems del cuestionario: 42 (8 relacionados con información) "El fisioterapeuta me informó sobre los objetivos a alcanzar" "¿Me fue indicado el nombre del fisioterapeuta responsable de mi tratamiento?" "¿Pude escoger entre varias opciones de tratamiento?" "¿Me explicaron los resultados de la evaluación realizada por el fisioterapeuta al terminar la primera sesión?" "El fisioterapeuta me explicó los beneficios y los riesgos del tratamiento." "Recibí información sobre mi derecho a rechazar el tratamiento." "Me tuvieron al corriente de los progresos que iba alcanzando." "Me explicaron claramente lo que tenía que hacer antes de iniciar un programa de ejercicios en casa."</p>
<p>Cuestionario de satisfacción en fisioterapia de Hills R. et al.⁸⁹ Total de ítems del cuestionario: 38 (4 relacionados con información) "The therapist explained my condition to me in great detail" "I was able to ask the therapist about anything connected with my treatment" "The therapist did not answer all my questions" "The treatment was fully explained to me"</p>
<p>Cuestionario de satisfacción en rehabilitación de Navarro et al.⁹⁰ Total de ítems del cuestionario: 20 (3 relacionados con información) "La información que le dieron en recepción, cuando acudió por vez primera a rehabilitación, sobre los pasos a seguir hasta ser visitado, le pareció..." "Cree que la información que le daba el médico rehabilitador ha sido..." "Cree que la información que le daba el fisioterapeuta ha sido..."</p>

Se hace necesario, en la disciplina de fisioterapia, poder disponer de un instrumento de medida, fiable y válido, que permita valorar el grado de información terapéutica percibida por el paciente con el fin de identificar aquellos aspectos de la información que son susceptibles de mejora, cuantificar esta variable subjetiva y permitir estudiarla en relación a otros factores que puedan influenciarla.

1.2. SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA

1.2.1. CONCEPTO.

La satisfacción del paciente constituye un componente importante de la calidad de la atención sanitaria.

No en pocas ocasiones se emplean como sinónimos los conceptos de calidad percibida del servicio y la satisfacción del paciente, confundiéndose ambos términos.

La Organización Mundial de la Salud define (1985) la calidad asistencial como "asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

Existen, en la literatura otras muchas definiciones de calidad asistencial. En España una de las definiciones más adaptadas y utilizadas es la de la Doctora H. Palmer⁹¹, la cual define la calidad como "la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario".

Por tanto, la satisfacción puede considerarse una medida de resultado de otro concepto más amplio que es la calidad asistencial. La satisfacción es uno de los componentes principales de la calidad asistencial⁹².

En el estudio del concepto de Satisfacción es necesario remitirnos al estudio del proceso general de atención al paciente en el que cabe reseñar el conocido paradigma SPO (siglas inglesas de Estructura [Structure], Proceso [Process] y Resultados [Outcomes] como forma de análisis de la actividad asistencial. Este paradigma diferencia entre la estructura (recursos disponibles), el proceso (lo que se hace) y el resultado que fue definido por Donabedian⁹³ como "el cambio en el estado de salud atribuible a la intervención sanitaria".

Suele asumirse, con bastante frecuencia, que estos tres aspectos están relacionados pero, sabemos que en ciencias de la salud, una estructura óptima seguida de un proceso óptimo no tiene por qué conducir inevitablemente a un resultado clínico positivo.

Por ello es importante señalar que el estudio de la satisfacción en general, y de la disciplina de fisioterapia en particular, sigue dos vertientes bien diferenciadas e igualmente importantes⁹⁴:

- a) Satisfacción en relación a los resultados clínicos obtenidos (pacientes satisfechos con el resultado del tratamiento).
- b) Satisfacción en relación a la calidad de la atención (pacientes satisfechos con el proceso de atención).

Pueden existir pacientes satisfechos con el fisioterapeuta, proceso y tratamiento que ha recibido (satisfechos con el proceso de atención) y no necesariamente haber alcanzado la mejoría de sus síntomas (satisfacción con el resultado obtenido). Del mismo modo, puede haber pacientes contentos con los resultados del tratamiento que, sin embargo, consideren que la calidad en su atención ha sido insuficiente.

Por ello, para una determinada investigación podría proponerse el estudio de uno u otro tipo de satisfacción: la satisfacción con el resultado obtenido, que habría que evaluarla una vez transcurrido el tiempo necesario para que aparezcan los efectos terapéuticos y en el que

tendría cabida el estudio de aspectos como el alivio de los síntomas, la tolerabilidad del tratamiento... o bien el estudio de la satisfacción con la atención recibida en la que tendría cabida, aspectos múltiples y tan dispares como el tiempo de espera, limpieza del entorno, accesibilidad al centro, trato recibido por parte del personal sanitario implicado...⁹⁵.

En ambas vertientes de la satisfacción (Satisfacción con la atención y Satisfacción con los resultados) se han desarrollado diversos modelos teóricos. Uno de los más extendidos es el modelo de la *expectativa-desconfirmación* que parte de la llamada teoría de la discrepancia, que fue desarrollado inicialmente en la investigación de marketing⁹⁶⁻⁹⁷ y que ampliamente ha sido apoyado en la literatura de la satisfacción del paciente⁹⁸⁻⁹⁹.

Esta teoría de la discrepancia viene a establecer que la base de la satisfacción es la discrepancia entre lo que un paciente espera o desea (expectativas) y lo que realmente ocurre (Linder-Pelz, 1982)¹⁰⁰. El cuestionario SERVQHOS¹⁰¹, que mide calidad asistencial y que es uno de los más utilizados en la literatura, está diseñado a partir de esta teoría.

Si llevamos esta teoría a la disciplina de fisioterapia, el nivel de satisfacción del paciente estará claramente relacionado con el grado de adecuación entre las expectativas depositadas a priori y la percepción real del servicio recibido. La satisfacción será mayor cuando se superen las expectativas del usuario (Confirmación de expectativas) y disminuirá cuando no se confirmen las mismas (Desconfirmación de expectativas)

Las expectativas de un paciente dependerán del conocimiento y experiencia con un determinado servicio. Se ha comprobado que todos los pacientes tienen expectativas con el servicio de fisioterapia, aunque nunca antes hayan tenido contacto con esta disciplina¹⁰². Las expectativas de los propios usuarios se desarrollan a partir de comunicaciones externas del propio servicio (lo que otros cuentan acerca del mismo), de experiencias del paciente (si las ha tenido) y de las propias necesidades personales¹⁰³ (fig.2).

Fig. 2. Modelo de la expectativa-desconfirmación

Fuente: elaboración propia



Con todo ello y según este modelo, que es el más extendido, se puede definir Satisfacción, como la medida en que la atención sanitaria y la mejora en el estado de salud cumplen con las expectativas del usuario. Se trata del modo en que el usuario recibe y percibe los servicios.

Sin embargo, evaluar la variable satisfacción en base a esta definición resulta complejo. No es tarea sencilla operativizar las expectativas. Se hace difícil medir las expectativas cuando, en muchas ocasiones, los propios usuarios no saben evaluarlas de antemano. Además, los pacientes pueden mostrar una gran confusión cuando son inquiridos en base a expectativas y percepciones.

1.2.2. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA. DIMENSIONES.

Para poder medir el concepto de satisfacción en fisioterapia debemos de conocer las dimensiones que lo componen. Hay varias circunstancias especiales en el ámbito de la fisioterapia como el contacto físico, la participación activa del paciente, la posible exacerbación del dolor con las técnicas... que hace que se requiera una herramienta específica de medida de satisfacción aplicable a esta disciplina y no un instrumento genérico de satisfacción con el proceso de salud.

Si bien pocos autores han definido el concepto de satisfacción en relación al cuidado y servicio de fisioterapia, menos aún existen estudios que hayan explorado, dentro de un contexto teórico particular de la disciplina de fisioterapia, las dimensiones del concepto satisfacción.

Destacan las investigaciones de Hills et al (2007)⁹⁴ en Reino Unido como las que más han profundizado en este concepto. Estos autores proponen que las dimensiones del concepto de satisfacción en fisioterapia deben incluir las dos vertientes bien diferenciadas e igualmente importantes de la misma: Satisfacción con la Atención y Satisfacción con el resultado.

Un estudio de estos mismos autores¹⁰⁴ exploró las dimensiones del concepto satisfacción en fisioterapia utilizando entrevistas semi-estructuradas en 34 pacientes con dolor de espalda. El programa de la entrevista se estructuró en tres áreas temáticas: Pre-tratamiento, Tratamiento y Resultado. Se obtuvieron 12 temas-categorías que constituyeron la guía de discusión de un estudio posterior con 4 grupos focales. Se convocaron, para ello, pacientes que habían sido dados de alta del servicio de fisioterapia. Dos grupos de pacientes con patología aguda (n=4, n=10) y dos grupos con patología crónica (n=5, n=11).

Se realizó la triangulación con tres fisioterapeutas expertos independientes. En el análisis de las transcripciones se identificaron seis dimensiones: Comunicación, Expectativas, Percepciones sobre el fisioterapeuta, Organización-Proceso del tratamiento, Resultados del tratamiento y Satisfacción global.

A partir de estas dimensiones desarrollaron los ítems de un cuestionario (20 ítems en total) cuyas propiedades psicométricas en un estudio de validación posterior (con n=289 pacientes) vinieron a confirmar esta estructura multidimensional⁸⁹.

Otros autores, también desarrollan instrumentos de medida de la Satisfacción con el servicio de fisioterapia en base a dimensiones que previamente han explorado en estudios cualitativos (entrevistas y grupos focales fundamentalmente) aunque no suele publicarse el proceso y desarrollo metodológico de los mismos.

Para Roush et al.⁸⁴ las dimensiones de la satisfacción con los cuidados de fisioterapia son 4:

- Ubicación del centro. En Fisioterapia la frecuencia de las sesiones suele ser más alta que en cualquier otra disciplina clínica por lo que la localización del centro puede desempeñar un papel importante dentro de la satisfacción con el servicio.
- Costo del servicio. Este aspecto será una consideración importante en la satisfacción de los pacientes. En nuestro entorno, sólo es aplicable a la sanidad privada.
- Reforzador o Motivador de la satisfacción. Incluye aspectos que promueven la satisfacción como el respeto, la privacidad, la buena relación interpersonal con el fisioterapeuta...
- Detractor o Des-motivador. Incluye los mismos aspectos anteriores pero cuando están disminuidos o ausentes.

El estudio de Golstein et al⁸⁵ establece, a priori, 11 dimensiones en el concepto Satisfacción con el servicio de fisioterapia. Estos autores analizaron el "Compendium"¹⁰⁵ que fue una compilación de instrumentos de satisfacción realizado por la APTA (American Physical Therapy Association) que envió en 1995 una carta a todos sus miembros de la sección privada con la intención de reclutar las diferentes herramientas de medida de la Satisfacción. Se reclutaron 75 instrumentos. El Compendium incluye 36 de estos instrumentos no validados que los fisioterapeutas utilizaban. En base al estudio de este Compendium, Golstein establece las siguientes dimensiones de la satisfacción: Tratamiento, Privacidad,

Conveniencia de la hora de la cita, Costo, Facturación, Facilidad de establecer una cita, Programación de las citas, Tiempo de espera, respeto del personal en general, respeto del fisioterapeuta y satisfacción global. Se desarrolló un cuestionario en base a estas 11 dimensiones y se realizó un estudio de validación del mismo. El análisis psicométrico arrojó una única dimensión de la satisfacción no sustentándose la teoría multidimensional inicial de los autores.

Monnin et al.⁸⁶ (que realizaron una revisión profunda de la literatura y también desarrollaron una herramienta de medida de la satisfacción con el servicio de fisioterapia) establecen 4 dimensiones del concepto satisfacción:

- Tratamiento. Esta dimensión incluye aspectos como habilidades del fisioterapeuta, cuidados proporcionados por el mismo...
- Proceso de Admisión. Se refiere a la facilidad de concertar cita, al proceso de acceso, a la cortesía del personal administrativo...
- Logística. Esta dimensión incluye la localización de la sala de fisioterapia, ambiente relajado dentro de la sala, salas confortables...
- Satisfacción global. Se refiere a la percepción global de satisfacción con el proceso de atención.

Otro estudio, el de Beattie et al⁸⁷, tras analizar la literatura disponible, realizar entrevistas a pacientes y fisioterapeutas y desarrollar un estudio de validación de una herramienta de medida (estudio que se llevó a cabo en una muestra amplia, de 1868 pacientes) establecen que la satisfacción con el servicio de fisioterapia es bi-dimensional. Las dos dimensiones a las que se refieren estos autores son:

- Factores internos. Se asocian fundamentalmente con los aspectos que incluyen relación con el fisioterapeuta (por ejemplo, el respeto del fisioterapeuta, las explicaciones adecuadas e instrucciones a los pacientes...).
- Factores externos o ambientales como la ubicación de la clínica, estacionamiento, el tiempo de espera...

En general, algunas de las dimensiones de la satisfacción propuestas se escapan al control del fisioterapeuta pero otras dependen directamente del mismo.

Con todo, se establece que al menos, dos dimensiones deben de estar presentes en todo cuestionario que pretenda valorar la vertiente satisfacción con la atención del servicio de fisioterapia. De un lado una dimensión centrada en aspectos organizativos (tiempo de espera, ambiente, acceso, entre otros) y de otro lado una dimensión centrada en la relación interpersonal con el fisioterapeuta (trato recibido, respeto, comunicación, entre otros...).

1.2.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA

La satisfacción es una valoración personal y subjetiva de los servicios sanitarios que depende fundamentalmente de las expectativas previas del paciente. En general, en el ámbito sanitario, las conclusiones sobre satisfacción diferirán en función de las características del instrumento de medida. Los cuestionarios han sido las herramientas que, tradicionalmente, se han venido utilizando para medir este concepto.

Existen en la literatura diversos cuestionarios que permiten medir el grado de satisfacción de los pacientes con el cuidado de fisioterapia.

Hudak et al (2000)¹⁰⁶ estableció un modelo que enunciaba las características principales de los cuestionarios que miden satisfacción del usuario.

Según este modelo, podemos clasificar a las herramientas que miden satisfacción según dos grandes categorías: **Contenido y Método** que a su vez presentan varias sub-classes. El contenido hace referencia a "lo que mide" y el método hace referencia a la estructura-formato del instrumento.

-Contenido. En función del contenido (“lo que mide”) los cuestionarios de satisfacción pueden presentar las siguientes características:

-Global/Multidimensional. Un cuestionario de satisfacción será **Global** cuando posee preguntas genéricas de satisfacción ó **Multidimensional** si contiene preguntas sobre diferentes aspectos específicos (dimensiones) de la satisfacción.

Con medidas globales, no se consideran dimensiones, no se proporciona información detallada. No se sabe en qué aspecto está pensando el paciente cuando se le pregunta genéricamente por satisfacción con la atención de la salud.

Por otro lado, el gran desafío en el desarrollo de medidas multidimensionales es garantizar que tiene suficientes elementos y que cubre adecuadamente las dimensiones importantes de satisfacción.

En relación a este aspecto, la mejor opción a la hora de seleccionar un cuestionario que mide satisfacción sería elegir una herramienta de medida multidimensional que contenga, también, una o varias cuestiones globales ó genéricas.

Ejemplos de ítems globales:
“Su Satisfacción global sobre la atención recibida en el servicio de fisioterapia ¿cómo la puntuaría entre 1 y 10?”
Ejemplos de ítems que pertenecen a una determinada dimensión del concepto satisfacción:
“La limpieza e higiene en la consulta y en el gimnasio le pareció...”
“El tiempo de espera en la sala hasta la visita del fisioterapeuta le ha parecido...”

-Cuidado/Resultados. Un cuestionario de satisfacción puede centrar su interés en la satisfacción con la atención recibida (**Cuidado**) o en la satisfacción con el resultado del tratamiento (**Resultado**). Estas son las 2 vertientes del concepto satisfacción. Ambos aspectos también pueden quedar reflejados y combinarse en el mismo instrumento. Si el instrumento de medida de satisfacción sólo atiende a los resultados del tratamiento debe de utilizarse la herramienta una vez transcurrido el tiempo necesario para que puedan manifestarse los efectos del mismo. Si el instrumento de medida centra su foco de interés en la atención con cada aspecto del cuidado, podrá utilizarse en cualquier momento del proceso de salud.

Ejemplos de ítems relacionados con la satisfacción de la atención:

"Mi fisioterapeuta me atiende con respeto..."

"El gimnasio es amplio..."

Ejemplos de ítems relacionados con la satisfacción con el resultado:

"Me siento mejor tras el tratamiento..."

"Mi dolor ha disminuido de forma considerable gracias al tratamiento que he recibido..."

-Genérico/Específico. Destinado a los pacientes **en general** ó a pacientes **con particularidades** (con una misma enfermedad...). En este último se incluyen elementos apropiados para ese grupo. El primer caso puede ser aplicable a cualquier situación pero puede dejar de reflejar fuentes de satisfacción (o insatisfacción) que son propias de una enfermedad particular o de determinados niveles asistenciales.

La mejor opción sería utilizar, cuando exista y sea posible, un instrumento específico. No es frecuente, en la disciplina de fisioterapia encontrar cuestionarios de satisfacción específicos de una determinada patología, no obstante, existen algunos de ellos como el cuestionario de satisfacción con técnicas de fisioterapia respiratoria en la Fibrosis Quística¹⁰⁷ o el cuestionario de satisfacción de fisioterapia en la enfermedad de Parkinson¹⁰⁸.

Aunque los cuestionarios disponibles para medir satisfacción con el servicio de fisioterapia suelen considerarse genéricos, porque son aplicables a cualquier usuario, sí es cierto que son instrumentos con particularidades porque están adaptados a las características que presentan las Unidades de Fisioterapia y al tipo de actividad que en ellas se desempeña.

Ejemplos de ítems genéricos:

"El número de sesiones de fisioterapia le pareció..."

"El proceso de admisión del primer día fue..."

Ejemplos de ítems específicos:

"Creo que son adecuados los ejercicios propuestos para aliviar mi dolor de espalda."

"Camino con mayor seguridad tras la sesión de fisioterapia..."

-Directo/Indirecto. Un cuestionario de satisfacción puede contener **preguntas directas** sobre las experiencias del paciente y opiniones concretas o **preguntas indirectas** en relación a actitudes del paciente o percepciones sobre los cuidados de salud.

Las **preguntas directas** son más específicas y se consideran más apropiadas para sondear la satisfacción¹⁰⁹⁻¹¹⁰.

<p>Ejemplos de ítems Directos:</p> <p>"El centro utiliza un equipo moderno..."</p> <p>"La sala de espera es confortable..."</p> <p>"Es fácil encontrar aparcamiento cerca de este centro..."</p>
<p>Ejemplos de ítems Indirectos:</p> <p>"Estoy seguro de que encontraré alivio con el tratamiento que estoy recibiendo..."</p> <p>"Cree que las explicaciones de su fisioterapeuta le ayudarán a comprender la evolución de su patología?"</p> <p>"Creo que conseguiré aparcar fácilmente durante todos los días que tenga que venir a tratamiento..."</p>

-Método. En función del método ("forma, estructura") los cuestionarios de satisfacción pueden presentar las siguientes características:

-Preguntas abiertas/ Preguntas cerradas. El cuestionario de satisfacción puede contener preguntas abiertas y/o preguntas cerradas.

En las **preguntas abiertas** el encuestado podrá responder lo que considere y en las **preguntas cerradas** se establecen, de antemano, las posibilidades de respuesta.

El uso simultáneo de ambas ayuda a sondear mejor la medida de la satisfacción.

-Auto-cumplimentado/cumplimentado por un entrevistador.

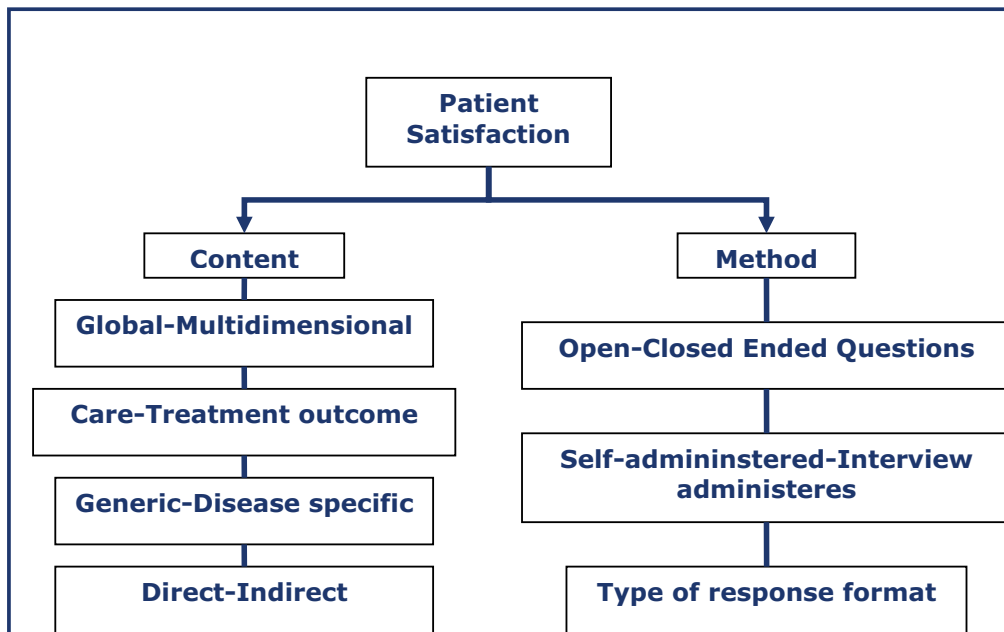
El cuestionario puede estar diseñado para su **auto-cumplimentación** (fácil de comprender y no excesivamente largo) o para ser **cumplimentado** por un entrevistador entrenado. En este último caso, no se dejarán cuestiones sin responder.

A la hora de decidir este aspecto, se habrá de valorar el costo y tiempo que esto implica y, además, el entrevistador debe de ser entrenado para evitar el sesgo que existe por parte de los encuestados de dar puntuaciones más altas¹⁰⁹.

-Tipo de formato de respuesta para preguntas cerradas.

Si el cuestionario presenta preguntas cerradas, la alternativa de respuesta puede ser simple (dicotómica) o presentar varias alternativas de posible respuesta. Estas últimas ofrecen mayor precisión en un cuestionario de satisfacción. A mayor número de alternativas de respuestas, habrá gradaciones más finas pero no está claro cuál es mejor número de respuestas. Se sabe, que la adecuación de éstas estará ligada directamente al tipo de pregunta.

Fig. 3. Modelo de Hudak et al. de las características principales de los cuestionarios que miden satisfacción.



En la literatura existen diversos estudios que han evaluado la satisfacción de los usuarios de fisioterapia mediante cuestionarios.

En la tabla 3 se describen estos instrumentos de medida.

Atendiendo a la clasificación de Hudack, se ha descrito de cada uno de ellos, las siguientes características:

- Global /Multidimensional. Como la mayoría de instrumentos son multidimensionales, se ha identificado el número de dimensiones de cada uno de ellos y se ha especificado si presenta o no ítems globales.
- Cuidado/ Resultados. Se ha identificado si mide satisfacción con la atención y si presenta o no algún ítems que valore la satisfacción con el resultado.
- Genérico/Específico. Sólo se han identificado cuestionarios genéricos aplicables a cualquier usuario de los servicios de fisioterapia.
- Directo/Indirecto. Se ha analizado si las preguntas son del tipo directas o indirectas.
- Preguntas abiertas/Cerradas. Se ha identificado si las preguntas son del tipo abiertas o cerradas.
- Tipo de formato de respuesta para preguntas cerradas. Se ha descrito el formato de las alternativas de respuesta de las preguntas cerradas.

Fuera del modelo de Hudack, se ha identificado el año de validación del cuestionario, lugar del estudio, tamaño de la muestra, si presenta o no buenas propiedades psicométricas, es decir, si es fiable y válido (Alfa de Cronbach > 0.70 y Análisis Factorial Exploratorio que explique, al menos el 50% de la varianza total) y el idioma del mismo.

Tabla 3. Identificación en la literatura de los cuestionarios genéricos que miden satisfacción en fisioterapia.

Nombre del cuestionario	Año validación, Lugar (Tamaño de la muestra)	Multidimensional n° dimensiones (n° Ítems globales)	Satisfacción con la atención (SI/NO) Incluye ítems satisfacción resultado (SI/NO)	Tipo de preguntas: -Directas /Indirectas -Cerradas/Abiertas	Formato de respuesta	Correcto estudio psicométrico*	Idioma (Versión español: SI/NO)
PTOPS (Physical Therapy Outpatient Satisfaction Survey) ⁸⁴	1999, Nueva Inglaterra (3 muestras, n=177, n=257 y n=173)	Multidimensional 4 dimensiones: Reforzador-Detractor-Ubicación-Costo (4 ítems globales)	SÍ (NO)	Indirectas/Cerradas	Tipo Likert: Totalmente desacuerdo- Total acuerdo	SÍ	Inglés (NO)
Cuestionario de Satisfacción en Fisioterapia de Goldstein MS et al. ⁸⁵	2000, USA (n=289)	Multidimensional Se establecen 11 dimensiones pero el AFE arrojó una sola dimensión. (3 ítems globales)	SÍ (NO)	Directas e Indirectas/Cerradas	Tipo Likert: Totalmente desacuerdo- Total acuerdo y posibilidad de No contestar.	SÍ	Inglés (NO)
Escala de Satisfacción en Fisioterapia de Monnin Det al. ⁸⁶	2002, 1 Hospital universitario de Ginebra (Suiza) (n=501)	Multidimensional 4 dimensiones: Tratamiento, Admisión, Logística, Global. (2 ítems globales)	SÍ (NO)	Directas/Cerradas	Tipo Likert: 1-Pobre a 5- Excelente	SÍ	Francés (NO)
MedRisk Instrument ⁸⁷	2002, 17 Estados de USA (n=1868)	Multidimensional 2 dimensiones: Factores internos (Relación personal terapeuta); Factores externos (acceso, ubicación, tiempo espera) (2 ítems globales)	SÍ (NO)	Directas/ Cerradas	Tipo Likert: Totalmente desacuerdo- Total acuerdo.	SÍ	Inglés (SI)

Cuestionario CAU en Fisioterapia ⁸⁸	2007, Portugal (se desconoce el tamaño muestral)	Multidimensional se desconoce el número de dimensiones (4 ítems globales)	SÍ (SÍ)	Directas/Cerradas/1 abierta	Tipo Likert (en su mayoría): Totalmente desacuerdo- Total acuerdo. Tipo: Sí/ No, NO sabe.	NO	Portugués (NO)
Cuestionario de Satisfacción en fisioterapia de Hills R et al ⁸⁹	2007, Reino Unido (n=279)	Multidimensional 6 dimensiones: expectativas, comunicación, terapeuta, organización, resultados, satisfacción global (2 ítems globales)	SÍ (SÍ)	Directas/ Cerradas	Tipo Likert: Totalmente desacuerdo- Total acuerdo.	SÍ	Inglés (NO)
Cuestionario de Satisfacción en rehabilitación de Navarra MJ et al ⁹⁰	1998, España (n=47)	Multidimensional 6 dimensiones: fisioterapia, duración, entorno, recepción (1 ítem global)	SÍ (NO)	Directas/Cerradas	Tipo Likert: 4 alternativas (Muy buena- Muy deficiente)	SÍ	Español
Cuestionario de Satisfacción en fisioterapia (Adaptación SERVQUAL) ¹¹¹	2002, Escocia (Reino Unido) (n=134)	Multidimensional 5 dimensiones: Responsabilidad, Empatía, Bienes tangibles	SÍ (NO)	Indirectas/Cerradas	Tipo Likert: 7 alternativas	NO	Inglés

*Alfa de Cronbach > 0.70 y AFE que explique, al menos el 50% de la varianza total.

Además de estos instrumentos de medida, se ha identificado el estudio de Casserley-Feeney¹¹² que es un estudio de validación del cuestionario PTOPS, realizado en Irlanda (en 2008) para conseguir la adaptación al inglés europeo de este cuestionario. Asimismo, se ha encontrado otro estudio realizado en el año 2005 que analiza, más en profundidad, las propiedades psicométricas del cuestionario *MedRisk*¹¹³, 2 estudios de validación de este mismo cuestionario al idioma español realizados respectivamente en el año 2007¹¹⁴ y 2011¹¹⁵, 1 estudio de adaptación en población brasileña¹¹⁶, otro de adaptación en población australiana¹¹⁷, la versión coreana¹¹⁸ del mismo y la versión al Kinyarwanda¹¹⁹ de este cuestionario y una adaptación reciente de este instrumento, realizada por los autores originales, específica para consultas quiroprácticas¹²⁰. Por todo ello, este instrumento de medida de la satisfacción con el servicio de fisioterapia (*MedRisk*) es el más extendido y utilizado en la literatura.

1.3. CONFIANZA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA

1.3.1. CONCEPTO Y DIMENSIONES

Las teorías diferencian dos tipos de confianza: la confianza interpersonal entre dos individuos y la confianza en una organización, institución... que es una confianza en todo un colectivo de individuos.

La confianza interpersonal es un concepto fundamental en toda relación proveedor de salud-paciente, altamente valorada por ambas partes de esta relación, distinta al concepto de satisfacción¹²¹ y tan importante que, cuando desaparece o no se establece, es uno de los atributos que se asocia fuertemente con un pensamiento o intención, por parte del paciente, de demandar al profesional sanitario en cuestión¹²².

El interés por el estudio de la confianza que los pacientes depositan en sus proveedores de salud ha aumentado de forma considerable desde que Russel Caterinicchio¹²³ publicara en 1979 el primer estudio de medición de la confianza en el profesional médico. Desde entonces

se han desarrollado varios instrumentos de medida de la confianza del paciente y varios estudios de investigación cualitativa¹²⁴ en base a entrevistas a pacientes y a grupos focales con pacientes y expertos fundamentalmente, que han permitido comprender mejor este concepto.

Entre las diversas definiciones del término confianza, en el ámbito sanitario, todas poseen en común el mismo núcleo conceptual: "aceptación de la situación de vulnerabilidad en la que el/la paciente cree que su proveedor de salud siempre actuará buscando el mejor interés para él/ella (paciente)"¹²⁵.

En la mayor parte de los estudios en los que se ha pretendido medir este concepto, la teoría más aceptada de la que se ha partido ha sido aquella que propone 3 dominios para el estudio de la confianza. Estos 3 dominios son los siguientes:

- Competencia Técnica entendida como habilidades profesionales.
- Competencia Interpersonal entendida como integridad moral y calidad personal.
- Interés por el paciente (considerado el dominio más específico de la confianza) entendida como anteponer el bienestar del paciente por delante de otras consideraciones.

En alguna ocasión se incluye un dominio adicional que es la confidencialidad, aunque en los estudios cualitativos es el dominio que más débilmente se asocia al concepto de confianza¹²⁶.

A pesar de los intentos de desarrollar sub-escalas correspondientes a estos dominios teóricos, los investigadores no han podido determinar componentes individuales de la confianza¹²⁷. Los análisis psicométricos de la mayoría de estudios de validación de herramientas para medir la confianza en el ámbito sanitario, concluyen un solo factor. Esto pone de relieve que la confianza es un único concepto global, que estos aspectos de la confianza no son independientes y que los pacientes no diferencian tales dimensiones teóricas.

Una explicación de ello sería que la dimensión competencia técnica es difícil de valorar por los pacientes ya que carecen del conocimiento necesario para ello y por tanto, un paciente "confiado" que evalúe altamente el interés del proveedor de salud y su apoyo social y

emocional en la relación interpersonal, hará extensivas estas altas valoraciones a la dimensión competencia técnica quedando todo englobado en una estructura unidimensional del concepto confianza. Incluso, estudios de validación de escalas de "desconfianza"¹²⁸ en el ámbito sanitario han concluido, de igual manera, un constructo unidimensional.

Es necesario diferenciar el concepto de confianza y el de satisfacción en el contexto sanitario. En estudios cualitativos con grupos focales, los pacientes fácilmente distinguen la confianza de la satisfacción¹²¹. La diferencia fundamental entre ambos constructos gira en relación al punto del tiempo¹²⁹; la satisfacción está más relacionada a acciones pasadas, es una valoración de una experiencia ya vivida y la confianza es más para acciones futuras, es esperar un determinado comportamiento futuro. De otro lado, la confianza presenta una vinculación más emocional y es el fruto de una relación de mayor continuidad. Un determinado paciente puede sentirse satisfecho con una determinada consulta sanitaria y sin embargo, sentir que aún no se ha establecido el vínculo de confianza con su proveedor de salud. Por el contrario, la confianza en el proveedor de salud puede mantenerse incluso si una visita en particular no ha sido del todo satisfactoria.

1.3.2. CONFIANZA Y ALIANZA TERAPÉUTICA

La "alianza terapéutica" es un constructo ampliamente desarrollado, analizado y medido en la disciplina de psicología, aceptado en la mayoría de escuelas psicoterapéuticas, y que se refiere al aspecto de colaboración entre terapeuta y paciente en el contexto de la psicoterapia. La definición más importante y aceptada fue la propuesta por Bordin (1979)¹³⁰ según el cual la Alianza Terapéutica consiste en: "un vínculo emocional (cuidado, confianza, sentimiento positivo) donde existe un acuerdo de las metas de la terapia y un acuerdo en las tareas que se deben realizar".

Para Bordin, la alianza terapéutica incluye 3 componentes: el acuerdo entre terapeuta y paciente sobre las metas del tratamiento, el acuerdo sobre las tareas necesarias para lograr esas metas, y el vínculo emocional que se crea entre terapeuta y paciente y que permite al paciente hacer progresos terapéuticos.

La alianza terapéutica presenta una enorme relevancia en psicoterapia ya que uno de los hallazgos más importantes que se desprende de un considerable número de estudios es la importancia de la creación de un buen vínculo terapéutico para lograr el objetivo de la terapia. Se afirma que la relación paciente-terapeuta es el fundamento de toda terapia, que la alianza terapéutica estimada al principio del tratamiento puede predecir el éxito o fracaso terapéutico al final del mismo. Se ha llegado a plantear, incluso que, en psicoterapia, la relación interpersonal con el terapeuta es lo que realmente cura¹³¹.

Esta relevancia de la alianza terapéutica ha despertado el interés por la construcción de instrumentos que posibiliten su evaluación. Actualmente hay más de 20 herramientas de medida diferentes de la alianza terapéutica, la mayoría con adecuados estudios psicométricos, pero los más destacables son los siguientes cuatro grupos de instrumentos (son los más usados en los estudios empíricos):

- *The Penn Helping Alliance Scale*¹³²
- *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale*¹³³
- *California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS)*¹³⁴.
- *Working Alliance Inventory (WAI)*¹³⁵

En la disciplina de fisioterapia, cuando se plantea estudiar la influencia de la relación fisioterapeuta-paciente en los resultados positivos del tratamiento (disminución del dolor, discapacidad, adherencia terapéutica o calidad de vida), se identifican varios estudios que tratan de evaluar la alianza terapéutica utilizando para ello estas herramientas de medida desarrolladas en la disciplina de psicología¹³⁶.

Fundamentalmente, en fisioterapia, se ha utilizado la versión corta del instrumento WAI. Se han identificado en la literatura 5 estudios de fisioterapia que lo han utilizado¹³⁷⁻¹⁴¹.

Esta versión consta de 12 ítems del tipo "Mi terapeuta y yo estamos trabajando con metas que hemos acordado ambos", "Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo en cuáles son las cosas importantes que se deberían trabajar en la terapia", "Mi terapeuta y yo hemos llegado a una buena comprensión del tipo de cambios que serían buenos para mí" con 7 alternativas de respuesta tipo Likert donde la polaridad inferior es "nunca" y la superior es "siempre". Existe la validación al español del WAI¹⁴² y se trata de un cuestionario con 2 versiones homólogas, una para el paciente y otra para el terapeuta.

En este contexto aparece el término "alianza terapéutica" como un intento de medir confianza depositada en el profesional fisioterapeuta y su repercusión en los resultados terapéuticos.

Alianza terapéutica y confianza son dos conceptos diferentes aunque muy relacionados. La alianza implica una colaboración y consenso entre paciente y terapeuta, es un "pacto acordado, activo y consciente" que necesita implícitamente de una relación de confianza entre ambos. Sin embargo, la confianza del paciente es esperar y presuponer que el terapeuta (en este caso, el fisioterapeuta) actuará siempre en su propio bienestar e interés (del paciente) sin que por ello sea necesario establecer "pactos" o "acuerdos" previos.

1.3.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA CONFIANZA

Las investigaciones recientes han demostrado que la confianza es un pensamiento psicológico coherente que se puede medir de forma fiable. En la literatura no existen instrumentos validados que permitan valorar el nivel de confianza que los pacientes depositan en los fisioterapeutas que les atienden. Tan sólo en un amplio estudio descriptivo destinado a valorar la confianza en la Sanidad Pública de 3 países¹⁴³ (Alemania, Holanda y

Reino Unido) realizado en una muestra de 4084 pacientes, aparece un ítem que valora la confianza en el profesional fisioterapeuta en una escala del 1 a 4. Se obtienen, a este respecto, diferencias significativas entre los 3 países, de manera que los ingleses muestran más confianza en los fisioterapeutas que los holandeses y alemanes. Además de este estudio, como ya se ha mencionado, lo más “parecido” a la confianza que se ha estudiado en la disciplina de fisioterapia ha sido la alianza terapéutica. No ocurre esto en otras disciplinas sanitarias, en las que sí se han desarrollado varios instrumentos de medida de la confianza. Por tanto, se hace necesario acudir a otras disciplinas para comprobar cómo han medido este concepto, el modelo teórico de partida y las conclusiones finales de los mismos.

Se han identificado, aquellos instrumentos (cuestionarios) que miden confianza en el profesional médico, enfermero, proveedor de salud en general o en las Instituciones sanitarias.

De cada uno de ellos, se ha analizado cuál ha sido el desarrollo y elaboración de ítems, el número de ítems de partida y el número de ítems definitivo, la población a la que va destinada, el estudio psicométrico (datos de fiabilidad y validez) y fundamentalmente el modelo conceptual teórico.

Todo queda resumido en la siguiente tabla. (tabla 4).

Tabla 4. Identificación en la literatura de los cuestionarios que miden confianza

Cuestionario (Nombre del cuestionario o del autor principal)	Desarrollo ítems	Nº Ítems originales / Ítems finales	Población de estudio	Estudio Psicométrico: Validez de Constructo (AFE* o AFC*)	Estudio Psicométrico: Fiabilidad	Modelo Conceptual
The Health Care Relationship (HCR) Bova et al (2006) ¹⁴⁴ Estudia la confianza en proveedores de salud	10 entrevistas y 3 grupos focales	58 ítems/ 15 ítems	Adultos infectados por VIH (n=99)	AFE: 3 factores que explican el 69 % de la Varianza.	Alpha de Cronbach total escala= 0.92. Test-retest: r=0.59 (p<0.01)	Constructo tridimensional: -Relaciones interpersonales, -Comunicación respetuosa. -Habilidades profesionales
Egede et al (2008) ¹⁴⁵ Estudia confianza en proveedores de salud, aseguradoras e instituciones.	-Revisión de la literatura -9 grupos focales -Panel con 2 expertos	70 ítems/ 17 ítems	Pacientes de una clínica universitaria de Atención Primaria (n=301)	AFE: 3 factores que explican el 61 % de la Varianza.	Alpha de Cronbach= 0.89 y para cada una de las subescalas: 0.92, 0.74 y 0.64	Constructo tridimensional: -Confianza en los proveedores de salud. -Confianza en las aseguradoras. -Confianza en las instituciones.
WAKE FOREST Hall et al (2002) ¹⁴⁶ Estudia la confianza en el proveedor de salud.	Revisión de la literatura. -Equipo de Investigación. -2 grupos focales -8 entrevistas. -Panel con 8 expertos.	78 ítems/ 10 ítems	Pacientes de atención primaria en general. Entrevista telefónica (n nacional=959 y n regional =1199)	AFE: 2 factores: uno con ítems en positivo y otro con ítems en negativo que explican el 89% de la varianza	Alpha de Cronbach (muestra nacional)= 0.93. Alpha de Cronbach (muestra regional)= 0.92. Test-retest: r= 0.75	Parte de un Modelo con 5 dominios: fidelidad, honestidad, competencia, confidencialidad y confianza global. -Concluye un constructo unidimensional.
Radwin et al (2010) ¹⁴⁷ Estudia la confianza en profesionales de enfermería	-6 entrevistas -Panel con 8 expertos	7 ítems/ 4 o 5 ítems (2 versiones)	Pacientes hospitalizados (Área oncología) (n=187)	AFE (versión 4 ítems)=1 factor que explica el 59% de la varianza total AFE (versión 5 ítems)= 1 factor que explica el 66% de la varianza total. AFC con excelente ajuste para las 2 versiones.	Alpha de Cronbach (versión 4 ítems)=0.82 Alpha de Cronbach (versión 5 ítems)=0.77	Constructo unidimensional
Thom et al (1991) ¹⁴⁸ Estudia la confianza en el médico.	-Entrevistas. -Adaptación de otros instrumentos.	25 ítems/ 11 ítems	Pacientes de 20 consultas médicas. (n=414)	No realiza AFE. Validez de criterio con la satisfacción (r=0.73) y humanidad del médico (r=0.68)	Alpha de Cronbach= 0.89. Test-retest (al cabo de 1 mes): r= 0.77	No lo aclara

Shea et al (2008) ¹⁴⁹ Estudia la desconfianza en el Sistema de Salud	-12 grupos focales.	76 Ítems	(n=404 pacientes)	AFE: 2 factores. No indica la varianza total explicada.	Alpha de Cronbach= 0.83 y para cada una de las subescalas= 0.73 y 0.77.	Construceto con 2 dimensiones: -Confianza en los Valores. -Confianza en la Competencia Técnica.
Anderson et al (1990) ¹⁵⁰ Estudia la confianza en el profesional médico	-Revisión literatura. -Entrevistas a pacientes. -Entrevistas a profesionales.	25 Ítems	Participantes Estudio 1 n=160 Estudio 2 n=106	AFE: 1 factor. No indica la varianza total explicada	-Alpha de Cronbach (estudio 1) = 0.90. -Alpha de Cronbach (estudio 2) = 0.85.	Establece 6 dimensiones teóricas: Fidelidad, Competencia, Honestidad, Confidencialidad, Comportamiento, Dimensión Global. Concluye un construceto unidimensional
Leisen et al (2001) ¹⁵¹ Estudia la confianza en el profesional médico.	-Revisión literatura. Se parte del modelo de Thom et al (9 dimensiones + 1 de Anderson et al.) -Grupo de 3 expertos.	51 Ítems No se realiza reducción de ítems.	Primera muestra: estudiantes de licenciatura en gestión (n=161) Segunda muestra: Empleados de una empresa, cumplimiento por correo interno (n=214)	AFC con 2 modelos: -Bidimensional: RMSEA=0,056 RMR=0,020 GFI=0,96 CFI=0,99 -Unidimensional: RMSEA=0,055 RMR=0,020 GFI=0,96 CFI=0,99	-Alpha de Cronbach (Dimensión Benevolencia) = 0.93. -Alpha de Cronbach (Competencia técnica) = 0.92.	Construceto bidimensional: -Benevolencia, incluye empatía con el paciente, honestidad, confidencialidad y comunicación clara. -Competencia técnica: tratamiento adecuado y eficaz. No diferencias concluyentes que defiendan la bidimensionalidad frente a la unidimensionalidad.
Kao et al (1998) ¹⁵² Estudia la confianza en el médico en función de su método de pago.	-Versión Modificada de la escala de Anderson	10 Ítems	Pacientes adultos. Entrevista telefónica (n=2086)	AFE: 1 factor. No indica la varianza total explicada	Alpha de Cronbach= 0.94.	Establece 4 dimensiones: Fidelidad, Competencia, Confidencialidad y dimensión Global. Concluye un construceto unidimensional
Rose et al (2004) ¹⁵³ Estudia la desconfianza en el Sistema de Salud	-4 Grupos focales con pacientes en general (n= 38 en total). -Revisión de la literatura. -Opinión de 3 expertos.	15 Ítems	Primera fase. Adultos del censo de la Corte municipal de Filadelfia (n=55) Segunda fase (n=400)	AFE: 1 factor que explica el 90 % de la varianza total.	Alpha de Cronbach= 0.75.	Postula que la desconfianza tiene 4 dominios: Fidelidad, Competencia, Confidencialidad y Honestidad. Concluye un construceto unidimensional
Safrán et al. (1998) ¹⁵⁴ Se trata de un estudio de valoración de la atención primaria (La confianza es uno de los dominios)	-Investigación propia previa -Revisión Literatura.	51 Ítems (7 dominios) 8 Ítems para medir la confianza en el médico.	Muestra aleatoria estratificada de empleados del estado (n=6094 respuestas por correo).	No realiza AFE.	Alpha de Cronbach de cada una de los dominios (0.81, 0.84, 0.92,0.92,0.95,0.95 y 0.86)	Se establecen 7 dominios de atención: Accesibilidad, Continuidad, Conocimiento del contexto del paciente, Integración, Comunicación, Trato interpersonal, Confianza. Concluye que la confianza es unidimensional

<p>Thom et al (2011)¹⁵⁵ Estudia la confianza que tiene el médico en sus pacientes.</p>	<p>-Estudio Cualitativo previo: 2 grupos focales con profesionales médicos(n=10) -21 entrevistas semiestructuradas</p>	<p>18 Ítems/12 Ítems</p>	<p>Médico de Atención Primaria (n=50) y otro personal no médico (n=11) con respecto a 168 pacientes con VIH positivo y dolor crónico.</p>	<p>AFE= 2 factores Realiza estadísticos de contraste entre la escala y: -solicitar detección toxicológica. -Negativa a prescribir opioides. -Pacientes comentan pérdida o robo de opioides. -Sensación de que los pacientes han usado opioides para drogarse. -El paciente ha vendido los opioides. En todas $p < 0,05$</p>	<p>Alpha de Cronbach = 0.93.</p>	<p>Construtto bidimensional: -Papel del paciente. -Respeto por los límites terapéuticos.</p>
<p>Zheng et al (2002)¹⁵⁶ Estudia la confianza en las instituciones sanitarias.</p>	<p>- Revisión de la literatura. -Equipo de investigación. -2 grupos focales</p>	<p>37 Ítems/ 11 Ítems</p>	<p>Pacientes entrevistados telefónicamente (n nacional=410) (n regional=1152)</p>	<p>AFE (n nacional): 1 factor que explica el 98 % de la varianza. AFE (n regional): 1 factor que explica el 99 % de la varianza total.</p>	<p>-Alpha de Cronbach (n nacional)= 0.92. -Alpha de Cronbach (n regional) = 0.89. Test-retest (al cabo de 2 meses): $r=0.76$</p>	<p>- Parten de un modelo con 4 dimensiones (honestidad, fidelidad, confidencialidad competencia). -Concluye un construtto unidimensional</p>

*AFE=Análisis Factorial Exploratorio

*AFC=Análisis Factorial Confirmatorio

De todos estos instrumentos de medida, el más citado en la literatura, validado a otros idiomas¹⁵⁷, el que parte de un modelo teórico mejor desarrollado¹⁵⁸, más completo y con mejor análisis métrico¹⁵⁹ es el cuestionario *WAKE FOREST*.

Todas estas escalas cubren las diferentes dimensiones teóricas de la confianza siendo, en su mayoría, ampliamente coherentes con el concepto teórico. Se puede comprobar cómo la confianza se construye holísticamente en las diferentes escalas, con varios componentes (por ejemplo, fidelidad, honestidad, competencia, confidencialidad) pero se comporta como constructo unidimensional en la mayoría de ellas ya que los pacientes no distinguen entre tales factores teóricos. De los mencionados instrumentos de medida, los autores del cuestionario *The Health Care Relationship*¹⁴⁴, que es el único junto con el de Egede¹⁴⁵ que concluyó 3 dimensiones, publicaron un estudio en el presente año (2012) que re-examinaba las propiedades psicométricas de esta escala¹⁶⁰ y determinaba excluir 2 de los 15 ítems propuestos, presentando una nueva estructura unidimensional que explicaba el 67% del total de la varianza.

De otro lado, profundizando en el estudio de los ítems de cada uno de estos cuestionarios, resulta notable que los ítems referidos a la confidencialidad no se retienen en la mayoría de las versiones finales de las distintas escalas (dominio que se pierde) porque suelen correlacionar poco con la escala global y suelen tener puntuaciones muy altas (poca variabilidad). Esto puede deberse a que, en la mayoría de los casos, se trata de poblaciones con patologías genéricas y frecuentes que ante ítems del tipo "*Me preocupa que mi médico pueda contar a otros información privada sobre mi proceso de salud*" otorgan puntuaciones de "*baja preocupación*" poniendo de manifiesto que la confidencialidad pierde importancia para los encuestados y se aleja del concepto de confianza.

1.4. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA POR EL PACIENTE Y LA PROPORCIONADA POR EL FISIOTERAPEUTA, EN LA SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA Y EN LA CONFIANZA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA.

La información terapéutica percibida, la satisfacción y la confianza pueden verse afectadas por una serie de características propias del paciente (como las variables sociodemográficas edad, género o nivel de estudios), características en relación al centro al que acuden los pacientes (centros privados o públicos), características terapéuticas como el número de sesiones o tiempo de duración de las mismas e incluso por características propias del proceso de salud como pueden ser el dolor o el estado de salud percibido.

Estas posibles variables influyentes están recogidas fundamentalmente en los artículos en los que se mide satisfacción con el servicio de fisioterapia, que es el concepto más estudiado en nuestra disciplina, y de una manera más indirecta, en estudios de otras disciplinas en los que se analiza la información y la confianza.

En los artículos disponibles no siempre se establece de una manera clara el grado de asociación entre variables y no siempre se utiliza un instrumento válido y fiable de medición de estas variables de estudio por lo que, en frecuentes ocasiones, resulta difícil extraer conclusiones concretas de los mismos. No obstante, se encuentran documentadas las siguientes relaciones o asociaciones:

-Género. En relación a la información terapéutica algunos estudios apuntan diferencias entre hombres y mujeres¹⁶¹. En relación a la satisfacción con la atención en fisioterapia, la mayoría de estudios no encuentran asociación entre satisfacción y género^{84,86,114,162}. En relación a la confianza existen datos contradictorios, fundamentalmente en estudios que miden la confianza en el profesional médico, de manera que algunos de estos estudios determinan que el nivel de confianza en el profesional médico es mayor en mujeres^{145,163} mientras que otros no encuentran asociación entre confianza y género^{128,144,153,155}.

-Edad: Algunos estudios relacionan edad con información percibida de manera inversa (a mayor edad, menor información)¹⁶⁴, pero otros no encuentran tal asociación^{77,165}. En relación a la satisfacción con la atención en fisioterapia, algunos estudios establecen asociaciones entre satisfacción y edad en el sentido de que a mayor edad, mayor satisfacción^{112,166-167} pero otros no encuentran tal asociación^{162,168}. En relación a la confianza, también existen resultados contradictorios porque algunas investigaciones establecen asociaciones entre confianza y edad (a mayor edad, mayor confianza)¹⁴⁸ pero la mayoría de las mismas, no encuentran tal asociación.^{144-145,153,163}

-Nivel de estudios. Si atendemos a la información, el menor nivel académico se ha asociado con menor información percibida^{77,169-170}. Si atendemos a la satisfacción, el sentido de la asociación no está claro en otras disciplinas¹⁷¹ y en la disciplina de fisioterapia no se documenta, si bien parece que los pacientes con menor nivel de estudios son menos propensos a tener sus expectativas satisfechas¹⁷². Si atendemos a la confianza, la mayoría de los estudios disponibles no encuentran asociación entre nivel académico y confianza en el profesional sanitario.^{144-145,148,153,163}

-Localización de la patología. Pocos son los estudios encontrados que tratan de asociar información, satisfacción o confianza con la localización de la patología. Algunos de ellos han encontrado asociaciones entre mayor satisfacción y patología localizada en la columna¹¹² aunque con poca fuerza de asociación y los mismos autores determinaron que otras variables como el tipo de lesión, cronicidad de la misma... podrían influir más que la localización de la patología en sí.

-Número de sesiones. En relación a la información y satisfacción, los estudios disponibles no valoran el número de sesiones como posible variable influyente. Sí está documentada la relación entre mayor número de sesiones (como mayor tiempo de relación interpersonal) y mayor confianza en el profesional sanitario¹⁴⁶.

-Duración de la sesión. En relación a la satisfacción, está documentada la relación entre la mayor duración de la sesión de fisioterapia y el mayor nivel de satisfacción¹⁷³⁻¹⁷⁴. Lo mismo ocurre con la confianza en la que existe la misma dirección de asociación: a más tiempo de sesión, mayor nivel de confianza^{146,157}.

-La disminución del dolor y la mejora del estado de salud son variables que también se han relacionado frecuentemente con la información, satisfacción y confianza, de manera que el menor dolor y el mejor estado de salud se relacionan con un mayor nivel de información^{25,35-36,38,175-176} de satisfacción^{89,102,104,166,177-178} y de confianza^{137,139-141,179,180-181} aunque algunos estudios documentan la no asociación entre información percibida y estado de salud¹⁶⁵ y entre confianza y estado de salud¹⁴⁴.

-Tipo de centro. La mayoría de estudios que pretenden analizar información, satisfacción o confianza se realizan en el mismo tipo de centros participantes (o centros públicos o centros privados) no pudiendo establecerse posibles diferencias por tipo de centros. Algunos estudios, que sí se llevan a cabo en diferentes tipos de centros, encuentran diferencias, aunque débiles, en relación a la información proporcionada¹⁸² (mayor en centros públicos) y en relación a la satisfacción del paciente (mayor satisfacción en centros privados)¹⁸³⁻¹⁸⁴. Otros estudios, por el contrario, no encuentran asociaciones entre estas variables y el tipo de centro¹⁴⁵.

1.5. INFORMACIÓN, SATISFACCIÓN Y CONFIANZA. RELACIÓN ENTRE ESTAS VARIABLES.

La información terapéutica, satisfacción y confianza en el profesional fisioterapeuta no son cualidades generales del paciente sino características particulares de la relación del paciente con su proceso de tratamiento. Se trata de variables bien diferenciadas aunque, en ocasiones, esa diferenciación no queda del todo clara en la literatura.

Pueden presentarse sin asociación (por ejemplo, pacientes bien informados pero poco

satisfechos o darse el caso de pacientes con poca información pero con mucha confianza, etc...) o por el contrario, y esto es lo más frecuente, aparecer con una estrecha asociación entre ellas.

Si atendemos a la relación Información-Satisfacción, está documentada la fuerte asociación entre información terapéutica y satisfacción en la disciplina de fisioterapia^{174,185-186} y sobre todo, en otras disciplinas sanitarias¹⁸⁷⁻¹⁹⁰.

Un paciente bien informado será un paciente que tendrá unas expectativas más acordes con la realidad¹⁰² siendo la mejor manera de prevenir la insatisfacción con la asistencia que recibe, dando por supuesto que ésta sea la adecuada. Por tanto una información precisa sobre el servicio de fisioterapia favorecerá la satisfacción general del paciente con el mismo. El estudio cualitativo de Hills et al.¹⁰⁴ que exploró las dimensiones del concepto satisfacción en fisioterapia con entrevistas en profundidad y 4 grupos focales de pacientes con patología aguda y crónica, puso de manifiesto las necesidades de información en todas las etapas del proceso de tratamiento como punto clave de la satisfacción con el mismo. Se resalta, especialmente, la necesidad de información en cuanto a explicaciones sobre manifestaciones clínicas, recomendaciones y muy especialmente sobre expectativas con la terapia.

Si atendemos a las dos vertientes, bien diferenciadas, de la satisfacción en fisioterapia (Satisfacción en relación a la calidad de la atención y Satisfacción en relación a los resultados clínicos obtenidos), la información terapéutica juega un papel importantísimo en ambas^{94,191}:

-De un lado, la información es crucial en el proceso de atención al paciente mejorando la relación del paciente con el entorno terapéutico y dando respuesta a una necesidad básica del paciente que es conocer su proceso de enfermedad y de tratamiento que va a recibir.

-De otro lado, en cuanto a la satisfacción en relación a los resultados clínicos, la información del fisioterapeuta podrá lograr que las expectativas del paciente sean más reales y así disminuir su nivel de frustración si los resultados clínicos no fueran los inicialmente esperados.

Si atendemos a la relación Información-Confianza, la información clara y suficiente por parte del fisioterapeuta sobre el proceso terapéutico permitirá mejorar la confianza en la capacidad de éste para realizar el tratamiento adecuadamente. Se ha documentado, también, la asociación entre información y confianza^{187,192}. En este sentido, es necesario resaltar la importancia de las habilidades comunicativas. La comunicación es una de las herramientas más importantes que debe de poseer todo profesional sanitario y es clave en la consecución de confianza. Comunicar es relacionarse, conseguir adhesiones y evitar el rechazo. Para ello es preciso que nos entiendan. Debe de existir un flujo bidireccional de comunicación entre el fisioterapeuta y el paciente que aumente el nivel de confianza entre ambos¹⁹³. El fisioterapeuta debe de conocer la información que el paciente tiene acerca de su patología y proceso de tratamiento y, tras evaluarla, deberá de intervenir adecuándose a la situación concreta de cada caso¹⁹⁴⁻¹⁹⁵.

Numerosos estudios ponen de manifiesto la importancia de la comunicación a la hora de establecer una relación de confianza profesional sanitario-paciente^{192,196-197}. Laerum et al.¹⁹⁸ (2006) realizaron un estudio que pretendía identificar los aspectos más relevantes de la comunicación clínica desde el punto de vista de los pacientes. Para ello, realizaron 35 entrevistas estructuradas a pacientes con lumbalgia cuando salían de una consulta con el médico rehabilitador. La mayoría de los pacientes enfatizaron la importancia de recibir una información adecuada durante el examen clínico, una información comprensible acerca de la causa del dolor y una explicación sobre consejos o recomendaciones a tener en cuenta para aliviar su dolor de espalda, todo ello para mejorar su percepción y confianza en el encuentro médico. Otros estudios resaltan la asociación entre desconfianza y la falta de información sobre consejos y recomendaciones terapéuticas¹²⁸. Ruiz R. et al¹⁹⁹ (2006) estudiaron las habilidades comunicativas de médicos especialistas y la percepción de sus pacientes. En este estudio participaron 27 médicos especialistas de distintas ramas de la medicina y 257 pacientes. Las consultas fueron grabadas en vídeo y analizadas a través de la escala GATHA²⁰⁰ (escala de 26 ítems que mide el comportamiento comunicativo: usar nombre del paciente, sonreír, dar oportunidad de hablar, escuchar...) y los pacientes calificaron la calidad de la interacción y del encuentro. Concluyeron que los médicos especialistas poseen escasas

habilidades comunicativas y que los pacientes demandaron una comunicación más cercana, más participativa y más centrada en aspectos terapéuticos y sociales. Un estudio reciente¹⁸⁶ (2012) realizado en Suecia, entrevistó a 432 pacientes con trastornos músculo-esqueléticos que manifestaron mayor confianza en el fisioterapeuta, por su mayor comunicación, que en el médico de familia para evaluar y abordar su enfermedad.

No en todos los estudios se valora, con herramientas fiables y válidas, la información terapéutica proporcionada y la confianza en el profesional sanitario para poder relacionar de forma adecuada estas variables. Un estudio descriptivo realizado en una población de 95 pacientes²⁰¹ con una patología específica (un tipo de anemia) valoró la Información proporcionada por el médico con una subescala de un cuestionario de calidad asistencial y la confianza en el mismo con un cuestionario validado. Concluyó una asociación significativa y positiva entre información y confianza, de manera que un aumento de un 10% en la subescala de información se asoció con un aumento de un 3,76% en la escala de confianza.

Si atendemos a la relación entre satisfacción y confianza, existe una alta asociación entre ambas. En la mayoría de publicaciones en las que la satisfacción es la variable principal de estudio, no es habitual encontrar la valoración de la confianza. Sin embargo, autores que estudian en profundidad el concepto de confianza y lo diferencian perfectamente del de satisfacción, sí suelen incluir en sus investigaciones la valoración de esta última para establecer relaciones entre ambas variables. Como la confianza es un atributo escasamente evaluado en fisioterapia, tenemos que acudir a otras disciplinas para conocer cómo se relaciona con la satisfacción. En el estudio de validación del cuestionario de confianza en el profesional médico de Thom¹⁴⁸, de Anderson¹⁵⁰ y de Leisen¹⁵¹ se obtuvo una alta correlación entre confianza y satisfacción al igual que en el estudio de validación del cuestionario de Egede¹⁴⁵ de confianza en los proveedores de salud. En el estudio de validación de la versión holandesa¹⁵⁷ del cuestionario de confianza *WAKE FOREST* se obtuvo una correlación con la satisfacción muy alta al igual que la versión original del mismo¹⁴⁶. En el estudio de validación del cuestionario de confianza en las instituciones sanitarias de Zheng¹⁵⁶ la correlación entre ambas variables también fue elevada.

1.6. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La medición es un proceso inherente tanto a la práctica como a la investigación clínica. Algunas variables como la Información Terapéutica, la Satisfacción y la Confianza, que comportan cierto grado de subjetividad, son especialmente complejas de medir. Actualmente el profesional fisioterapeuta no dispone de cuestionarios validados que permitan medir la Información Terapéutica Percibida y la Confianza depositada y que sean de aplicación genérica, es decir que puedan utilizarse para cualquier paciente que esté recibiendo cualquier tipo de tratamiento de fisioterapia.

La obtención de instrumentos óptimos (válidos y fiables), ágiles, que puedan utilizarse sin limitaciones (en cualquier entorno) para evaluar la Información Percibida y la Confianza permitirán que puedan incorporarse en la práctica clínica del fisioterapeuta, en la evaluación de la calidad de los servicios de fisioterapia y, en definitiva, en la investigación de esta disciplina.

De otro lado, relacionar las variables Información y Confianza entre sí y, con otra variable muy citada y evaluada en la literatura como es la Satisfacción, permitirá conocer, si existe, asociación entre ellas, el grado y dirección de dicha asociación.

Asimismo, conocer si variables sociodemográficas (como la edad, el género y el nivel de estudios), terapéuticas (como la localización de la patología, el número de sesiones o duración de la sesión), de mejora percibida (como el dolor o el estado de salud) o el tipo de centro (como son los centros privados o los servicios de fisioterapia de centros públicos) pueden influenciar o estar asociados con la Información Percibida, la Confianza o la Satisfacción permitirá a los profesionales poder establecer, desarrollar o plantear procedimientos o estrategias de mejora de las mismas para optimizar, en la medida de lo posible, la atención recibida por el paciente.

OBJETIVOS



2.-OBJETIVOS DEL ESTUDIO

La investigación se plantea conseguir los siguientes objetivos:

1. Elaborar y validar un instrumento de medida (cuestionario) que permita conocer el nivel de información terapéutica percibida por los pacientes usuarios de los servicios de fisioterapia.
2. Elaborar y validar un instrumento de medida (cuestionario) que permita conocer la percepción de los profesionales fisioterapeutas sobre la cantidad y calidad de información terapéutica que proporcionan a sus pacientes.
3. Seleccionar y validar la versión española de un cuestionario de satisfacción con la atención en fisioterapia (*MEDRISK*).
4. Elaborar y validar un instrumento de medida (cuestionario) que permita conocer el grado de confianza que los pacientes depositan en los profesionales fisioterapeutas.
 - 4.1. Realizar la adaptación transcultural y validación preliminar de la versión española de un cuestionario que mide confianza en el/la proveedor/a de salud (*WAKE FOREST PHYSICIAN TRUST SCALE*).
5. Medir la variable información terapéutica percibida en población de pacientes andaluces y la información terapéutica proporcionada en población de fisioterapeutas andaluces y establecer la relación entre ambas variables.
6. Medir la variable satisfacción con la atención en fisioterapia y la variable confianza en el profesional fisioterapeuta en población de pacientes andaluces.

7. Establecer relaciones de las variables de estudio, información, satisfacción y confianza en fisioterapia con algunas variables sociodemográficas (género, edad y nivel de estudios) y con otras posibles variables influyentes como tipo de centro asistencial (centros privados vs centros públicos), número de sesiones, duración de la sesión, dolor y percepción de mejora del estado de salud.

8. Explorar la existencia de relaciones entre estas variables: información terapéutica percibida, satisfacción y confianza en el fisioterapeuta.

METODOLOGÍA



3. METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO GENERAL PARA LA ELABORACIÓN Y/O SELECCIÓN DE LOS DISTINTOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA Y SU POSTERIOR VALIDACIÓN (Fases):

En líneas generales, el desarrollo y validación de cada uno de los cuestionarios presentados en este estudio ha seguido las siguientes fases:

- **Fase 1: Conceptualización y desarrollo de los ítems del cuestionario.**
- **Fase 2: Validación por expertos. Método Delphi.**
- **Fase 3: Prueba piloto. Ajuste del cuestionario y obtención de los primeros datos psicométricos.**
- **Fase 4: Estudio de validación en una muestra amplia.**

Las Fases 1 y 2 son características y específicas para cada uno de los instrumentos de medida. Las Fases 3 y 4 son comunes a todos ellos.

3.1.1. DISEÑO GENERAL DE LA ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO "INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA EN PACIENTES DE FISIOTERAPIA". Fases 1 y 2.

- **Fase 1: Conceptualización.** En la literatura no existen instrumentos de medida específicos que permitan valorar el nivel de información terapéutica de los pacientes usuarios de los servicios de fisioterapia, su implicación en la toma de decisiones y el grado de consentimiento otorgado.

Para diseñar y elaborar los ítems de este nuevo cuestionario, se realizó una detallada revisión de la literatura atendiendo a estudios cualitativos que han investigado el fenómeno de información sanitaria y a estudios cuantitativos de validación de instrumentos que básicamente miden satisfacción y calidad asistencial en fisioterapia, ya que éstos incluyen ítems que evalúan el nivel de información terapéutica^{73-75,84-90, 102,104,189}. Las bases de datos utilizadas fueron MEDLINE, CINAHL y SCOPUS.

Asimismo, se revisó el amplio marco legal que regula el derecho a la información sanitaria en todo el territorio nacional y se analizó la normativa en relación a este concepto presente en todos los Códigos Deontológicos de los 17 Colegios Oficiales Profesionales de Fisioterapeutas de nuestro país.

Se recoge en el Anexo 1, la identificación de los derechos de información de los usuarios en las distintas leyes autonómicas²⁰²⁻²²⁰.

Se recoge, asimismo, la identificación de los derechos de información en los Códigos Deontológicos de todos los Colegios Oficiales de Fisioterapeutas²²¹⁻²³⁷.

Con todo, se desarrolló una versión inicial del cuestionario que contaba con 20 preguntas de tipo cerrado, de opción múltiple, con una alternativa de respuesta tipo escala de Likert (Muy Insuficiente, Insuficiente, Suficiente, Muy Suficiente). Esta versión 1 puede consultarse en el Anexo 2. Esta versión inicial se sometió al juicio de 5 expertos en sesión plenaria resultando una nueva versión (versión 2) que se componía de 12 ítems y en la que se decidió reconvertir las respuestas tipo Likert en frases elaboradas que identificaban de forma más clara las alternativas de respuesta. Esta versión 2 puede consultarse en el Anexo 3.

Esta versión se sometió posteriormente a estudio piloto con una muestra amplia. Todo ello pertenece al estudio de un Trabajo Final de Master (del *Master Oficial en Investigación e Innovación en Salud, Cuidados y Calidad de Vida*).

• **Fase 2: Validación por expertos. Método Delphi.**

Se retomó el estudio anterior para el desarrollo de esta tesis doctoral. El equipo investigador realizó un re-examen y revisión de los ítems para subsanar algunas dificultades encontradas en el primer pilotaje del cuestionario.

Aunque se mantuvo el contenido básico de la versión 2 del cuestionario, algunos ítems se volvieron a redactar teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Orden de los ítems para transmitir un esquema de exposición lógico.
- Categorización de las respuestas. Se unificó la alternativa de respuesta de 8 de los 12 ítems para facilitar y hacer más claro el formato del cuestionario.
- Se volvieron a redactar algunos de los ítems utilizando un lenguaje más comprensible. Para ello nos apoyamos en el *test de legibilidad de Fernández Huerta*²³⁸ que es una adaptación de la *fórmula Flesch* para el idioma español. Se trata de una prueba métrica de legibilidad para el idioma español cuyos valores pueden oscilar de 0 a 100 (0= muy difícil, 100= muy fácil). Un texto con un valor por debajo de 30 se considera muy difícil de comprender y por encima de 70 se considera fácil.

Esta nueva versión se sometió, de nuevo, al juicio de expertos (diferentes a los que confeccionaron el cuestionario inicial). El esquema de trabajo con los mismos se desarrolló como se expresa a continuación:

a) Selección de expertos:

El criterio de selección se basó en dos puntos básicos: amplio manejo del tema a tratar y fundamentar su opinión en la experiencia. Participaron en el estudio un total de 14 expertos con más de 10 años de experiencia como fisioterapeutas (6 de la Sanidad Privada, 4 de Atención Primaria y 4 de Atención Especializada).

b) Diseño de una plantilla de recogida de información para expertos.

Se elaboró un informe con la siguiente estructura:

-Nota de presentación en la que se precisaba el objetivo del estudio y las instrucciones de participación en el mismo.

-Exposición de los ítems del cuestionario. Cada ítem iba acompañado de una evaluación que debía ser cumplimentada por los expertos puntuando de 1 a 4 su grado de relevancia (siendo 1 "nada relevante" y 4 "muy relevante").

-Se solicitó, además, su opinión en relación a la comprensión del enunciado del ítem y a la adecuación de la alternativa de respuesta y se brindó la posibilidad de incluir nuevos ítems.

El informe se envió por correo electrónico, previa confirmación de tener disponibilidad para participar en el estudio.

Con los resultados de todo el grupo, se calculó el Índice de Validez de Contenido para cada ítem y se descartaron aquellos cuyo índice estaba por debajo de 0.7 según el modelo propuesto por Mary R. Lynn²³⁹.

Con todo, se obtuvo una nueva herramienta (versión 3 que puede consultarse en el Anexo 4) que se presentó al pilotaje de la Fase 3 de esta tesis doctoral.

3.1.2. DISEÑO GENERAL DE LA ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO "INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PROPORCIONADA POR EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA". Fases 1 y 2.

Fase 1: Conceptualización. En la literatura tampoco se han identificado herramientas que midan el nivel de información terapéutica que los profesionales fisioterapeutas consideran que proporcionan a sus pacientes. Por ello, y aprovechando el marco de trabajo del cuestionario anteriormente descrito (revisión de la literatura, el marco legal y deontológico y el juicio de expertos) se decidió

construir un instrumento afín y, en consonancia, destinado al profesional fisioterapeuta.

Los ítems del cuestionario anterior se redactaron de nuevo adaptándolos al profesional fisioterapeuta, de manera que se consiguió una estrecha consonancia entre ambos instrumentos de medida. (Este cuestionario puede consultarse en el Anexo 5)

Fase 2: Validación por expertos. Método Delphi. Este cuestionario se sometió a la misma valoración de expertos que el anterior con idéntico esquema de trabajo.

Finalmente, se obtuvo una herramienta de medida que se sometió al pilotaje de la Fase 3.

3.1.3. DISEÑO GENERAL DE SELECCIÓN DEL CUESTIONARIO "SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA". Fases 1 y 2.

Fase 1: Conceptualización. Existen en la literatura diversos instrumentos que permiten medir el grado de satisfacción de los pacientes con el servicio de fisioterapia. Se realizó una revisión de la bibliografía utilizando las bases de datos MEDLINE, CINAHL y SCOPUS para identificar la diversidad de cuestionarios y seleccionar el más adecuado para nuestro estudio.

Esta selección se realizó siguiendo el modelo de clasificación de los instrumentos que miden satisfacción de Hudack PL et al¹⁰⁶ estableciéndose los siguientes criterios de selección:

- De carácter multidimensional: se establece que es mejor una herramienta de medida multidimensional (ítems sobre diferentes aspectos específicos de la satisfacción) que contenga, también, alguna cuestión global ó genérica de satisfacción.
- Que centre el foco de interés en la satisfacción con la atención recibida, no sólo en la satisfacción con el resultado del tratamiento obtenido.
- Genérico, es decir, aplicable a cualquier paciente en general, que no contenga preguntas propias de una enfermedad particular o un nivel asistencial determinado.
- Que incluya preguntas directas, sobre hechos más que sobre percepciones.
- Autocumplimentado por los pacientes o cumplimentado por un entrevistador/a.
- Con alternativa de respuesta adecuada al tipo de pregunta.

A todo ello, el equipo de investigación añadió:

- Correcto análisis psicométrico. Alta Fiabilidad y Validez.
- Preferiblemente versionado al idioma español.
- Utilizado en varios estudios de investigación.

Se localizó un cuestionario que cumplía todos estos aspectos: *MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction with Physical Therapy Care (MRPS)*¹¹⁴ validado inicialmente en idioma inglés y versionado al idioma español en una población de hispanohablantes de la ciudad de Nueva York.

El equipo de investigación contactó con el autor de esta herramienta de medida y nos remitió a un nuevo estudio de validación al español de la mencionada herramienta en población española que se estaba iniciando en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, en Sevilla.

Se nos invitó a participar activamente en este estudio y se analizaron los primeros datos psicométricos del mismo (en una muestra de 300 pacientes del servicio de fisioterapia del mencionado hospital) presentándose un trabajo conjunto que se mostró en el 16º Congreso Mundial de Fisioterapia celebrado en Ámsterdam en junio de 2011¹¹⁵ (Versión 1 de este cuestionario)

Fase 2: Validación por expertos.

Tras este primer pilotaje y a pesar de haber obtenido buenos datos de fiabilidad y validez y una versión española similar (aunque no idéntica) a la versión española validada en pacientes americanos de habla hispana, el equipo de investigación decidió someter a este cuestionario al juicio de 5 expertos que evaluaron la corrección gramatical, lingüística y semántica del mismo.

Se realizaron breves correcciones del texto, teniendo en cuenta diferencias de contexto y transculturales, pero manteniendo siempre la concordancia con la versión original. Asimismo, se calculó la *prueba de legibilidad de Fernández Huerta* para comprobar el grado de dificultad de entendimiento del test. Esta versión 2 del cuestionario puede consultarse en el Anexo 6.

También esta herramienta de medida se sometió al estudio piloto de la fase 3.

3.1.4. DISEÑO GENERAL DE LA ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO “CONFIANZA DEPOSITADA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA”. Fases 1 y 2.

Fase 1: Conceptualización. Se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica. No se identificaron, para la disciplina de fisioterapia, instrumentos de medida de la confianza. Por ello, se decidió diseñar y elaborar un cuestionario que permita medir el nivel de confianza que el/la paciente deposita en el/la profesional fisioterapeuta que lo/a atiende.

Para proceder a la redacción de los ítems del cuestionario, se identificaron en la literatura estudios similares utilizados por otras investigaciones orientadas a medir el nivel de confianza en el profesional médico, farmacéutico, enfermero o en el proveedor de salud en general. Se utilizaron las bases de datos MEDLINE, CINAHL y SCOPUS.

Finalmente se identificaron 13 estudios de validación de escalas de confianza¹⁴⁴⁻¹⁵⁶ que se estudiaron en profundidad con especial atención en los modelos conceptuales, desarrollo de los ítems y estudios psicométricos.

En base a estos estudios, fundamentalmente a 4 de ellos, el equipo de investigación seleccionó y readaptó a la disciplina de fisioterapia una batería inicial de 37 ítems (versión inicial del cuestionario). Además, se adoptó el modelo conceptual de la unidimensionalidad de la confianza en el profesional proveedor de salud (en este caso, el/la fisioterapeuta), por ser el más defendido en la literatura, que debe incluir aspectos que hagan referencia a la relación interpersonal paciente-profesional, a la competencia-habilidad profesional y a la honestidad-interés por el paciente.

Fase 2: Validación por expertos. Técnica del grupo nominal. Método Delphi.

Para la operacionalización de este cuestionario original de confianza en el profesional fisioterapeuta, se realizó un panel de expertos.

Se seleccionaron 10 expertos con más de 10 años de experiencia como fisioterapeutas (4 de la Sanidad Privada, 3 de Atención Primaria y 3 de Atención Especializada) a los que se citó en un aula de informática de la Universidad de Jaén para efectuar la Técnica del grupo nominal²⁴⁰. Se trata de una técnica de grupo en la que los miembros del mismo no actúan entre sí por considerarse que la reflexión individual es más productiva. El proceso de esta reunión se desarrolló en cinco fases:

- 1.- Fase preliminar, en la que la moderadora expuso el problema. Se elaboró un informe en el que se precisaba el objetivo del estudio, las instrucciones de participación en el mismo y la batería de ítems inicial, que se repartió y explicó a todo el grupo.

2.- Fase de reflexión individual, en la que los expertos leyeron detenidamente la batería de ítems propuesta.

3.- Fase de enunciado ordenado de las ideas, durante la cual éstas no se discuten. Cada experto, de manera ordenada y sin entrar en debate, aportó los ítems que, tras su fase de reflexión, consideró oportunos y necesarios. La batería de ítems inicial se amplió, de 37 a 44.

4.-Fase de discusión, cuyo objetivo es clarificar, añadir o eliminar ideas, discutiendo cada cuestión de forma ordenada. Se abrió un debate en el que los expertos mostraron su acuerdo/desacuerdo con alguno de los ítems. Por consenso, se redactaron 4 ítems en un lenguaje más sencillo.

5.-Fase de votación individual, en la que los asuntos se ordenan según su prioridad. Cada experto, de manera individual y autónoma evaluó cada uno de los ítems con la *Técnica de Priorización mediante escala Nominal*²⁴¹ por la que se asignaba a cada ítem un valor numérico del 0 al 10 en función de la importancia del mismo, de manera que 0 se consideraba "Nada importante" ó "Ítem a ignorar" y 10 se consideraba "Sumamente importante" o "Ítem imprescindible".

Tras esta evaluación y una vez obtenidas todas las puntuaciones, la moderadora calculó la puntuación media para cada ítem, eliminándose aquellos ítems cuya puntuación media quedó por debajo de 5 puntos (se eliminaron un total de 16 ítems).

A continuación, se abrió un nuevo debate exponiendo los resultados y brindando la posibilidad de rescatar algún ítem eliminado. Se obtuvo el consenso en este último debate y se dio por concluida la sesión (versión 2 del cuestionario).

Una vez obtenido el primer borrador de esta versión 2 del cuestionario con los 28 ítems finalmente seleccionados tras la técnica anterior, se llevó a cabo, también, el método Delphi. Los participantes fueron los mismos miembros que el panel de expertos. Se les envió por correo electrónico un informe con la exposición de los ítems del cuestionario. Cada ítem iba acompañado de una evaluación que debía ser cumplimentada por los expertos puntuando de 1 a 4 el grado de relevancia de cada ítem (siendo 1 "nada relevante" y 4 "muy relevante").

Se solicitó, además, su opinión en relación a la comprensión del enunciado del ítem y a la adecuación de la alternativa de respuesta.

Con los resultados de todo el grupo, se calculó el Índice de Validez de Contenido para cada ítem y se descartaron aquellos cuyo índice estuviera por debajo de 0.7 según el modelo propuesto por Mary R. Lynn²³⁹. Se eliminaron un total de 4 ítems.

Con todo, se obtuvo una nueva herramienta de 24 ítems (considerada la versión 3 del cuestionario) que se sometió al pilotaje de la Fase 3 del presente estudio. Asimismo, se calculó el *test de legibilidad de Fernández Huerta*. (Los ítems de esta versión 3 de este cuestionario pueden observarse en el Anexo 7).

3.1.4.1 DISEÑO GENERAL DE ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONFIANZA EN EL PROVEEDOR DE SALUD WAKE FOREST.

Se decidió que uno de los instrumentos de medida seleccionado en la literatura, en concreto el *WAKE FOREST PHYSICIAN TRUST SCALE* de Hall et al¹⁴⁶, en idioma inglés y que mide la confianza en el proveedor de salud en general, se sometiera a un proceso de traducción-retrotraducción para obtener la versión española del mismo. Se seleccionó este cuestionario para, de un lado, obtener la validación en idioma español de esta escala y, de otro lado, permitir llevar a cabo la Validez de Criterio del cuestionario "Confianza depositada en el profesional fisioterapeuta" desarrollado en esta investigación.

- Proceso de traducción-retrotraducción del cuestionario de confianza *WAKE FOREST*: dos personas bilingües, tradujeron al español, de manera independiente, los 10 ítems de la versión original de este cuestionario. Al conjugar las dos traducciones, se obtuvo una primera versión del instrumento que, posteriormente, 5 jueces-expertos evaluaron desde el punto de vista gramatical y semántico. A partir de sus comentarios se consensuó la versión española del cuestionario de confianza en el proveedor de salud *WAKE FOREST*. El término general "proveedor de salud" que utiliza este cuestionario para cada uno de sus ítems, fue sustituido por el término "fisioterapeuta". Esta versión española puede consultarse en el Anexo 8. Se tuvo en cuenta el *test de legibilidad de Fernández Huerta* para estos ítems, de manera que se pretendió conseguir una legibilidad, al menos "normal" (valores de 60 a 70 según esta prueba).

Otros dos traductores, diferentes a los anteriores, transcribieron, de nuevo, esta versión española al idioma inglés para comprobar la consonancia entre ambas versiones de este instrumento de medida.

Este instrumento, al igual que los demás, se sometió al pilotaje de la Fase 3 del presente estudio.

3.2.-PRUEBA PILOTO DE TODOS LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA. (Fase 3)

3.2.1. Prueba piloto para los cuestionarios "Información Terapéutica percibida en pacientes de fisioterapia", "Satisfacción con la atención en fisioterapia", "Confianza depositada en el profesional fisioterapeuta" y Cuestionario de Confianza "WAKE FOREST".

Con el fin de evaluar previamente el funcionamiento de las distintas herramientas de medida, se realizó un pilotaje para determinar la necesidad de ítems adicionales o la eliminación de otros, calcular el tiempo empleado en completar los cuestionarios, detectar limitaciones propias de las preguntas en sí y analizar los primeros datos de fiabilidad.

En un primer momento, el pool de ítems de todos los cuestionarios fue sometido al juicio crítico de 15 pacientes con edades comprendidas entre 18 y 81 años.

Los cuestionarios se cumplimentaron mediante entrevista con una encuestadora entrenada y al finalizar se discutieron todos los ítems con los pacientes interrogados en base a las siguientes preguntas:

- ¿Alguna pregunta le resultó poco clara?
- ¿Cree que sobra alguna pregunta?
- ¿Modificaría alguna pregunta?
- ¿Encontró su respuesta entre las respuestas propuestas?
- ¿Se ha sentido cómodo a lo largo de la entrevista?
- En relación al tiempo que ha empleado en responder, usted lo calificaría de excesivamente largo, largo, normal o corto?

Las respuestas contribuyeron a enriquecer los cuestionarios:

- Se cambió levemente el formato de respuesta del cuestionario de información terapéutica percibida a un formato más claro.
- No se modificó el cuestionario de satisfacción.
- Se tuvo en consideración que los primeros ítems del cuestionario de confianza resultaban un tanto redundantes.
- No se modificó el cuestionario de confianza *WAKE FOREST*.

A continuación, se llevó a cabo el pilotaje en una muestra de 58 pacientes seleccionados por conveniencia. Se procuró que estuvieran representados los diferentes tipos de Sanidad: sanidad privada, atención primaria y atención especializada de la sanidad pública, además de seleccionar pacientes de diferente

género, nivel de estudios y edad. El ámbito donde se recogió la muestra de este pilotaje fue:

- Clínica Fisiosur (20 pacientes de esta clínica accedieron a cumplimentar los cuestionarios)
- Centro de salud de Torredelcampo (19 pacientes de este centro accedieron a cumplimentar los cuestionarios)
- Servicio de fisioterapia del Complejo Hospitalario de Jaén (19 pacientes del servicio de fisioterapia de este centro accedieron a cumplimentar los cuestionarios).

Se procedió a realizar el primer análisis psicométrico, se obtuvieron los primeros datos de fiabilidad.

Tan sólo se modificó el cuestionario de confianza en el profesional fisioterapeuta eliminándose 6 ítems: 3 de ellos porque no correlacionaban con los demás en la Matriz de correlación inter-elemento y 3 de ellos porque pertenecían al bloque de ítems considerados redundantes y eran los que menos variabilidad aportaban al estudio, los que menos desviación típica demostraron en el pilotaje. Este cuestionario quedó finalmente constituido por 18 ítems (Anexo 9. Versión 4 del cuestionario)

Con todo, quedaron concluidas las distintas versiones de los correspondientes cuestionarios que formarán parte del estudio de validación en una muestra amplia.

3.2.2. Prueba piloto para el cuestionario "Información Terapéutica proporcionada por el profesional fisioterapeuta"

El pilotaje para determinar el funcionamiento práctico de este cuestionario se realizó en una muestra de 37 fisioterapeutas. Todos los fisioterapeutas de los 3 centros del pilotaje accedieron a participar en el estudio (un total de 12) y el resto de profesionales se seleccionó de los fisioterapeutas participantes de un curso de formación de postgrado de la Universidad de Jaén.

Se procedió a realizar el primer análisis psicométrico.

No se establecieron modificaciones para este cuestionario.

Fig. 4. Resumen del diseño de elaboración de los instrumentos "Información Terapéutica Percibida", Satisfacción "MedRisk", "Confianza en el profesional fisioterapeuta" y Confianza "WAKE FOREST".

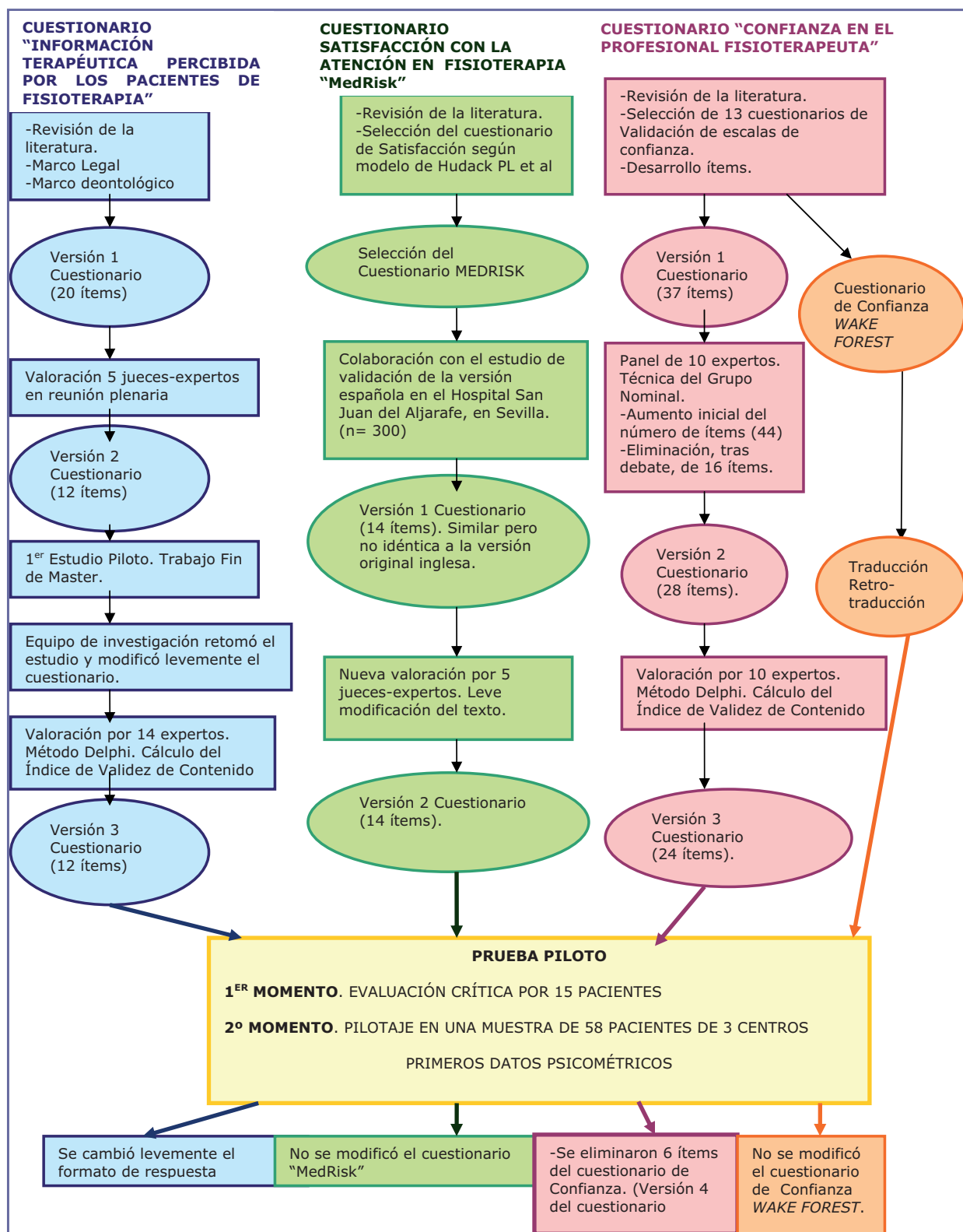
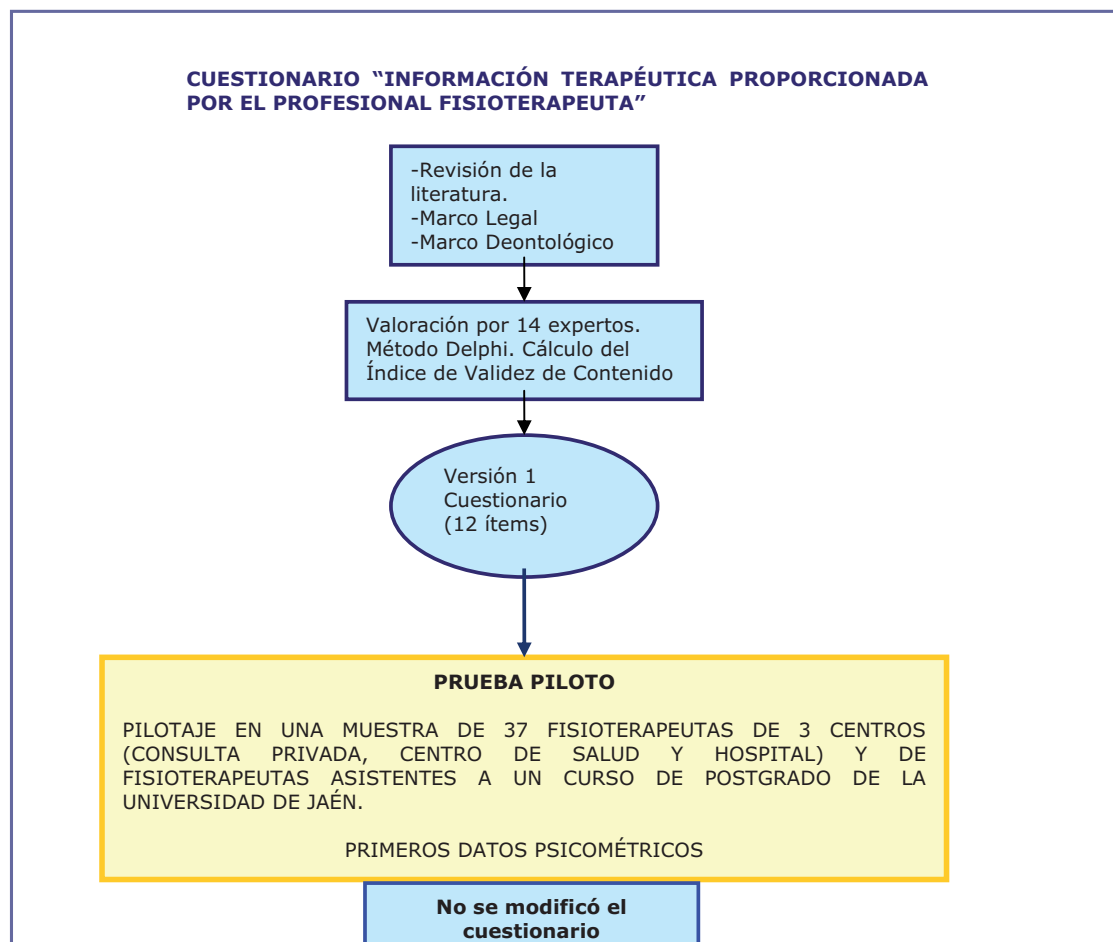


Fig. 5. Resumen del diseño de elaboración del cuestionario "Información Terapéutica proporcionada por el profesional fisioterapeuta"



3.3.-PRUEBA EN UNA MUESTRA AMPLIA. ESTUDIO DE CAMPO. Fase 4.

3.3.1. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.3.1.1. Universo o población diana:

El estudio se ha realizado sobre dos poblaciones:

- a)-Pacientes usuarios de servicios de fisioterapia de centros privados o de centros públicos (de centros públicos de Atención Hospitalaria o de centros públicos de Atención Primaria) que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

➤ **Criterios de inclusión:**

- Ser mayor de 18 años.
- Haber realizado, al menos, 5 sesiones de tratamiento de fisioterapia. (5 sesiones de fisioterapia equivalen, normalmente, a una semana de tratamiento. Consideramos que una semana debe de ser suficiente tiempo para haber recibido la información terapéutica necesaria y para mostrar satisfacción con la atención y confianza en el profesional fisioterapeuta que le atiende).

➤ **Criterios de exclusión:**

- No comprender el idioma español.
- Presentar una discapacidad grave que no permita entender el cuestionario.

b)-Profesionales fisioterapeutas que desempeñan su ejercicio en centros privados de fisioterapia o en servicios públicos de fisioterapia (de centros de Atención Hospitalaria o de centros de Atención Primaria).

- **3.3.1.2. Población Accesible. Ámbito Geográfico:** Pacientes que cumplan los criterios de inclusión y fisioterapeutas de servicios de fisioterapia del ámbito público o privado de las provincias de Jaén, Granada, Almería y Málaga (Andalucía Oriental).

- **3.3.1.3. Estimación del tamaño de muestra:**

-Muestra de pacientes:

De un lado, para realizar el análisis de validación de los instrumentos de medida, se pretende conseguir una muestra que supere la ratio 10 sujetos por cada ítem de estudio (en un análisis de más de 300 estudios de validación de diferentes instrumentos de medida de la base de datos PsychINFO, se comprobó que el 78,6% de las investigaciones utilizaron una ratio menor a 20 sujetos por ítem, de los que sólo el 15,4 % utilizaron una ratio comprendida entre 10 y 20 sujetos por ítem²⁴²). De todos, el cuestionario "Confianza depositada en el profesional fisioterapeuta" es el que mayor número de ítems presenta tras el estudio de pilotaje: 18 ítems en total. Se necesita, por tanto, una muestra superior a 180 sujetos para cumplir la ratio sujetos/ítem propuesta.

De otro lado, se pretende correlacionar las variables de estudio: Información Terapéutica, Satisfacción y Confianza. Para ello se ha realizado una estimación del tamaño muestral, de manera que la muestra necesaria para encontrar una correlación de $R=0,20$ o superior, entre las variables nivel de información de los

usuarios y nivel de satisfacción y confianza, con una potencia de 0,90 y un nivel de significación de 0,05, sería de n=255 sujetos. Calculado mediante el programa ENE 2.0. Para garantizar la consecución de los objetivos se realiza el estudio sobre la muestra de mayor tamaño (n=255) y se aumenta en 65 sujetos para compensar posible pérdidas, resultando un tamaño final de 320 pacientes.

-Muestra de profesionales fisioterapeutas:

Atendiendo a uno de los objetivos de esta investigación que pretende relacionar la información terapéutica percibida por el paciente y la proporcionada por el correspondiente fisioterapeuta, se pretende que la muestra de profesionales esté constituida por todos los fisioterapeutas trabajadores de cada uno de los centros donde se realiza el estudio. Para realizar el análisis de validación del instrumento de medida "Cuestionario de Información Terapéutica Proporcionada", se precisa conseguir una muestra que supere la ratio 5-6 sujetos por cada ítem de estudio. (en el mismo análisis de los instrumentos de validación de la base de datos PsychINFO, anteriormente mencionado, se obtuvo que el 63,2% de los estudios utilizaron una ratio de menos de 10 sujetos por ítem, de los que más del 40% presentaron una ratio menor a 5 sujetos por ítem). Como el cuestionario se compone de 12 ítems, sería necesaria una muestra mínima de 72 fisioterapeutas para cumplir la ratio sujetos/ítem propuesta.

▪ **3.3.1.4. Método de muestreo**

-Muestreo de pacientes:

Se realizó un muestreo polietápico por conglomerados, tomando como unidad muestral el centro de fisioterapia (en la primera etapa) y en la segunda etapa, un muestreo sistemático de los pacientes de cada centro seleccionado.

-Se desconoce la proporción exacta de pacientes que acuden a centros públicos y privados de fisioterapia debido a la amplia diversidad de los mismos. Por ello, se planteó tomar el 50% de sujetos de la muestra de centros privados y el otro 50% de centros públicos, dividiéndose a su vez, este último porcentaje en 25 % de sujetos que acuden a servicios de fisioterapia de centros hospitalarios y otro 25% de pacientes que acuden a servicios de fisioterapia de centros de Atención Primaria.

Para obtener un marco muestral se creó un directorio con todos los centros públicos y privados que ofertan servicios de fisioterapia en Andalucía Oriental:

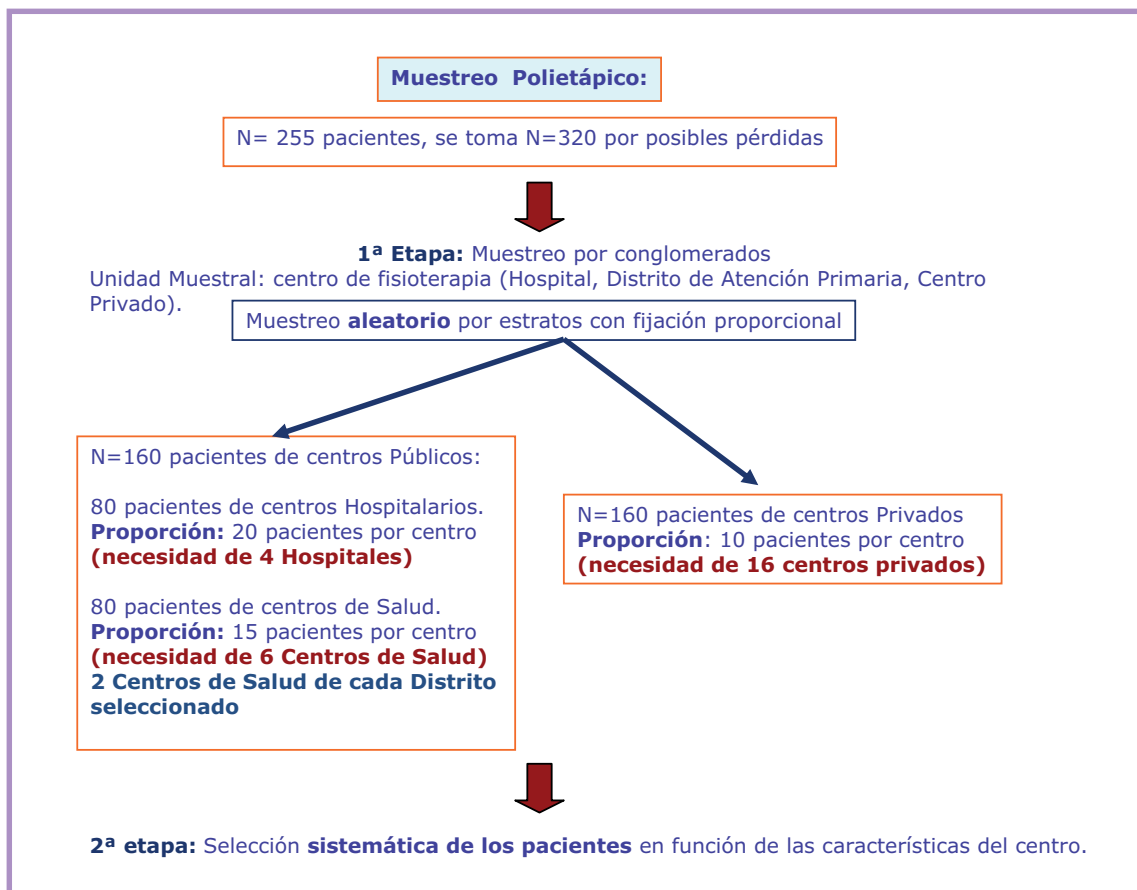
- El directorio de centros de fisioterapia privados se gestionó a través del Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía. Se obtuvo una base de datos con 311 centros privados de fisioterapia de las provincias de Andalucía Oriental.
- El directorio de centros públicos con servicio de fisioterapia (centros hospitalarios y centros de salud) se consiguió a través de la página de Internet del Servicio Andaluz de Salud de la Junta de Andalucía. De esta manera se obtuvo un directorio que incluyó 22 centros hospitalarios y 17 distritos de Atención Primaria (con los correspondientes centros de salud que contaban con servicio de fisioterapia que fueron 99) de las 4 provincias de Andalucía Oriental.

En la primera etapa se aplicaron técnicas de muestreo por estratos con fijación proporcional seleccionándose de forma aleatoria los centros finalmente participantes. Los estratos iniciales a considerar fueron: centros privados / centros públicos, y dentro de éstos, centros hospitalarios / distritos de Atención Primaria. De cada uno de los Distritos de Atención Primaria, se seleccionaron, también de forma aleatoria, 2 centros de salud que contaban con servicio de fisioterapia. Considerándose una muestra necesaria de 320 pacientes, 160 pacientes se seleccionaron de centros privados y 160 pacientes se seleccionaron de centros públicos (80 de centros hospitalarios y 80 de centros de salud)

La fijación proporcional que se consideró representativa de cada centro fue la siguiente:

- 10 pacientes por centro privado de Fisioterapia (por tanto, necesidad de 16 centros para conseguir una $n=160$)
- 20 pacientes por centro hospitalario (por tanto, necesidad de 4 centros para conseguir una $n=80$ pacientes)
- 15 pacientes por centro de salud (por tanto, necesidad de 6 centros para conseguir una $n=80$ pacientes)

Fig. 6. Resumen del tipo de muestreo



En la segunda etapa, tras la elección de centros participantes, se seleccionó de manera sistemática a aquellos pacientes que acudían a dicho servicio de fisioterapia y que cumplían los criterios de inclusión. En todos los centros públicos se seleccionó de manera consecutiva a los participantes desde que el servicio empezaba a funcionar a primera hora de la mañana hasta completar la proporción de sujetos estimada según el centro. En los centros privados de fisioterapia se seleccionó de forma consecutiva a los participantes que acudían un mismo día a ese servicio empezando en horario de mañana o tarde, según las características logísticas del centro, y hasta completar la proporción de muestra estimada.

-Muestra de fisioterapeutas:

Se aprovechó la organización estructural anterior y la visita a los centros para invitar a todos los fisioterapeutas de los correspondientes destinos, a participar en el estudio.

▪ **3.3.1.5. Centros Participantes:**

Todos los centros públicos inicialmente seleccionados participaron en el estudio (los 4 hospitales y los 6 centros de salud) y 3 de los 16 centros privados se excluyeron del mismo, uno de ellos por no querer participar, otro por tratarse de una Clínica de Fisioterapia Infantil y por tanto no cumplir sus pacientes con los criterios de inclusión de esta investigación (estos 2 centros fueron sustituidos por sus respectivos consecutivos en la base de datos inicial) y el último se excluyó por realizar de forma inadecuada la recogida de datos. Este último no fue sustituido y por ello se contó finalmente con 15 centros privados participantes.

Los 25 centros finalmente participantes fueron:

- CENTROS PÚBLICOS-ATENCIÓN ESPECIALIZADA (4 hospitales: 20 pacientes por centro):

- Complejo Hospitalario de Jaén (Jaén)
- Hospital San Agustín (Linares, Jaén)
- Hospital de Poniente (El Ejido, Almería)
- Hospital de Baza (Baza, Granada)

- CENTROS PÚBLICOS-ATENCIÓN PRIMARIA (6 centros de salud: 15 pacientes por centro; 2 centros de salud por cada distrito de Atención Primaria):

Distrito de Atención Primaria Jaén Norte

- Centro de salud Santisteban del Puerto (Santisteban del Puerto, Jaén)
- Centro de salud La Carolina "Purísima Concepción" (La Carolina, Jaén)

Distrito de Atención Primaria Almería

- Centro de salud Tabernas (Tabernas, Almería)
- Centro de salud Carboneras "El Lometico" (Carboneras, Almería)

Distrito de Atención Primaria Granada Nordeste:

- Centro de salud Huéscar (Huéscar, Granada)
- Centro de salud Alquife (Alquife, Granada)

- CENTROS PRIVADOS (15 centros: 10 pacientes por centro):

- Centro de Fisioterapia y Osteopatía Mágina (Jaén)
- Clínica de Fisioterapia y Osteopatía Alejandro Plaza Fernández (Linares, Jaén)
- Fisioclinic (Jaén)

- AXIS Centro de Fisioterapia (Jaén)
- Clínica Villar-Aragón (Úbeda, Jaén)
- Centro de Fisioterapia y Acupuntura Benahadux (Benahadux, Almería)
- FisioAlbox (Albox, Almería)
- Clínica de Fisioterapia Raxis (Albolote, Granada)
- Centro de Fisioterapia Patricia Peña (Granada)
- Clínica de Fisioterapia Alfacar (Alfacar, Granada)
- Clínica Fisiomarina (Almuñécar, Granada)
- Fisioterapia Encarnación Morales (Granada)
- Centro de Fisioterapia Carlos Buzo (Málaga)
- Fisiotel (La Carolina, Jaén)
- Clínica RC Fisioterapia (Vélez-Málaga, Málaga)

3.3.2. RECOGIDA DE DATOS

- **3.2.2.1. Aspectos éticos.** En primer lugar se contactó con las Comisiones Evaluadoras de los distintos Comités Éticos de los centros públicos seleccionados, 7 en total (Comité Ético de cada uno de los 4 hospitales y de cada uno de los 3 Distritos de Atención Primaria). Se presentó y defendió el estudio en tiempo y forma atendiendo a la normativa interna de funcionamiento de cada comisión y a las fechas de reunión de cada una de ellas. Tras una serie de trámites burocráticos y leves modificaciones del proyecto, todos saludaron favorablemente esta iniciativa investigadora permitiendo la realización del estudio. Los Anexos 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16 muestran la aprobación del estudio por parte de los distintos Comités Éticos.

También se contactó con los profesionales responsables de los centros y clínicas privadas de fisioterapia. Con el fin de obtener la autorización para el desarrollo del estudio, se concertó una entrevista en la que se presentó, explicó y aclaró el proyecto de investigación.

Una vez obtenidos todos los permisos se procedió a la recogida de datos.

- **3.2.2.2. Procedimiento:** Para todo el estudio realizado en los centros públicos, la investigadora principal se dirigió al centro en cuestión y, sin interrumpir la dinámica de trabajo del centro, seleccionó a los sujetos participantes del modo en el que se ha explicado anteriormente.

A todos los pacientes se les entregó una Hoja de Información y Consentimiento Informado (Anexo 17). Se les explicó el objetivo de la investigación, en qué consistía su colaboración, el tiempo que ello iba a tomarle (de 12 a 18 minutos), la voluntariedad, confidencialidad y anonimato de su participación y la posibilidad de abandono del estudio si no se encontraba cómodo/a con el mismo o simplemente decidía no seguir colaborando.

Una vez obtenido el consentimiento voluntario de querer participar, se les dio la opción de autocumplimentar los cuestionarios o rellenarlos a través de entrevista guiada en la sala de espera del servicio o en una sala apartada del lugar de trabajo que la mayoría de centros dispusieron para tal fin. Esta fue la opción elegida por la gran mayoría de participantes.

En relación al estudio en los centros privados, en 7 de los 15 centros participantes, se procedió con el mismo método y en el resto se contactó con una persona responsable del centro al que se le instruyó para obtener la recogida de datos del estudio de la misma manera (Hoja de instrucciones en el Anexo 18). Se incentivó a esta persona responsable entregándole un informe en el que se hacía constar su participación en la recogida de datos de esta Tesis Doctoral (Anexo 19).

De otro lado y de igual modo, a los sujetos participantes fisioterapeutas de ambos tipos de centros, públicos y privados, se les entregó una hoja de información del estudio (Anexo 20) y se les invitó a autocumplimentar el correspondiente cuestionario.

3.3.3. VARIABLES DE ESTUDIO E INSTRUMENTOS

3.3.3.1. Variables de estudio en los/as pacientes de los servicios de fisioterapia.

En la muestra de pacientes se analizaron las variables objetivo de esta investigación (Variables resultado: Información, Satisfacción y Confianza) y otras posibles variables influyentes en las mismas (Variables influyentes).

-Variables Resultado:

- **Información terapéutica percibida**

- Definición Operativa: se solicitó al/la paciente que cumplimentara (autocumplimentara o a través de entrevista) el cuestionario de "Información Terapéutica percibida por pacientes de fisioterapia".

- **Satisfacción con la atención en fisioterapia**

- Definición Operativa: se solicitó al/la paciente que cumplimentara (autocumplimentara o a través de entrevista) el cuestionario de "Satisfacción con el servicio de fisioterapia (MedRisk)".

- **Confianza en el profesional fisioterapeuta**

- Definición Operativa: se solicitó al/la paciente que cumplimentara (autocumplimentara o a través de entrevista) los cuestionarios de "Confianza en el profesional fisioterapeuta" y el cuestionario de confianza *WAKE FOREST* en versión española.

-Tras el análisis psicométrico de estos cuestionarios se obtendrá el número definitivo de ítems que configurarán la versión definitiva de los mismos.

-En el caso del cuestionario de información terapéutica, cada uno de sus ítems posee 4 alternativas de respuesta (variable cualitativa ordinal) y en el caso de los cuestionarios de satisfacción y confianza, cada uno de sus ítems posee 5 alternativas de respuesta.

Se decidió que cada ítem ponderara de igual manera en la puntuación total de cada uno de estos instrumentos de medida, de forma que se podía obtener una puntuación total mínima (mínima información terapéutica, mínima satisfacción y mínima confianza) correspondiente a la suma de las menores puntuaciones en cada uno de los ítems y una puntuación total máxima (máxima información terapéutica, máxima satisfacción y máxima confianza) que correspondería a la suma de las mayores puntuaciones de cada uno de los ítems de los correspondientes cuestionarios.

-Para una mejor comprensión de los resultados del estudio calculamos a partir de estas puntuaciones totales (que son variables cuantitativas bastante abstractas), un Índice que convertía en porcentaje la puntuación total de cada caso (Índice de información terapéutica, Índice de satisfacción e Índice de confianza).

-Finalmente, se categorizó este Índice en una nueva variable cualitativa ordinal que podía adoptar 4 categorías según se indica en la tabla 5.

Tabla 5. Categorización de las variables información, satisfacción y confianza a partir de sus correspondientes Índices.

PORCENTAJE DE LAS PUNTUACIONES TOTALES	CATEGORÍAS		
	(INFORMACIÓN CATEGORIZADA, SATISFACCIÓN CATEGORIZADA, CONFIANZA CATEGORIZADA)		
Del 0 al 25%	NINGUNA O ESCASA INFORMACIÓN	NINGUNA O ESCASA SATISFACCIÓN	NINGUNA O ESCASA CONFIANZA
Del 26% al 50%	POCA INFORMACIÓN	POCA SATISFACCIÓN	POCA CONFIANZA
Del 51% al 75%	BASTANTE INFORMACIÓN	BASTANTE SATISFACCIÓN	BASTANTE CONFIANZA
Del 76% al 100%	MUCHA INFORMACIÓN	MUCHA SATISFACCIÓN	MUCHA CONFIANZA

-Variables Influyentes:

- **Tipo de centro asistencial:**

-Definición operativa: se anotó el tipo de centro en el que se encontraba el/la paciente. Las posibles opciones eran: centro privado o centro público (Hospital o Centro de Salud).

Variables Sociodemográficas:

- **Edad:**

-Definición operativa: se preguntó por la edad en años.

Para una mejor comprensión de los resultados del estudio categorizamos esta variable cuantitativa y obtuvimos una nueva variable cualitativa ordinal que podía adoptar las siguientes categorías:

Tabla 6. Categorización de la variable edad

EDAD	CATEGORÍAS (EDAD CATEGORIZADA)
De 18 a 30 años	JÓVENES
De 31 a 50 años	ADULTOS JÓVENES
De 51 a 65 años	ADULTOS MAYORES
De 66 a 75 años	MAYORES
Más de 76 años	ANCIANOS

- **Género:**

-Definición operativa: se solicitó marcar la casilla M (mujer) ó V (varón)

▪ **Nivel de estudios:**

-Definición operativa: se preguntó por el grado de estudios que se clasificó en Sin estudios, Estudios Primarios, Estudios Secundarios o Estudios Superiores.

Otras variables:

▪ **Localización de la patología del paciente:**

-Definición operativa: se pidió al paciente que describiera brevemente su patología. Se clasificó, posteriormente, en las siguientes localizaciones: patología de columna cervical, patología de columna lumbar, patología de hombro, patología de codo-mano, patología de cadera, patología de rodilla-pie o patología neurológica que afecta al estado general.

▪ **Número aproximado de sesiones que ya se ha tratado:**

-Definición operativa: se preguntó por el número de sesiones.

-Para una mejor comprensión de los resultados del estudio categorizamos esta variable cuantitativa y obtuvimos una nueva variable cualitativa ordinal que podía adoptar 4 categorías tal como se indica en la tabla 7.

Tabla 7. Categorización de la variable número de sesiones

NÚMERO DE SESIONES	CATEGORÍAS (Nº SESIONES CATEGORIZADA)
De 0 a 10 sesiones	1
De 11 a 20 sesiones	2
De 21 a 50 sesiones	3
Más de 50 sesiones	4

NOTA: No se etiquetaron las diferentes categorías porque un mismo número de sesiones podía considerarse alto, bajo, adecuado, inadecuado ... en función de la gravedad y tipo de patología de que se tratara.

▪ **Tiempo aproximado que su fisioterapeuta le dedica en cada sesión:**

-Definición operativa: se preguntó por el tiempo (en minutos) que el fisioterapeuta le dedicaba al paciente. Se aclaró que sólo contaba la "dedicación directa, manual", el tiempo que el fisioterapeuta le dedicaba "en exclusiva", no la duración total de la sesión.

-Para una mejor comprensión de los resultados del estudio categorizamos esta variable cuantitativa y obtuvimos una nueva variable cualitativa ordinal que podía adoptar 4 categorías según se indica en la tabla 8.

Tabla 8. Categorización de la variable duración de la sesión

DURACIÓN DE LA SESIÓN	CATEGORÍAS (DURACIÓN SESIÓN CATEGORIZADA)
De 0 a 10 minutos	1
De 11 a 20 minutos	2
De 21 a 50 minutos	3
Más de 50 minutos	4

NOTA: No se etiquetaron las diferentes categorías porque un mismo tiempo de sesión podía considerarse alto, bajo, adecuado, inadecuado... en función de la gravedad y tipo de patología de que se tratara.

▪ **Dolor:**

-Definición operativa: se pidió al paciente que describiera su dolor actual en una escala del 0 al 10 en la que 0 equivale a "Ningún Dolor" y 10 a un "Dolor Insoportable".

-Para una mejor comprensión de los resultados del estudio categorizamos esta variable cualitativa ordinal en una nueva variable cualitativa ordinal simplificada que podía adoptar las 3 categorías que se indican a continuación (tabla 9):

Tabla 9. Categorización de la variable dolor

DOLOR	CATEGORÍAS (DOLOR CATEGORIZADO)
De 0 a 3	DOLOR LEVE
De 4 a 7	DOLOR MODERADO
De 8 a 10	DOLOR SEVERO

▪ **Percepción de mejora del estado de salud:**

-Definición operativa: se pidió al paciente que comparara su estado de salud actual respecto a cómo se encontraba antes de iniciar el tratamiento de fisioterapia. Se le solicitó que rodeara con un círculo la expresión que mejor definiera su estado, de entre las siguientes: 9="Muchísimo mejor", 8="Mucho mejor", 7="Mejor", 6="Algo Mejor", 5 "Igual", 4="Algo peor", 3="Peor", 2="Mucho peor", 1="Muchísimo peor".

-Para una mejor comprensión de los resultados del estudio categorizamos esta variable cualitativa ordinal en una nueva variable cualitativa ordinal simplificada que podía adoptar 5 categorías tal como se indica en la tabla 10.

Tabla 10. Categorización de la variable mejora del estado de salud

ESTADO DE SALUD	CATEGORÍAS (ESTADO CATEGORIZADO)
De 1 a 2	MUCHO PEOR
De 3 a 4	PEOR
5	IGUAL
De 6 a 7	MEJOR
De 8 A 9	MUCHO MEJOR

3.3.3.2. Variables de estudio en los/as profesionales fisioterapeutas.

En la muestra de fisioterapeutas se analizaron la variable objetivo de esta investigación (Variables resultado: Información Proporcionada) y otras posibles variables influyentes en la misma (Variables influyentes).

-Variable Resultado

- **Información terapéutica que proporciona a sus pacientes:**

-Definición Operativa: se solicitó que autocumplimentase el Cuestionario de Información Terapéutica para fisioterapeutas.

-De igual manera y con la misma justificación que su cuestionario homólogo (el Cuestionario de "Información Terapéutica percibida por los pacientes") en esta herramienta de medida también se obtuvo un índice porcentual y 4 categorías a partir del mismo (tabla 11).

Tabla 11. Categorización de la variable información terapéutica proporcionada

PORCENTAJE DE LAS PUNTUACIONES TOTALES	CATEGORÍAS (INFORMACIÓN PROPORCIONADA CATEGORIZADA)
Del 0 al 25%	NINGUNA O ESCASA INFORMACIÓN
Del 21% al 50%	POCA INFORMACIÓN
Del 51% al 75%	BASTANTE INFORMACIÓN
Del 76% al 100%	MUCHA INFORMACIÓN

-Variables Influyentes

Variables Sociodemográficas:

- **Edad**

-Definición operativa: se preguntó por la edad en años.

- **Género**

-Definición operativa: marcar la casilla M (mujer) ó V (varón)

Otras variables de estudio:

▪ **Centro de trabajo**

-Definición operativa: se requirió que marcarse una de estas opciones: centro público (hospital), centro público (centro de salud) o centro privado.

▪ **Años de carrera profesional**

-Definición operativa: se preguntó por el tiempo (en años) que llevaba ejerciendo la profesión de fisioterapia.

▪ **Duración de la sesión de tratamiento** (Tiempo aproximado que dedica al tratamiento de cada paciente)

-Definición operativa: se preguntó por el tiempo aproximado (en minutos) que destinaba a cada sesión de tratamiento. Se aclaró que se trataba del tiempo que, en exclusiva y de forma directa, le dedicaba a cada paciente. Esta variable se categorizó de igual manera (4 categorías) que la variable "duración de la sesión" preguntada a los/as pacientes (tabla 8).

Tabla 12. Resumen de las variables de estudio

Unidad de Estudio	Variables Resultado	Variables Influyentes
<p>Sujetos pacientes</p>	<p>-INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA.</p> <p>-SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA <i>(MedRisk)</i></p> <p>-CONFIANZA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA (cuestionario desarrollado en este estudio y <i>WAKE FOREST</i>)</p>	<p>-Tipo de centro asistencial (público: centro salud/ hospital o centro privado)</p> <p>-Edad</p> <p>-Género</p> <p>-Nivel de estudios</p> <p>-Localización de la Patología</p> <p>-Número de sesiones</p> <p>-Duración de la sesión de tratamiento.</p> <p>-Dolor</p> <p>-Percepción de mejora del estado de salud</p>
<p>Sujetos fisioterapeutas</p>	<p>-INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PROPORCIONADA</p>	<p>-Edad</p> <p>-Género</p> <p>-Centro de trabajo</p> <p>-Años de carrera profesional</p> <p>-Duración de la sesión de tratamiento</p>

3.3.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Los datos se recogieron en una hoja de extracción de datos confeccionada para tal fin. Se utilizó el programa estadístico SPSS v.19 para Windows. Se realizaron los siguientes análisis:

3.3.4.1. Análisis para la validación

En cada uno de los instrumentos de medida, se realizaron los siguientes análisis para la validación:

- ESTIMACIÓN DE LA CAPACIDAD DISCRIMINANTE DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS QUE COMPONEN EL CUESTIONARIO:

-Frecuencia de endose (% de respuestas que se acumularon en cada una de las alternativas de respuesta posible) que nos permitió conocer el porcentaje de contestación para cada una de las respuestas del ítem y si todas las alternativas tenían representación.

-Coeficiente de correlación de Pearson. Se relacionó cada ítem con la variable "Puntuación total" del cuestionario en cuestión que era una variable cuantitativa resultante de la sumatoria de la respuestas a los ítems en cada sujeto. Por ello la puntuación de cada ítem debía estar relacionada fuertemente con la puntuación total del cuestionario al que pertenecía. El valor de referencia se fijó en 0.30. Los ítems con valores por debajo de 0.30 se rechazaron.

- VALIDEZ:

El término validez se refiere a la utilidad científica de un instrumento de medida en el que puede establecerse ampliamente qué tan bien mide lo que pretende medir²⁴³.

Para cada instrumento, se analizó:

- VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Se trata de descubrir la estructura subyacente de los datos, cómo se comportan y cuántos factores podrían determinarse en cada uno de los instrumentos de medida.

Se estableció, a priori, la unidimensionalidad de los cuestionarios de información terapéutica (tanto el destinado a pacientes como el destinado a fisioterapeutas), la unidimensionalidad de los cuestionarios de confianza, tanto el cuestionario *WAKE FOREST* (al igual que la versión original) como el cuestionario de confianza elaborado en

este estudio, y la multidimensionalidad (3 factores) del cuestionario de satisfacción *MedRisk* (similar al original e igual a la estructura obtenida del estudio de validación en el hospital de Sevilla).

Las pruebas estadísticas analizadas para realizar la Validez de constructo fueron:

-Análisis Factorial Exploratorio:

Para ello se llevaron a cabo las siguientes etapas:

- Cálculo y examen de la matriz de correlaciones. El objetivo era la obtención de factores que pudieran explicar las correlaciones observadas. Siempre es condición imprescindible que los ítems que se analizan estén correlacionados. La comprobación de esta condición se realizó a través de dos indicadores:
 - Test de esfericidad de Barlett. Se utilizó para probar la hipótesis nula que afirma que los ítems no están correlacionados. La hipótesis nula debía de ser rechazada ($p < 0,05$), ya que si no, no hay ítems correlacionados y habría que reconsiderar el uso del Análisis Factorial.
 - Índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Este índice compara las magnitudes de los coeficientes de correlación observados con las magnitudes de los coeficientes de correlación parcial. Un índice KMO superior a 0,90 es muy bueno, meritorio si está por encima de 0,80, mediano si supera el 0,70, mediocre alrededor de 0,60 y no es aceptable por debajo de 0,50. Se calculó para todos los instrumentos.
- Aplicación del método de componentes principales. Se construyeron factores a partir de las correlaciones observadas en los datos.
- Rotación de los factores: cuando se obtuvo más de un factor, se procedió a la rotación de los mismos ya que las rotaciones colocan a las variables más cerca de los factores diseñados para explicarlas, concentran la varianza de las variables en menos factores y, en general, proporcionan un medio para facilitar la interpretación de la solución factorial obtenida. Aunque hay distintos tipos de rotaciones, para este estudio se estipuló realizar el método de rotación Normalización Varimax con Kaiser, ya que ofrece resultados más claros.

- Interpretación de los factores: durante esta etapa se estudió la composición de las cargas factoriales significativas de cada factor. Cuanto más varianza total explique un factor, será mejor. Con relación a la cantidad de factores a conservar, se aplicaron diferentes criterios:

-Un método muy empleado es la regla Kaiser-Guttman de extracción de factores con eigenvalues (valores propios o autovalores) por encima de 1. Los autovalores expresan el porcentaje de varianza explicada por cada factor, con relación al total de la varianza de las variables iniciales. Otro criterio es el porcentaje de varianza explicada por la estructura factorial emergente. Se recomienda que la solución factorial explique, aproximadamente, un 50 % de la variabilidad total del test y que cada uno de los factores aporte una variabilidad aceptable. Otro de los criterios de selección de factores más empleados es el denominado scree test o scree plot. Este gráfico despliega la relación entre los eigenvalues y los factores, identificando el número de factores que se deberían extraer.

Para este estudio, se tuvieron en cuenta todos los criterios descritos para aceptar la estructura final de cada uno de los instrumentos de medida.

-Análisis Factorial Confirmatorio:

Con el fin de verificar la estructura dimensional y comprobar la confirmación de teorías, se realizó el análisis factorial confirmatorio de los instrumentos de medida elaborados y desarrollados en este estudio, es decir, de los originales de esta investigación. Esto es:

- Cuestionario de "Información Terapéutica Percibida por los pacientes de fisioterapia".
- Cuestionario de "Información Terapéutica Proporcionada por los fisioterapeutas".
- Cuestionario de "Confianza depositada en el profesional fisioterapeuta".

De igual modo, y con el fin de verificar la concordancia con los estudios originales, se realizó el análisis factorial confirmatorio de los otros 2 cuestionarios no originales: *MedRisk* (satisfacción) y *WAKE FOREST* (confianza).

Se utilizó el programa informático LISREL v 8.8

Se tuvieron en cuenta las siguientes características de “ajuste ideal” en un modelo de medida²⁴⁴:

Tabla 13. Características de ajuste ideal en el análisis factorial confirmatorio.

RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)	Inferior a 0.08
RMR (Root Mean Square Residual)	Inferior a 0.08, mejor mientras más próximo a 0.00.
NFI (Normed Fit Index) Y CFI (Comparative Fit Index)	Deberían ser superiores a 0.95; mejor cuanto más próximos a 1.00
GFI (Goodness of Fit Index)	Debe de superar el valor de 0.90
AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index)	Debe de superar el valor de 0.90
Índice χ^2 relativo (Razón χ^2 /g.l)	Debería ser inferior a 5.

No se consideró el estadístico Chi-cuadrado porque es una prueba muy sensible al tamaño de muestra y en todos los casos la muestra es relativamente pequeña.

○ VALIDEZ DE CRITERIO

La validez de criterio establece la validez de un instrumento de medición comparándola con algún criterio. Cuando el criterio se fija en el presente, se habla de Validez concurrente.

-El cuestionario de confianza *WAKE FOREST* se tomó como criterio del cuestionario de “Confianza depositada en el profesional fisioterapeuta” y se analizó la correlación entre ambos mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

○ FIABILIDAD (estabilidad):

La fiabilidad de un cuestionario hace referencia a su capacidad de reproducir los mismos resultados en condiciones de aplicación similares.

Para estimar la fiabilidad, evaluamos la consistencia interna u homogeneidad del instrumento.

- La fiabilidad se valoró calculando el coeficiente Alpha de Cronbach para el total de los ítems de cada cuestionario y para cada una de las dimensiones del cuestionario de satisfacción *MedRisk*.
- Se analizó la correlación de cada elemento con el total de la escala y el coeficiente Alpha si se eliminara cada uno de los ítems.

3.3.4.2. Análisis descriptivo (características de la muestra)

- **Análisis descriptivo de las variables influyentes:**

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de todas las variables influyentes de ambas muestras (pacientes y fisioterapeutas) en la muestra global:

-En la muestra de pacientes se analizó la distribución de la muestra total en función del tipo de centro asistencial, de la edad, género, nivel de estudios, localización de la patología, número de sesiones, duración de la sesión, dolor y mejora del estado actual. Asimismo, se realizó la descripción de todas estas variables teniendo en cuenta el tipo de centro (centro privado/ centro de salud/ hospital).

-En la muestra de fisioterapeutas, se analizó la distribución de la muestra total en función del tipo de centro asistencial, de la edad, género, años de ejercicio profesional y duración de la sesión. Asimismo, se realizó la descripción de todas estas variables teniendo en cuenta el tipo de centro (centro privado/ centro de salud/ hospital).

Tabla 14. Esquema del análisis descriptivo de la muestra. Descripción de las variables influyentes

Unidad de Estudio	VARIABLES ANALIZADAS	VARIABLES ANALIZADAS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE CENTRO
Muestra total de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> -Tipo de centro asistencial -Edad -Género -Nivel de Estudios -Localización de la patología -Número de sesiones. -Duración de la sesión de tratamiento. -Dolor -Percepción de mejora del estado de salud 	<ul style="list-style-type: none"> -Tipo de centro y edad -Tipo de centro y género. -Tipo de centro y nivel de estudios -Tipo de centro y localización de la patología -Tipo de centro y número de sesiones. -Tipo de centro y duración de la sesión de tratamiento. -Tipo de centro y dolor -Tipo de centro y mejora del estado de salud.
Muestra total de fisioterapeutas	<ul style="list-style-type: none"> -Tipo de centro asistencial -Edad -Género -Años de carrera profesional. -Tiempo de la sesión de tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> -Tipo de centro y edad -Tipo de centro y género -Tipo de centro y años de carrera profesional. -Tipo de centro y duración de la sesión de tratamiento.

En el caso de variables cualitativas se calcularon la distribución de frecuencias y porcentajes para cada categoría y para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana...), de dispersión (desviación estándar, Rango...) y se realizaron pruebas de normalidad (prueba de Kolmogorov-Smirnoff).

Al analizar estas variables por tipo de centro, se realizaron los contrastes de hipótesis correspondientes:

- Para la comparación entre variables categóricas se utilizó el estadístico Chi Cuadrado de Pearson.
- Para la comparación entre variables dicotómicas y cuantitativas (con distribución Normal) se utilizó como contraste el proporcionado por el estadístico t de Student.
- Para la comparación entre variables dicotómicas y cuantitativas (con distribución No Normal) se utilizó como contraste el proporcionado por el estadístico U de Mann-Whitney.
- Para la comparación entre variables categóricas policotómicas y cuantitativas (con distribución Normal) se utilizó como contraste el proporcionado por el análisis ANOVA.
- Para la comparación entre variables categóricas policotómicas y cuantitativas (con distribución No Normal) se utilizó como contraste el proporcionado por el estadístico Kruskal-Wallis.

- **Análisis descriptivo de las variables resultado:**

En relación a las variables resultado (Información, Satisfacción y Confianza) se describieron las puntuaciones totales de la muestra de cada uno de los instrumentos de medida y también se realizó por tipo de centro. Se analizaron los estadísticos descriptivos de cada uno de los ítems para obtener el mejor y peor valorado en la muestra total.

3.3.4.3. Análisis para la exploración de la existencia de relaciones entre las variables de estudio.

-Análisis bivalente de las variables resultado.

Se realizó el análisis bivalente para contrastar la dependencia/independencia entre las distintas variables de estudio.

Se contrastaron cada una de las variables resultado con cada una de las variables influyentes. Se utilizó, para una mejor visualización de los resultados y para una mejor exposición de gráficos, las variables resultado categorizadas (4 categorías): información categorizada, satisfacción (*MedRisk*) categorizada y confianza categorizada tal como se han presentado anteriormente.

De otro lado, también se utilizaron para el contraste, las variables influyentes categorizadas: género (2 categorías), edad categorizada (5 categorías), nivel de estudios (4 categorías), localización de la patología (7 categorías), número de sesiones categorizada (4 categorías), duración de la sesión categorizada (4 categorías), dolor categorizado (3 categorías), estado categorizado (5 categorías) tal como se han presentado anteriormente.

- Para la comparación entre variables categóricas se utilizó el estadístico Chi Cuadrado de Pearson.

Tabla 15. Esquema del análisis bivalente de las variables resultado

Unidad de Estudio	Variables Resultado	Variables Influyentes
Sujetos pacientes	<p>-INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA CATEGORIZADA ("Escasa o Ninguna", "Poca", "Bastante", "Mucha")</p> <p>-SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA CATEGORIZADA ("Escasa o Ninguna", "Poca", "Bastante", "Mucha")</p> <p>-CONFIANZA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA CATEGORIZADA ("Escasa o Ninguna", "Poca", "Bastante", "Mucha")</p>	<p>-Tipo de centro asistencial (público: centro salud/ hospital o centro privado)</p> <p>-Edad categorizada ("Jóvenes", "Adultos Jóvenes", "Adultos Mayores", "Ancianos")</p> <p>-Género ("Mujeres", "Hombres")</p> <p>-Nivel de estudios ("Sin estudios", "Primaria", "Secundaria", "Superiores")</p> <p>-Localización de la patología ("Cervical", "Lumbar", "Hombro", "Codo-Mano", "Cadera", "Rodilla-Pie", "Pat. Neurológica")</p> <p>-Número de sesiones categorizada ("0-10", "11-20", "21-50", ">50")</p> <p>-Duración de la sesión de tratamiento categorizada ("0-10 min.", "11-20 min.", "21-50 min.", ">50 min.")</p> <p>-Dolor categorizado ("leve", "Moderado", "Severo")</p> <p>-Percepción de mejora del estado de salud actual categorizado ("Mucho Peor", "Peor", "Igual", "Mejor", "Mucho Mejor")</p>
Sujetos fisioterapeutas	<p>-INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PROPORCIONADA CATEGORIZADA ("Escasa o Ninguna", "Poca", "Bastante", "Mucha")</p>	<p>-Tipo de centro asistencial (público: centro salud/ hospital o centro privado)</p> <p>-Género ("Mujeres", "Hombres")</p> <p>-Edad (en años)</p> <p>-Años de carrera profesional (en años)</p> <p>-Duración de la sesión de tratamiento categorizada ("0-10 min.", "11-20 min.", "21-50 min.", ">50 min.")</p>

-Análisis multivariante de las variables resultado

Con el objetivo de analizar factores asociados a las variables principales de este estudio (información terapéutica percibida por los pacientes, satisfacción con la atención en fisioterapia y confianza en el profesional fisioterapeuta) y controlar posibles efectos confundentes y de interacción, se realizó un análisis multivariante mediante un modelo de Regresión logística binaria para cada una de estas variables resultado. Se pretendió evaluar los factores que presumiblemente estaban relacionados con la variable resultado en cuestión y conocer su efecto de forma ajustada.

Para ello, se categorizaron las variables resultado información, satisfacción y confianza (previamente convertidas en variables policotómicas con 4 valores: ninguna o escasa, poca, bastante o mucha...) en dos nuevas categorías:

- Mucha (información percibida, satisfacción o confianza). Por tanto, puntuación igual o superior al percentil 75 del cuestionario en cuestión.
- Bastante, poca o ninguna (información percibida, satisfacción o confianza). Por tanto, puntuación inferior al percentil 75 del cuestionario en cuestión.

A estas nuevas variables se les denominó respectivamente: Información Dicotómica, Satisfacción Dicotómica y Confianza Dicotómica.

Se realizó un nuevo análisis bivariante con estas nuevas variables dicotómicas y el resto de variables del estudio.

En cada una de estas nuevas variables resultado dicotómicas, se establecieron 2 modelos de análisis multivariante:

- Modelo 1: incluyó a las variables influyentes que obtuvieron significación en el análisis bivariante previamente realizado.
- Modelo 2: incluyó, además de las anteriores, las otras dos variables resultado dicotómicas para comprobar su influencia en la variable estudiada en cuestión. Por ejemplo, este Modelo 2 para el estudio de la variable Información Dicotómica incluía, además de las variables influyentes significativas, a las variables Satisfacción Dicotómica y Confianza Dicotómica.

Se utilizó la prueba estadística de R^2 de Nagelkerke, que puede tomar valores entre 0 y 1, para expresar el porcentaje de variabilidad explicada por cada modelo.

-Correlaciones

Se analizó el nivel de asociación a través del coeficiente de correlación de Spearman entre las siguientes variables cuantitativas (puntuaciones totales de los distintos instrumentos de medida):

- Nivel de información terapéutica percibida por el paciente y nivel de información proporcionada por el fisioterapeuta. (Esta correlación se realizó por centros de tratamiento y a partir de los Índices porcentuales de las puntuaciones totales)
- Nivel de información terapéutica percibida por el paciente y nivel de satisfacción global.
- Nivel de información terapéutica percibida por el paciente y nivel de confianza en el profesional fisioterapeuta.
- Nivel de satisfacción global y nivel de confianza en el profesional fisioterapeuta.
- Se realizaron correlaciones parciales controlando por cada una de las principales variables de estudio: información, satisfacción y confianza para comprobar el grado de relación lineal entre 2 de estas variables cuando se elimina de ambas el efecto atribuible a la tercera.
- El nivel de significación utilizado en todo el análisis fue 0,05.

RESULTADOS

4.-RESULTADOS

4.1. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 1. ELABORAR Y VALIDAR UN INSTRUMENTO DE MEDIDA (CUESTIONARIO) QUE PERMITA CONOCER EL NIVEL DE INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE FISIOTERAPIA.

4.1.1. Resultados de la Fase 1. Conceptualización y desarrollo de los ítems del cuestionario.

Se realizó una revisión profunda de la literatura que justificó los ítems finalmente incluidos en el cuestionario atendiendo a estudios cualitativos que han investigado el fenómeno de información sanitaria y a estudios cuantitativos de validación de instrumentos de satisfacción y calidad asistencial que incluyen ítems para medir el nivel de información terapéutica^{73-75,84-90,102,104,189}.

Asimismo, se revisó el amplio marco legal que regula el derecho a la información sanitaria en todo el territorio nacional²⁰¹⁻²²⁰ y se analizó la normativa en relación a este concepto presente en todos los Códigos Deontológicos de los 17 Colegios Profesionales de Fisioterapeutas de nuestro país²²¹⁻²³⁷.

En el contexto legal del concepto, al margen de las dos leyes de ámbito nacional (Ley General de Sanidad y Ley de Autonomía del Paciente de 41/2002) que regulan los preceptos más importantes de la información terapéutica, previas a ellas y también posteriores se han ido promulgando leyes, en las diferentes comunidades autónomas, que regulan este ámbito. Se identificaron cada una de estas leyes, se estudiaron y se resaltó, de cada una de ellas, los artículos o párrafos más relevantes que se relacionan con la información terapéutica.

En el Anexo 1 se especifican estas leyes autonómicas y los artículos que hacen mención al derecho de información.

Del mismo modo, se identificó y resaltó de cada uno de los Códigos Deontológicos de los 17 Colegios Oficiales de Fisioterapeutas, los artículos o párrafos que hacen referencia al deber de informar (Anexo 1).

Con todo, se elaboró la versión inicial del cuestionario.

4.1.2.- Resultados de la Fase 2. Validación por expertos. Método Delphi

Se siguieron todos los pasos que se indican en el apartado de metodología desarrollándose las distintas versiones del cuestionario.

-Para el desarrollo de la versión que se sometió al estudio de validación, versión 3 del cuestionario (Anexo 4), se volvieron a redactar algunos ítems utilizando un lenguaje más claro. Para ello nos apoyamos en el *test de legibilidad de Fernández Huerta*. Los 12 ítems de esta versión obtuvieron un valor de 74,5 en esta prueba (lectura fácil).

-Esta versión del cuestionario se sometió al juicio de 14 expertos siguiendo el esquema de trabajo propuesto en el apartado de metodología (Método Delphi). Todos los expertos consideraron que los ítems eran claros y evaluaron positivamente la adecuación de las distintas alternativas de respuesta.

-Se calculó el Índice de Validez de Contenido para cada ítem. Todos los valores quedaron por encima de 0,7 por lo que no hubo que eliminar ningún ítem (puede observarse en la tabla 16). El Índice medio de Validez de Contenido de todo el cuestionario fue 0,94 con una desviación estándar de 0,07.

Tabla 16. Índice de Validez de Contenido (IVC) de cada uno de los ítems del cuestionario información terapéutica percibida por el paciente. Valoración por 14 jueces-expertos.

Nº Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
IVC	1,00	0,93	0,93	1,00	0,93	0,93	0,93	1,00	1,00	0,79	0,86	1,00

Con todo, esta versión del cuestionario (versión 3, Anexo 4) se presentó al pilotaje de la Fase 3 de este estudio.

4.1.3.- Resultados de la Fase 3. Prueba piloto. Ajuste del cuestionario.

La batería de ítems de este cuestionario se sometió al pilotaje de 15 pacientes a los que se les entrevistó siguiendo el esquema de preguntas estructuradas que se presenta en el apartado de metodología. Todos los pacientes consideraron que las preguntas eran claras, que no sobraba ninguna, que no modificarían ninguna, manifestaron sentirse cómodos con la entrevista y consideraron que el tiempo necesario en responder al cuestionario era normal, ni demasiado largo ni corto.

De todos los entrevistados, 7 propusieron cambiar la alternativa de respuesta de los primeros 8 ítems. En concreto, se cambió la segunda alternativa de respuesta a un formato más claro y más ajustado a las respuestas de los pacientes, tal como se indica en la siguiente tabla:

Tabla 17. Cambio en la alternativa de respuesta de los 8 primeros ítems del cuestionario información percibida

Alternativas de respuesta inicial	Alternativas de respuesta propuesta
-Sí, de manera muy clara,	-Sí, de manera muy clara,
-Sí, pero no lo he entendido.	-Sí, de manera aproximada.
-Sólo ha mencionado algo al respecto	-Sólo ha mencionado algo al respecto
-No	-No

A continuación, se llevó a cabo el pilotaje en una muestra de 58 pacientes seleccionados por conveniencia. Se procuró que estuvieran representados los diferentes tipos de centros asistenciales: centros privados, centros de salud (Atención Primaria) y centros hospitalarios (Atención Especializada), además de seleccionar pacientes de diferente género, nivel de estudios y edad.

En esta muestra se evaluaron todas las variables que posteriormente formaron parte del estudio de campo en una muestra amplia. Además de pilotar todos los cuestionarios destinados a pacientes, también se midieron las variables: edad, género, nivel de estudios, número de sesiones ya tratadas, duración aproximada de la sesión, localización de la patología de la que estaba siendo tratado/a, dolor y mejora del estado de salud en comparación con el inicio del tratamiento.

Las características de esta muestra piloto se encuentran reflejadas en la tabla 18.

Tabla 18. Características de la muestra piloto (pacientes)

	Total (n=58)	CENTRO PRIVADO: -Clínica Fisiosur (n=20)	CENTRO DE SALUD: -Centro de Salud de Torredelcampo (n=19)	HOSPITAL -Servicio de Fisioterapia del Complejo Hospitalario de Jaén (n=19)
Edad (en años) *	51,12±16,91 (18-81)	48,75±16,37 (22-76)	54,79±19,22 (18-81)	49,95 ±15,23 (26-72)
Mujeres (%)	53,4	60	52,6	47,4
Nivel de estudios (%)				
-Sin estudios	25,9	25	36,8	15,8
-Primaria	24,1	20	21,1	31,6
-Secundaria	31	25	36,8	31,6
-Superiores	19	30	5,3	21,1
Nº Sesiones ya realizadas *	14,31±12,39 (5-70)	11,50±6,16 (6-25)	9,37±5,1 (5-22)	22,21±7,87 (5-70)
Duración sesión (en minutos)	21,83±11,66 (5-45)	36,25±6,66 (25-45)	15,63±3,54 (10-25)	12,84±3,81 (5-20)
Localización patología (%)				
-PAT. CERVICAL	10,3	15	15,8	0
-PAT. LUMBAR	27,6	15	21,1	15,8
-PAT. HOMBRO	22,4	25	21,1	21,1
-PAT. CODO-MANO	15,5	15	10,5	21,1
-PAT. CADERA	6,9	10	0	10,5
-PAT. RODILLA-PIE	27,6	20	31,6	31,6
-PAT. NEUROLÓGICA	0	0	0	0
Dolor* 0=Ningún dolor y 10= Dolor insoportable	6,16±2,22 (1-10)	5,70±1,86 (3-9)	7,47±1,95 (4-10)	5,32±2,31 (1-9)
Estado actual* 1=Muchísimo peor, 9=Muchísimo mejor	6,97±1,58 (4-9)	7,35±1,49 (4,9)	6,32±1,37 (4-9)	7,21±1,75 (4-9)

*Media±desviación estándar y (rango)

Se obtuvieron los primeros datos psicométricos de este cuestionario. Se analizó la fiabilidad del cuestionario a través del coeficiente alfa de Cronbach que fue de 0,94 y se obtuvo la Matriz de correlación inter-ítem para comprobar los valores de los coeficientes de

correlación. En este último sentido, todos los ítems excepto el ítem 10 obtuvieron valores de correlación por encima de 0,30. (Anexo 21). A pesar de ello, se consideró mantener este ítem en el estudio de validación.

Con todo, quedó concluida la versión del cuestionario que se sometió posteriormente a una muestra amplia.

4.1.4. Resultados de la Fase 4. Validación en una muestra amplia.

Participaron en el estudio un total de 333 pacientes, 170 pacientes (51 % del total) procedían de centros públicos (82 pacientes de centros de Atención Especializada y 88 de centros de Atención Primaria) y 163 pacientes (49 % del total) procedían de centros privados de fisioterapia. Los criterios de inclusión de los participantes, el cálculo del tamaño muestral, tipo de muestreo y recogida de datos se explican en el apartado de metodología. Las características de esta muestra amplia se recogen en el apartado 4.5.1. Caracterización general de la muestra de pacientes. Resultados para el análisis descriptivo univariante.

ESTIMACIÓN DE LA CAPACIDAD DISCRIMINANTE DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS QUE COMPONEN EL CUESTIONARIO:

-Frecuencia de endose: Como se refleja en la tabla 19, todas las alternativas de respuesta estaban representadas en los datos. La frecuencia de endose osciló entre 5 (1,5%) de la alternativa de respuesta "No conozco ninguno de esos aspectos" del ítem 9 ("9.- ¿Conoce usted la identidad (nombre, horario de trabajo y cómo localizarlo telefónicamente) del fisioterapeuta que le está atendiendo?") y 199 (59,8%) de la alternativa de respuesta "Sí, conozco todos esos aspectos" del mismo ítem.

Tabla 19. Frecuencia de endose para cada alternativa de respuesta de los ítems del cuestionario información terapéutica percibida por el paciente.

Nº Ítem/Alternativa respuesta	Sí, de manera muy clara	Sí de manera aproximada	Sólo ha mencionado algo al respecto	No
Ítem 1 Su fisioterapeuta... <i>"Le ha especificado su diagnóstico de fisioterapia?"</i>	163	95	44	31
Ítem 2 <i>"¿Le ha explicado la causa de su patología?"</i>	139	97	46	51
Ítem 3 <i>"¿Le ha explicado los síntomas de su patología?"</i>	145	104	41	43

Ítem 4 "¿Le ha explicado las técnicas utilizadas en su tratamiento?"	155	98	58	22
Ítem 5 "¿Le ha explicado otras alternativas de tratamiento?"	78	116	45	94
Ítem 6 "¿Le ha explicado los posibles riesgos que pueden ir asociados al tratamiento (dolor, fatiga...)?"	125	88	60	60
Ítem 7 "¿Le ha explicado los ejercicios o medidas que usted debe de realizar en su domicilio o en su trabajo necesarios para ayudar al tratamiento?"	165	82	42	44
Ítem 8 "¿Le ha explicado los resultados que obtendrá con su tratamiento?"	120	108	54	51

Nº Ítem/Alternativa respuesta	Sí, conozco todos esos aspectos	Sí, conozco dos de los aspectos anteriores	Sólo conozco uno de los aspectos anteriores	No conozco ninguno de esos aspectos.
Ítem 9 "¿Conoce usted la identidad (nombre, horario de trabajo y cómo localizarlo telefónicamente) del fisioterapeuta que le está atendiendo?"	199	95	34	5

Nº Ítem/Alternativa respuesta	Conozco el número exacto de sesiones	Conozco el número aproximado de sesiones.(una arriba ó abajo)	Tan sólo me han dicho que mi tratamiento será: corto ó largo.	No tengo idea acerca de la duración de mi tratamiento.
Ítem 10 Su fisioterapeuta... ¿Le ha especificado la duración de su tratamiento de fisioterapia?	75	149	84	25

Nº Ítem/Alternativa respuesta	-Sí, he firmado el formulario de Consentimiento Informado. (CONSENTIMIENTO ESCRITO)	-Sí, he consentido verbalmente (de palabra) el tratamiento. (CONSENTIMIENTO VERBAL)	-Se ha mencionado que debería consentir ó autorizar el tratamiento pero no he llegado a hacerlo.	-No, ni siquiera se ha mencionado nada a este respecto.
Ítem 11 "¿Se ha solicitado su consentimiento sobre las medidas que se le van a aplicar en Fisioterapia?"	80	42	191	20

Nº Ítem/Alternativa respuesta	Muy adecuada	Bastante adecuada	Poco adecuada	Nada adecuada
Ítem 12 <i>"Valore, en términos generales, la información terapéutica que ha recibido del profesional fisioterapeuta que lo/la atiende"</i>	133	123	63	14

-Coeficiente de correlación de Pearson de cada ítem con la variable "Puntuación total" del cuestionario. Los valores se muestran en la tabla 20. Cabe destacar que todos los ítems obtuvieron valores por encima del valor de referencia (0,30) a excepción del ítem 10 ("10.- ¿Le ha especificado la duración de su tratamiento de fisioterapia?") cuyo valor fue 0,239. Todos los resultados fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Tabla 20. Coeficiente de correlación de Pearson de cada ítem con el total.

Nº Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
R (N=333)	,866	,858	,911	,821	,785	,838	,807	,882	,579	,239	,628	,829
Sig	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

VALIDEZ DE CONSTRUCTO

-Análisis Factorial Exploratorio

Se utilizó el análisis factorial como procedimiento metodológico para la validación de constructo.

El objetivo de este análisis era descubrir la estructura subyacente de los datos, cómo se comportaban y cuántos factores se establecían. Al no existir en la literatura ningún cuestionario similar de referencia y al ser la información una de las dimensiones de la calidad asistencial²⁴⁵, pero en sí misma se desconocen las dimensiones que pueda poseer, se estableció a priori, la unidimensionalidad de este atributo.

En primer lugar se realizaron las pruebas de Kaiser Meyer Olkin (KMO) y de esfericidad de Bartlett para contrastar la adecuación de utilizar el análisis factorial.

La prueba KMO arrojó un valor de 0,952 y la prueba de esfericidad de Bartlett tuvo un valor de significación cercano a 0. Por tanto, quedó recomendado el uso del análisis factorial.

El análisis de componentes principales presentó 2 factores que explicaban el 69% del total de la varianza. Ambos factores mostraron un eigenvalue >1 pero uno de ellos sólo explicaba el 8,7 % del total de la varianza. Además, sólo un ítem (el ítem 10) era el único que cargaba en este factor. (Anexo 22)

Por todo este análisis psicométrico (escasa correlación con la puntuación total y análisis de componentes principales) y siguiendo el principio de parsimonia, se decidió que el ítem 10 (*"Información acerca de la duración del tratamiento"*) se eliminaba del cuestionario. Ya se apuntaba hacia esta decisión en el estudio piloto. Además, era el ítem que menos apoyo tenía en la bibliografía, y el que fue peor valorado por los expertos.

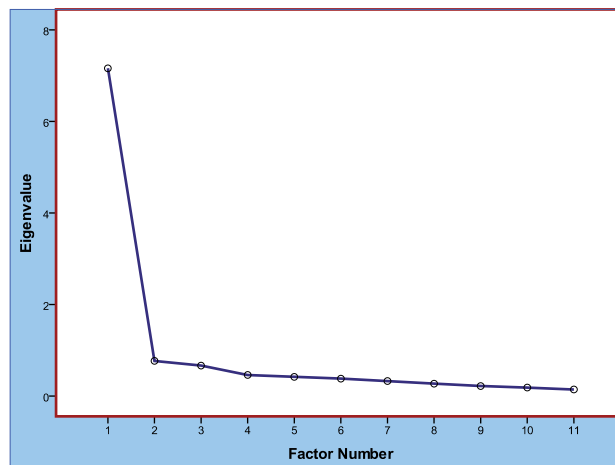
Se decidió eliminar el ítem 10 y realizar, de nuevo, todo el proceso estadístico.

La prueba KMO volvió a arrojar valores altos (0,956) lo que indicaba alta intercorrelación entre las variables y la prueba de esfericidad de Bartlett volvió a ser significativa ($p < 0,0001$).

Se utilizó como método de extracción el análisis de componentes principales que ahora arrojó un sólo factor que explicaba el 65,09 % de la varianza total (Anexo 23).

El gráfico de sedimentación o scree plot (fig.7) indicaba la selección de un sólo factor (presentaba un sólo codo).

Fig. 7. Gráfico de sedimentación del cuestionario información terapéutica percibida



Todos los ítems cargaban en este factor con valores absolutos por encima de 0,70, excepto los ítems 9 y 11 que cargaban con valores por encima de 0,57 considerándose también estos valores importantes (tabla 21)

Tabla 21. Carga de cada uno de los ítems al factor.

	Componente
	1
Ítem 1 SU FISIOTERAPEUTA: "Le ha especificado su diagnóstico de fisioterapia?"	,873
Ítem 2 <i>"¿Le ha explicado la causa de su patología?"</i>	,859
Ítem 3 <i>"¿Le ha explicado los síntomas de su patología?"</i>	,915
Ítem 4 <i>"¿Le ha explicado las técnicas utilizadas en su tratamiento?"</i>	,827
Ítem 5 <i>"¿Le ha explicado otras alternativas de tratamiento?"</i>	,775
Ítem 6 <i>"¿Le ha explicado los posibles riesgos que pueden ir asociados al tratamiento (dolor, fatiga...)"</i>	,834
Ítem 7 <i>"¿Le ha explicado los ejercicios o medidas que usted debe de realizar en su domicilio o en su trabajo necesarios para ayudar al tratamiento?"</i>	,806
Ítem 8 <i>"¿Le ha explicado los resultados que obtendrá con su tratamiento?"</i>	,885
Ítem 9 <i>"¿Conoce usted la identidad (nombre, horario de trabajo y cómo localizarlo telefónicamente) del fisioterapeuta que le está atendiendo?"</i>	,577
Ítem 11 <i>"¿Se ha solicitado su consentimiento sobre las medidas que se le van a aplicar en Fisioterapia?"</i>	,615
Ítem 12 <i>"Valore, en términos generales, la información terapéutica que ha recibido del profesional fisioterapeuta que lo/la atiende"</i>	,836

-Análisis Factorial Confirmatorio

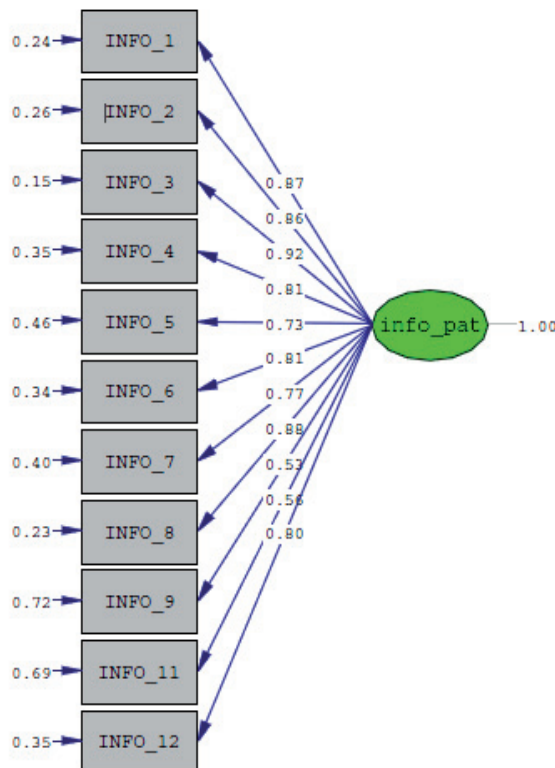
Con el fin de verificar esta estructura unidimensional se realizó un análisis factorial confirmatorio de este modelo, obteniéndose las siguientes características de ajuste:

Tabla 22. Características de ajuste en el análisis factorial confirmatorio del cuestionario información terapéutica percibida

RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)	0,078 (0.063 ; 0.093)
RMR (Root Mean Square Residual)	0.030
NFI (Normed Fit Index) Y CFI (Comparative Fit Index)	0.98 y 0.99
GFI (Goodness of Fit Index)	0.93
AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index)	0.90
Índice χ^2 relativo (Razón χ^2 /g.l)	2,96

Las dos medidas de error (RMSEA, RMR) quedaron por debajo de 0,08 y las medidas de buen ajuste (NFI, CFI) quedaron muy próximos a 1, por tanto se obtuvo un buen ajuste con esta estructura unidimensional.

Fig. 8. Modelo AFC (Análisis Factorial Confirmatorio) del cuestionario información terapéutica percibida con factores estandarizados



FIABILIDAD

El valor del coeficiente alfa de Cronbach para los 12 ítems iniciales del cuestionario fue de 0,935 lo que indica una alta consistencia interna. Tan sólo si se eliminaba el ítem 10, este coeficiente experimentaba un ligero aumento situándose en 0,945.

En la Matriz de correlación inter-ítem, se obtuvo que este mismo ítem 10 era el que menos correlacionaba con los demás, con valores por debajo del valor de referencia 0,30 (puede observarse en el Anexo 24). Todo ello apoyó la idea de eliminar del cuestionario el ítem 10. Con la eliminación de este ítem, el valor de alfa para todo el cuestionario fue 0,945.

Definitivamente, el cuestionario de información terapéutica percibida para pacientes de los servicios de fisioterapia quedó constituido como un cuestionario de 11 ítems con una alternativa de respuesta cerrada, específica y precisa, de alta fiabilidad y consistencia interna y con una estructura que confirmó la unidimensionalidad de esta variable.

4.2. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 2. ELABORAR Y VALIDAR UN INSTRUMENTO DE MEDIDA QUE PERMITA CONOCER LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES FISIOTERAPEUTAS SOBRE LA CANTIDAD Y CALIDAD DE INFORMACIÓN TERAPÉUTICA QUE PROPORCIONAN A SUS PACIENTES.

4.2.1. Resultados de la Fase 1. Conceptualización y desarrollo de los ítems del cuestionario.

Tal como se indica en el apartado de metodología, a partir de todo el trabajo conceptual del cuestionario anterior, se decidió construir un instrumento afín y en consonancia con el mismo, pero destinado al profesional fisioterapeuta.

Los ítems del cuestionario anterior se redactaron, de nuevo, adaptándolos al profesional fisioterapeuta, de manera que se consiguió una estrecha consonancia entre ambos instrumentos de medida y pueden considerarse cuestionarios homólogos aunque destinados a poblaciones diferentes. (Anexo 5)

4.2.2. Resultados de la Fase 2. Validación por expertos. Método Delphi.

Este cuestionario se sometió a la misma valoración de expertos que el anterior, con idéntico esquema de trabajo.

El mismo panel de los 14 expertos consideró que todos los ítems eran relevantes y adecuados. Se calculó el Índice de Validez de Contenido para cada ítem (Tabla 23). Todos los valores quedaron por encima de 0,7 por lo que no se eliminó ninguno. El Índice medio de Validez de Contenido de todo el cuestionario fue 0,96 con una desviación estándar de 0,05.

Tabla 23. Índice de Validez de Contenido (IVC) de cada uno de los ítems del cuestionario información terapéutica proporcionada por el fisioterapeuta. Valoración por 14 jueces-expertos.

Nº Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
IVC	1,00	1,00	1,00	0,93	0,93	0,86	0,93	1,00	1,00	1,00	0,93	1,00

En este caso y, a pesar de ser un cuestionario destinado a profesionales fisioterapeutas que admitiría un nivel de comprensión de mayor dificultad, también se calculó el *test de legibilidad de Fernández Huerta* obteniéndose un valor para todo el cuestionario de 77,8 (Relativamente Fácil de comprender).

4.2.3. Resultados de la Fase 3. Prueba piloto. Ajuste del cuestionario.

El cuestionario se pilotó en una muestra de 37 fisioterapeutas tal como se describe en el correspondiente apartado de metodología.

En esta muestra se evaluaron todas las variables que posteriormente formaron parte del estudio de campo en una muestra amplia. Además de pilotar este cuestionario, también se midieron las variables: centro de trabajo, género, edad, años de ejercicio profesional y tiempo de dedicación al paciente en cada sesión.

Las características de esta muestra piloto de profesionales fisioterapeutas quedan reflejadas en la tabla 24.

Tabla 24. Características de la muestra piloto (fisioterapeutas)

	Total (n=37)
Centro de Trabajo	
-Centro privado (%)	70,3
-Centro de salud (%)	10,8
-Hospital (%)	18,9
Mujeres (%)	64,9
Edad (años)*	30,05±8,86 (22-57)
Años de Ejercicio Profesional*	7,14±8,19 (1-31)
Duración de la sesión (minutos)*	34,86±14,79 (15-60)

*Media±desviación estándar y (rango)

Se obtuvieron los primeros datos psicométricos. Se analizó la fiabilidad del cuestionario a través del coeficiente alfa de Cronbach que fue de 0,84 y se obtuvo la Matriz de correlación inter-ítem para comprobar los valores de los coeficientes de correlación. En este último sentido, no todos los ítems mostraron buena correlación (Anexo 26) pero se decidió no modificar el cuestionario y quedó concluida la versión del mismo que se sometió posteriormente a la muestra amplia.

4.2.4. Resultados de la Fase 4. Validación en una muestra amplia.

Participaron en el estudio un total de 73 fisioterapeutas de 25 centros sanitarios diferentes (centros privados, centros de salud y hospitales). Los criterios de inclusión de los participantes, el tipo de muestreo y la recogida de datos se explican en el apartado de metodología.

Las características de esta muestra se recogen en el apartado: 4.5.2. Caracterización general de la muestra de fisioterapeutas. Resultados para el análisis descriptivo univariante.

ESTIMACIÓN DE LA CAPACIDAD DISCRIMINANTE DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS QUE COMPONEN EL CUESTIONARIO:

-Frecuencia de endose: Como se refleja en la tabla 25, la frecuencia de endose osciló entre 1 (1,4%) de la alternativa de respuesta "No" del ítem 9 ("*9.- Ante un paciente que va a iniciar un tratamiento. ¿Se presenta usted con su nombre, horario de trabajo y la manera de poder localizarlo telefónicamente?*") y 53 (72,6%) de la alternativa de respuesta "Sí, y me aseguro de que lo comprenden" del ítem 7 ("*7.- ¿Explica los ejercicios, medidas o recomendaciones que se deben de realizar en el domicilio o en el trabajo necesarios para ayudar al tratamiento?*"). Se observa, también, que algunas categorías no estuvieron representadas en los datos; obtuvieron un 0 las alternativas de respuesta "No" y "Nada adecuada" de los ítems 4 ("*4.-Explica las técnicas utilizadas en los tratamientos?*") , 7 ("*7.- ¿Explica los ejercicios, medidas o recomendaciones que se deben de realizar en el domicilio o en el trabajo necesarios para ayudar al tratamiento?*") y 12 ("*12.-Valore, en términos generales, la información terapéutica que proporciona a sus pacientes:*") respectivamente.

Tabla 25. Frecuencia de endose para cada alternativa de respuesta de los ítems del cuestionario información terapéutica proporcionada por el fisioterapeuta.

Nº Ítem/Alternativa respuesta	<i>Sí, y me aseguro de que lo comprenden</i>	<i>Sí pero no sé si lo comprenden</i>	<i>Sólo menciono algo al respecto</i>	<i>No</i>
Ítem 1 "¿Especifica (a sus pacientes) el diagnóstico de fisioterapia?"	41	16	13	3
Ítem 2 "¿Explica la causa de las patologías?"	40	20	11	2
Ítem 3 "¿Explica los síntomas de las patologías?"	42	19	10	2
Ítem 4 "¿Explica las técnicas utilizadas en los tratamientos?"	35	27	11	0
Ítem 5 "¿Informa sobre otras alternativas de tratamiento?"	25	27	17	4
Ítem 6 "¿Explica los posibles riesgos que pueden ir asociados al tratamiento (dolor, fatiga...)"	47	16	9	1
Ítem 7 "¿Explica los ejercicios, medidas o recomendaciones que se deben de realizar en el domicilio o en el trabajo necesarios para ayudar al tratamiento?"	53	14	6	0
Ítem 8 "¿Informa de los resultados que se obtendrán con el tratamiento?"	36	23	12	2

Nº Ítem/Alternativa respuesta	<i>Sí, me presento con todos esos aspectos</i>	<i>Sí, pero sólo con dos de los aspectos anteriores.</i>	<i>Sólo me presento con uno de los aspectos anteriores.</i>	<i>No</i>
Ítem 9 "Ante un paciente que va a iniciar un tratamiento. ¿Se presenta usted con su nombre, horario de trabajo y la manera de poder localizarlo telefónicamente?"	28	35	9	1

Nº Ítem/Alternativa respuesta	<i>Sí, con el número exacto de sesiones.</i>	<i>Sí, con el número aproximado de sesiones (una arriba ó abajo)</i>	<i>Sólo comento que el tratamiento será: corto ó largo.</i>	<i>No</i>
Ítem 10 "¿Especifica a sus pacientes la duración del tratamiento de fisioterapia?"	16	36	17	4

Nº Ítem/Alternativa respuesta	<i>Sí, solicito la firma del consentimiento. (Consentimiento escrito)</i>	<i>Sí, solicito el consentimiento de palabra. (Consentimiento Verbal)</i>	<i>Menciono el consentimiento pero no lo requiero.</i>	<i>No</i>
Ítem 11 <i>"¿Solicita a sus pacientes CONSENTIMIENTO sobre las medidas terapéuticas que se le van a aplicar?"</i>	4	47	6	16

Nº Ítem/Alternativa respuesta	<i>Muy adecuada</i>	<i>Bastante adecuada</i>	<i>Poco adecuada</i>	<i>Nada adecuada</i>
Ítem 12 <i>"Valore, en términos generales, la información terapéutica que proporciona a sus pacientes"</i>	18	46	9	0

-Coeficiente de correlación de Pearson de cada ítem con la variable "Puntuación total" del cuestionario. Los valores se muestran en la tabla 26. Cabe destacar que todos los ítems obtuvieron valores por encima del valor de referencia (0,30). Todos los resultados fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Tabla 26. Coeficiente de correlación de Pearson de cada ítem con el total.

Nº Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
R (N=73)	,858	,889	,855	,744	,769	,798	,840	,814	,634	,666	,657	,787
Sig	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

VALIDEZ DE CONSTRUCTO

-Análisis Factorial Exploratorio

En primer lugar se realizaron las pruebas de Kaiser Meyer Olkin (KMO) y de esfericidad de Bartlett para contrastar la adecuación de utilizar el Análisis Factorial.

La prueba KMO arrojó un valor de 0,916 y la prueba de esfericidad de Bartlett tuvo un valor de significación cercano a 0 ($p = 0,0001$).

Se utilizó como método de extracción el análisis de componentes principales que arrojó un sólo factor que explicaba el 61,21 % de la varianza total (Anexo 26). Todos los ítems se ajustaban a este único factor con una carga superior a 0,60.

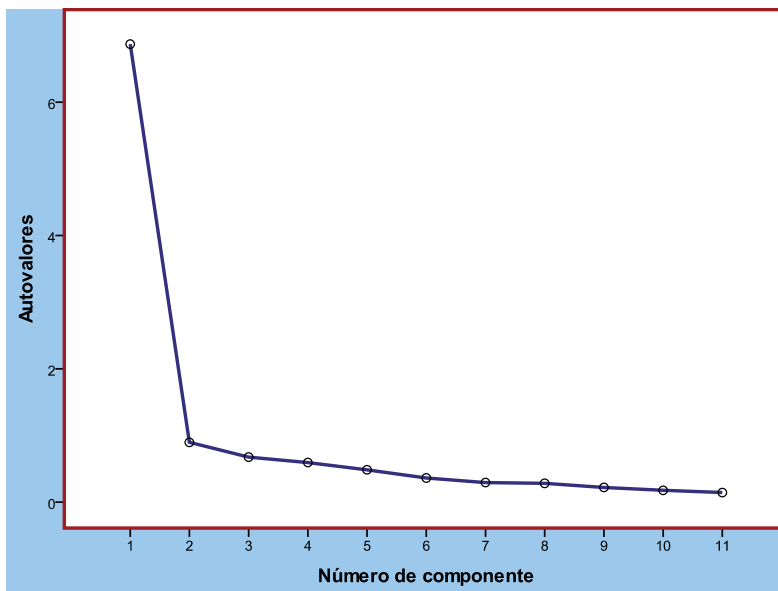
Como se trata de un instrumento de medida desarrollado afín con el anterior y para mantener la homogeneidad con el mismo y poder realizar el estudio correlacional, se decidió eliminar, también, de este cuestionario el ítem 10 aunque, en este caso, no existía una justificación psicométrica para ello.

Eliminando el ítem 10, la prueba KMO arrojó un valor de 0,915 y la prueba de esfericidad de Bartlett presentó nuevamente un p-valor<0.

El método de análisis de componentes principales volvió a arrojar un sólo factor que aumentó algo más la varianza total explicada (62,45%). Anexo 27.

El gráfico de sedimentación o scree plot (fig.9) indicaba la selección de un sólo factor (mostraba un sólo codo).

Fig. 9. Gráfico de sedimentación del cuestionario información terapéutica proporcionada.



Todos los ítems cargaban en este factor con valores absolutos por encima de 0,63. (Tabla 27)

Tabla 27. Carga de cada uno de los ítems al factor.

	Componente
	1
Ítem 1 <i>"¿Específica (a sus pacientes) el diagnóstico de fisioterapia?"</i>	,859
Ítem 2 <i>"¿Explica la causa de las patologías?"</i>	,889
Ítem 3 <i>"¿Explica los síntomas de las patologías?"</i>	,859
Ítem 4 <i>"¿Explica las técnicas utilizadas en los tratamientos?"</i>	,747
Ítem 5 <i>"¿Informa sobre otras alternativas de tratamiento?"</i>	,761
Ítem 6 <i>"¿Explica los posibles riesgos que pueden ir asociados al tratamiento (dolor, fatiga...)"</i>	,803
Ítem 7 <i>"¿Explica los ejercicios, medidas o recomendaciones que se deben de realizar en el domicilio o en el trabajo necesarios para ayudar al tratamiento?"</i>	,853
Ítem 8 <i>"¿Informa de los resultados que se obtendrán con el tratamiento?"</i>	,810
Ítem 9 <i>"Ante un paciente que va a iniciar un tratamiento. ¿Se presenta usted con su nombre, horario de trabajo y la manera de poder localizarlo telefónicamente?"</i>	,637
Ítem 11 <i>"¿Solicita a sus pacientes CONSENTIMIENTO sobre las medidas terapéuticas que se le van a aplicar?"</i>	,638
Ítem 12 <i>"Valore, en términos generales, la información terapéutica que proporciona a sus pacientes"</i>	,791

-Análisis Factorial Confirmatorio

Con el fin de verificar la misma estructura unidimensional que su equivalente, se realizó el análisis factorial confirmatorio de este modelo, a pesar de considerar que, en este caso, la muestra es muy escasa para este procedimiento psicométrico.

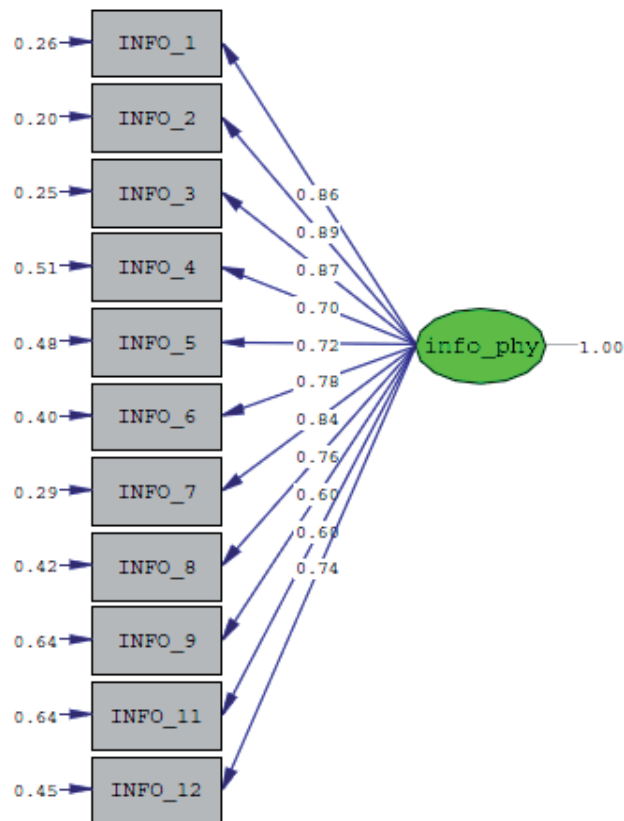
Se obtuvieron las siguientes características de ajuste:

Tabla 28. Características de ajuste en el análisis factorial confirmatorio del cuestionario información terapéutica proporcionada.

RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)	0.093 (0.051 - 0.13)
RMR (Root Mean Square Residual)	0.034
NFI (Normed Fit Index) Y CFI (Comparative Fit Index)	0.95 y 0.98
GFI (Goodness of Fit Index)	0.85
AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index)	0.77
Índice χ^2 relativo (Razón $\chi^2/g.l$)	1,71

De las 2 medidas de error del ajuste, el RMSEA queda ligeramente superior a 0,08 y el RMR muestra un valor adecuado (por debajo de 0,08). Las medidas de buen ajuste (NFI, CFI) quedaron muy próximos a 1, por tanto se consideró un buen ajuste de este modelo con una estructura unidimensional.

Fig. 10. Modelo AFC del Cuestionario Información Terapéutica Proporcionada con factores estandarizados



FIABILIDAD

El valor del coeficiente alfa de Cronbach para todo el cuestionario fue de 0,939 lo que indica una alta consistencia interna. Tan sólo si se eliminara el ítem 11, este coeficiente experimentaría un ligero aumento situándose en 0,94. Este ítem 11 no se eliminó porque su eliminación varía muy poco la alta fiabilidad conseguida y porque se pretendía obtener una versión homóloga al cuestionario de información para pacientes.

En la Matriz de correlación inter-ítem, se obtuvo que, en general, existía buena correlación entre todos los ítems. (Anexo 28)

Definitivamente, el cuestionario de información terapéutica proporcionada por el/la fisioterapeuta quedó constituido como un cuestionario de 11 ítems con una alternativa de respuesta cerrada, específica y precisa, de alta fiabilidad y consistencia interna y con una estructura que confirmó la unidimensionalidad de esta variable.

4.3.- RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 3. SELECCIONAR Y VALIDAR LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE UN CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA (MEDRISK).

4.3.1.-Resultados de la Fase 1. Conceptualización y selección del cuestionario.

Se realizó una revisión detallada de la literatura. Se utilizaron las siguientes bases de datos: MEDLINE, CINAHL y SCOPUS. Se identificaron los diferentes instrumentos de medida de la satisfacción en fisioterapia (Tabla 3 del apartado Introducción).

Se realizó un análisis de todos ellos en función del modelo de clasificación de los instrumentos que miden satisfacción propuesto por Hudack PL et al.¹⁰⁶ según se explica en el apartado de metodología.

Se localizó un cuestionario que cumplía todos estos aspectos: *MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction with Physical Therapy Care*⁸⁷ validado inicialmente en idioma inglés y versionado al idioma español en una población de hispanohablantes de la ciudad de Nueva York.

Tal como se indica en el apartado de metodología, se contactó con el autor de esta herramienta de medida y nos remitió a un nuevo estudio de validación al español de este instrumento en población española que se estaba iniciando en el hospital San Juan de Dios del Aljarafe, en Sevilla.

Se nos invitó a participar activamente en este estudio (pilotaje en una muestra de 300 pacientes) y se obtuvo la versión 1 de esta versión española. En este estudio, se partió de la versión larga del cuestionario y se llegó a una versión corta que, aunque similar, no es idéntica a la versión original del mismo. Esta versión 1 contaba con 14 ítems y la versión original con 12. De todos, 9 eran los ítems coincidentes entre ambas versiones.

4.3.2. Resultados de la Fase 2. Validación por expertos.

Tal como se indica en el apartado de metodología se sometió este cuestionario (a pesar de haber obtenido, en el primer pilotaje, buenos datos de fiabilidad y validez y una versión española similar, aunque no idéntica, a la versión española validada en pacientes americanos de habla hispana) al juicio de 5 expertos que evaluaron la corrección gramatical, lingüística y semántica del mismo.

Se obtuvo una nueva versión (versión 2) con breves correcciones del texto más ajustadas a nuestro contexto sanitario y que no se habían tenido en cuenta en el estudio de Sevilla (Anexo 6). Para esta nueva versión se calculó la *prueba de legibilidad de Fernández Huerta* obteniéndose un valor de 69,5 (cerca de 70 que significa "Relativamente fácil de leer").

4.3.3. Resultados de la Fase 3. Prueba piloto. Ajuste del cuestionario.

El resultado del juicio crítico, en relación a este cuestionario, de los 15 pacientes entrevistados fue el siguiente:

- Todas las preguntas resultaron claras.
- Ningún entrevistado manifestó necesidad de modificación de ningún ítem, ni que sobrara ninguno de ellos.
- El total de entrevistados expresaron sentirse cómodos con la entrevista y el cuestionario, y consideraron que el tiempo de cumplimentación del mismo era "normal".

A continuación se pilotó el cuestionario en la muestra de 58 pacientes descrita con anterioridad y se calculó la fiabilidad del mismo a través del coeficiente alfa de Cronbach que fue de 0,89. Se obtuvo, también, la Matriz de correlación inter-ítem para comprobar los valores de los coeficientes de correlación. La distinta correlación entre los ítems puso de manifiesto la posibilidad de encontrar varias dimensiones. (Anexo 29).

No se modificó este cuestionario y esta misma versión (Anexo 6) se sometió al estudio de validación en una muestra amplia.

4.3.4.- Resultados de la Fase 4. Validación en una muestra amplia.

ESTIMACIÓN DE LA CAPACIDAD DISCRIMINANTE DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS QUE COMPONEN EL CUESTIONARIO:

-Frecuencia de endose: Como se refleja en la tabla 29, la frecuencia de endose osciló entre 1 (0,3%) de las alternativas de respuesta "Totalmente en desacuerdo" y "En desacuerdo" de los ítems 8 ("8.-El resto de personal del centro es respetuoso/a.") y 6 y 7 ("6.- Mi fisioterapeuta es respetuoso/a.", "7.- El auxiliar de clínica es respetuoso/a.") y 246 (73,9%) de la alternativa de respuesta "Totalmente de acuerdo" del mismo ítem 6.

Se observó, también, que algunas categorías no estuvieron representadas en los datos ya que obtuvieron un valor 0 la alternativa de respuesta "En desacuerdo" de los ítems 8 y 10 ("8.-El resto de personal del centro es respetuoso/a." y "10.- El centro y sus instalaciones están limpias.").

Tabla 29. Frecuencia de endose para cada alternativa de respuesta de los ítems del cuestionario de satisfacción *MedRisk*.

Nº Ítem/Alternativa respuesta	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Ítem 1 "El proceso de admisión (primer día) fue adecuado."	3	6	52	150	122
Ítem 2 "La sala de espera es cómoda (iluminación, temperatura, muebles)."	4	16	114	139	60
Ítem 3 "Es fácil encontrar aparcamiento junto a este centro."	34	75	118	63	43
Ítem 4 "Mi fisioterapeuta pasa suficiente tiempo conmigo"	6	28	36	124	139
Ítem 5 "Mi fisioterapeuta me explica muy bien el tratamiento que recibo."	9	40	27	121	136
Ítem 6 "Mi fisioterapeuta es respetuoso/a."	2	1	8	76	246
Ítem 7 "El auxiliar de clínica es respetuoso/a."	3	1	18	87	222
Ítem 8 "El resto de personal del centro es respetuoso/a."	1	0	16	93	221
Ítem 9 "Mi fisioterapeuta me aconseja como mantenerme saludable y evitar futuros problemas."	4	41	35	134	119
Ítem 10 "El centro y sus instalaciones están limpias"	8	0	60	142	123

Ítem 11 "El centro usa un equipo moderno."	6	13	96	126	92
Ítem 12 "Mi fisioterapeuta me da instrucciones detalladas acerca de mi programa de ejercicios en casa."	11	35	40	132	115
Ítem 13 "Estoy completamente satisfecho/a con los servicios que recibo de mi fisioterapeuta."	7	11	35	114	166
Ítem 14 "Retornaría a esta consulta para futuros servicios o tratamientos."	4	6	35	115	173

-Coeficiente de correlación de Pearson de cada ítem con la variable "Puntuación total" del cuestionario. Los valores se muestran en la tabla 30. Cabe destacar que todos los ítems obtuvieron valores por encima del valor de referencia (0,30) y todos los resultados fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Tabla 30. Coeficiente de correlación de Pearson de cada ítem con el total.

Nº Ítem	1	2	3	4	5	6	7
R (N=333)	,615	,578	,520	,872	,862	,730	,604
Sig	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Nº Ítem	8	9	10	11	12	13	14
R (N=333)	,639	,831	,713	,664	,818	,883	,825
Sig	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

VALIDEZ DE CONSTRUCTO

-Análisis Factorial Exploratorio

Se realizaron las pruebas de Kaiser Meyer Olkin (KMO) y de esfericidad de Bartlett para contrastar la adecuación de utilizar el Análisis Factorial.

El coeficiente de Kaiser Meyer Olkin fue de 0,911, lo que indica que los ítems estaban suficientemente interrelacionados para que este método pudiera ser aplicado y el test de esfericidad de Bartlett permitía rechazar la hipótesis nula ($p = 0,0001$). El resultado de ambas pruebas reveló que la muestra cumplía los criterios para realizar el análisis factorial.

Se utilizó como método de extracción de factores, el análisis de componentes principales que arrojó 3 factores con un eigenvalue por encima de 1 y que fueron, a su vez, los que explicaban mayor porcentaje de la varianza total de los datos. En conjunto, estos 3 factores explicaban el 74,57 % del total de la varianza. (Anexo 30)

El gráfico de sedimentación (fig. 11) recomendaba la selección de 3 dimensiones (presentaba 3 codos). Asimismo, en el gráfico de saturaciones, los ítems quedaban agrupados en 3 componentes. (fig. 12)

Fig. 11. Gráfico de sedimentación del cuestionario de satisfacción *MedRisk*.

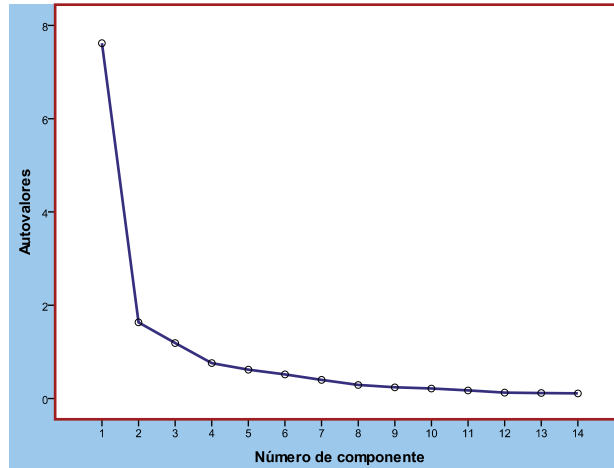
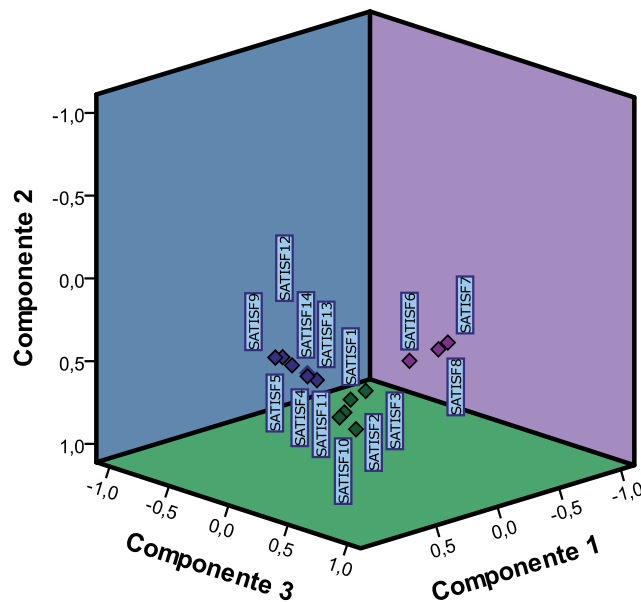


Fig. 12. Gráfico de saturaciones del cuestionario de satisfacción *MedRisk*.



Para ajustar los ítems a cada factor se utilizó el método de Rotación Varimax. Se consideró que un determinado ítem formaría parte de un factor cuando su "carga" o "peso" en ese factor fuera superior a 0,60 y presentara una "carga" inferior a 0,40 en el resto de factores. En la tabla 31 puede observarse los ítems que pertenecen a cada factor y cada una de sus cargas.

Tabla 31. Carga de cada uno de los ítems a cada factor.

	Componente		
	1	2	3
Ítem 1 "El proceso de admisión (primer día) fue adecuado."	,282	,620	,168
Ítem 2 "La sala de espera es cómoda (iluminación, temperatura, muebles)."	,194	,751	,025
Ítem 3 "Es fácil encontrar aparcamiento junto a este centro."	,115	,616	,122
Ítem 4 "Mi fisioterapeuta pasa suficiente tiempo conmigo"	,739	,355	,358
Ítem 5 "Mi fisioterapeuta me explica muy bien el tratamiento que recibo."	,843	,266	,257
Ítem 6 "Mi fisioterapeuta es respetuoso/a."	,400	,212	,793
Ítem 7 "El auxiliar de clínica es respetuoso/a."	,219	,114	,920
Ítem 8 "El resto de personal del centro es respetuoso/a."	,260	,154	,884
Ítem 9 "Mi fisioterapeuta me aconseja como mantenerme saludable y evitar futuros problemas."	,886	,232	,160
Ítem 10 "El centro y sus instalaciones están limpias"	,270	,795	,201
Ítem 11 "El centro usa un equipo moderno."	,299	,742	,092
Ítem 12 "Mi fisioterapeuta me da instrucciones detalladas acerca de mi programa de ejercicios en casa."	,850	,232	,184
Ítem 13 "Estoy completamente satisfecho/a con los servicios que recibo de mi fisioterapeuta."	,796	,324	,337
Ítem 14 "Retornaría a esta consulta para futuros servicios o tratamientos."	,748	,327	,287

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

La denominación de estos 3 factores o dimensiones fue la siguiente:

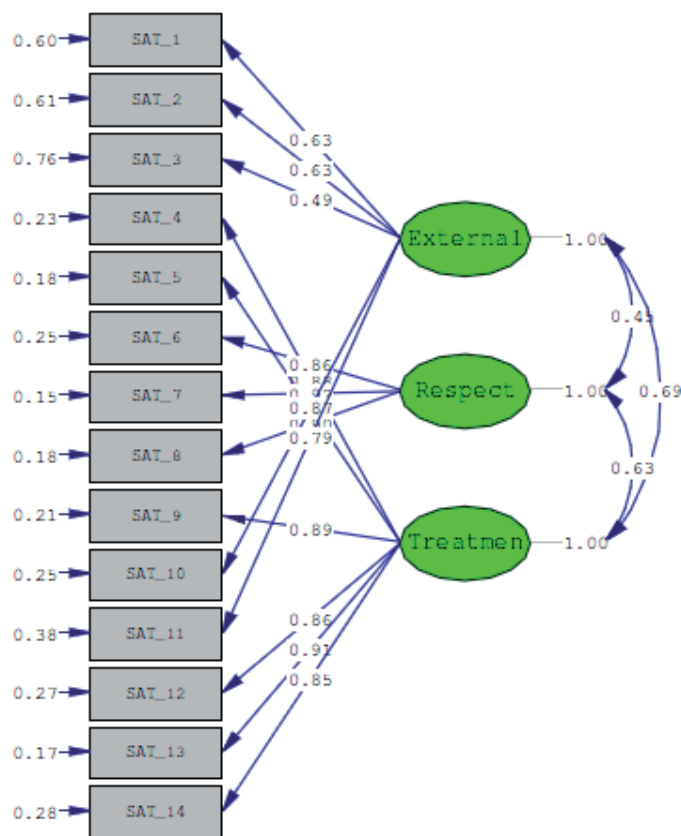
- **Factor 1: Satisfacción con el tratamiento del fisioterapeuta.**
- **Factor 2: Satisfacción con factores externos al tratamiento.**
- **Factor 3: Satisfacción con el respeto del personal sanitario.**

Se obtuvo idéntica estructura que en el estudio de pilotaje transcultural de este cuestionario en población española (estudio que se realizó en Sevilla), pero no coincide con la estructura de la versión original del cuestionario que establece 2 dimensiones (Factores externos y Factores internos)

-Análisis Factorial Confirmatorio

Con el fin de verificar esta nueva estructura tridimensional se realizó un análisis factorial confirmatorio de este modelo, obteniéndose un mal ajuste. La medida de error RMSEA quedó ligeramente por encima de 0,1 (0.10 - 0.13).

Fig. 13. Modelo AFC (Análisis Factorial Confirmatorio) del cuestionario de satisfacción *MedRisk* con factores estandarizados.



Al no haber obtenido un buen ajuste del modelo y ante la necesidad de realizar alguna modificación del mismo (sin perder de vista la teoría original) para lo que se necesitaría una muestra mayor, se decidió tomar, para el resto del estudio, la satisfacción como valor global.

FIABILIDAD

Para valorar la homogeneidad y consistencia interna de este cuestionario se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones propuestas por el Análisis de Componentes Principales (tabla 32).

Tabla 32. Coeficiente Alfa de cada una de las dimensiones del cuestionario *MedRisk*.

	Alfa de Cronbach
Factor 1 (Ítems 4,5,9,12,13 y 14)	0,952
Factor 2 (Ítems 1,2,3, 10 y 11)	0,793
Factor 3 (Ítems 6,7 y 8)	0,922

En el Factor 1 y 3, la eliminación de cualquiera de los ítems que lo componen no aumentaría este estadístico de fiabilidad, pero en el Factor 2 la eliminación del ítem 3 ("3.-Es fácil encontrar aparcamiento junto a este centro") provocaría un aumento de este coeficiente situándolo en 0,812. (Anexo 31).

4.4.- RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 4. ELABORAR Y VALIDAR UN INSTRUMENTO DE MEDIDA QUE PERMITA CONOCER EL GRADO DE CONFIANZA QUE LOS PACIENTES DEPOSITAN EN LOS PROFESIONALES FISIOTERAPEUTAS.

4.4.1.-Resultados de la Fase 1. Conceptualización y desarrollo de los ítems del cuestionario.

Tal como se indica en el apartado de metodología, se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica, no identificándose en la literatura instrumentos de medida de la confianza en el profesional fisioterapeuta. Se decidió, por tanto, identificar instrumentos similares en otras disciplinas. Se analizaron cada uno de los documentos encontrados y se seleccionaron los estudios de validación de instrumentos orientados a medir la confianza en algún proveedor de salud (médico, enfermeros, farmacéuticos, aseguradores...). Se identificaron 13 estudios de validación de escalas de confianza (tabla 4 del apartado Introducción) que se estudiaron

en profundidad con especial atención en los modelos conceptuales, desarrollo de los ítems y en el análisis psicométrico.

En base a estos estudios, fundamentalmente a 4 de ellos, el equipo de investigación seleccionó y readaptó a la disciplina de fisioterapia una batería inicial de 37 ítems (versión inicial del cuestionario). Además, se adoptó el modelo conceptual de la unidimensionalidad de la confianza en el profesional proveedor de salud (en este caso, el/la fisioterapeuta), por ser el más defendido en la literatura y el resultado más frecuente de la psicometría de estas investigaciones, que debe incluir aspectos que hagan referencia a la relación interpersonal paciente-profesional, a la competencia-habilidad profesional y a la honestidad-interés por el paciente. Todos estos aspectos quedaron reflejados en esta batería inicial de ítems (versión 1 del cuestionario).

4.4.2.- Resultados de la Fase 2. Validación por expertos. Técnica del grupo nominal. Método Delphi.

Se convocó a un panel de 10 fisioterapeutas expertos para llevar a cabo la técnica del grupo nominal. En un principio, tras las aportaciones de algunos expertos, la batería de ítems inicial se amplió a 44. Tras completar las 5 fases de desarrollo de esta técnica tal como se detalla en el apartado de metodología, se eliminaron 16 ítems y se obtuvo la versión 2 de este cuestionario que contaba con un total de 28 ítems.

Esta versión se sometió, de nuevo, al juicio de 10 expertos (los mismos que participaron en la técnica del grupo nominal) siguiendo el esquema de trabajo propuesto (Método Delphi).

Se calculó el Índice de Validez de Contenido para cada ítem (tabla 33). Se eliminaron 4 ítems porque sus valores quedaron por debajo de 0,7. Estos ítems eliminados fueron los siguientes:

- "3.-A veces he pensado que mi tratamiento de fisioterapia no es el adecuado"* (IVC= 0,50)
- "11.-La habilidad profesional de mi fisioterapeuta es tan buena como debería ser"* (IVC=0,60).
- "21.-Mi fisioterapeuta no me da la oportunidad de explicarle todo lo que creo que debe saber de mi enfermedad"*. (IVC= 0,50)
- "23.-Mi fisioterapeuta siempre se esfuerza por darme el mejor tratamiento"* (IVC=0,60).

Tabla 33. Índice de Validez de Contenido (IVC) de cada uno de los ítems del cuestionario confianza en el profesional fisioterapeuta.

Nº														
Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
IVC	0,90	0,90	0,50	0,80	0,80	0,80	0,90	0,80	1,00	0,80	0,60	0,90	0,90	0,90

Nº														
Ítem	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
IVC	0,80	0,90	0,90	1,00	0,80	0,80	0,50	0,90	0,60	0,90	1,00	0,90	1,00	1,00

Se calculó el Índice medio de Validez de Contenido de la nueva versión del cuestionario (con 24 ítems) que fue 0,88 con una desviación estándar de 0,07.

También, se obtuvo el valor del *test de legibilidad de Fernández Huerta* que fue de 69,3 (Legibilidad normal, cerca del valor 70 que indica texto relativamente fácil de comprender).

Con todo, se obtuvo la versión 3 del cuestionario (Anexo 7) que se presentó al pilotaje de la Fase 3.

4.4.3.- Resultados de la Fase 3. Prueba piloto. Ajuste del cuestionario.

Como ya se ha indicado, la batería de ítems de esta versión del cuestionario (24 ítems) se sometió al pilotaje de 15 pacientes a los que se les entrevistó siguiendo el esquema de preguntas estructuradas ya presentado.

Los 15 pacientes consideraron que las preguntas eran claras.

De los 15, 10 pacientes señalaron que el conjunto de ítems del número 2 al 10 resultaba bastante redundante y podría eliminarse alguno de ellos.

Todos se sintieron cómodos con la entrevista pero la mayoría de los entrevistados (9 sujetos) señaló que el cuestionario "se hacía largo".

Teniendo en cuenta estas puntualizaciones, se pilotó el cuestionario en la muestra de 58 pacientes ya descrita. Se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach que fue 0.96 y la Matriz de correlaciones inter-elementos (Anexo 32).

Con el fin de reducir el cuestionario, se decidió eliminar algunos ítems en función de los siguientes criterios:

Criterio A.-Los que peor correlacionaban con el total y con los demás en la matriz de correlaciones inter-elementos (Anexo 33). Estos fueron los siguientes ítems:

-*"13.-Mi fisioterapeuta me dice la verdad acerca de mi problema de salud"*. (Correlación elemento total corregida: 0.488)

-*"21.-Me preocupa que mi fisioterapeuta pueda contar a otros información privada sobre mí"*. (Correlación elemento total corregida: 0.382)

-*"22.-Siempre sigo los consejos de mi fisioterapeuta"*. (Correlación elemento total corregida: 0.399)

Criterio B.- Dentro del grupo de "ítems redundantes" (del ítem 2 al ítem 10), los que menos variabilidad aportaban al estudio, es decir, los que menos desviación típica mostraron en el pilotaje (estadísticos descriptivos de los ítems en el Anexo 34). Estos ítems fueron:

-*"2.-Sé que mi fisioterapeuta elige el mejor tratamiento para mí"*. (Media: 4.29 y desviación típica: 7.26)

-*"4.-Creo que mi fisioterapeuta puede atender a problemas graves y complicados"*. (Media: 4.26 y desviación típica: 7.15)

-*"5.-Mi fisioterapeuta me dará el tratamiento que necesito"* (Media: 4.28 y desviación típica: 7.20).

Tras la eliminación de estos 6 ítems, este cuestionario quedó finalmente constituido por 18 ítems. Esta nueva versión, versión 4 (Anexo 9) fue la que se sometió al estudio de validación en una muestra amplia.

4.4.4.- Resultados de la Fase 4. Validación en una muestra amplia.

ESTIMACIÓN DE LA CAPACIDAD DISCRIMINANTE DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS QUE COMPONEN EL CUESTIONARIO:

-Frecuencia de endose: Como se refleja en la tabla 34, todas las alternativas de respuesta estaban representadas en los datos. La frecuencia de endose osciló entre 1 (0,3%) de la alternativa de respuesta "Totalmente en desacuerdo" del ítem 1 ("*1.-Mi fisioterapeuta es cuidadoso/a y minucioso/a en su trabajo*") y 179 (53,8%) de la alternativa de respuesta "Totalmente de acuerdo" del mismo ítem.

Tabla 34. Frecuencia de endose para cada alternativa de respuesta de los ítems del cuestionario confianza en el profesional fisioterapeuta

Nº Ítem/Alternativa respuesta	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Ítem 1 "Mi fisioterapeuta es cuidadoso/a y minucioso/a en su trabajo"	1	12	34	107	179
Ítem 2 "Mi fisioterapeuta me ofrece la más alta calidad de tratamiento."	8	21	51	106	147
Ítem 3 "Pienso que mi tratamiento de fisioterapia es el adecuado"	8	17	51	146	111
Ítem 4 "Creo que mi fisioterapeuta hace todo lo que debería hacer en mi tratamiento."	12	17	31	119	154
Ítem 5 "Sé que mi fisioterapeuta tiene la capacidad de diagnosticar mi problema salud"	4	9	55	115	150
Ítem 6 "Mi fisioterapeuta es mucho mejor profesional que otros de su mismo campo o especialidad"	8	11	95	92	127
Ítem 7 "A veces mi fisioterapeuta no se preocupa de mi tratamiento"	6	33	30	133	130
Ítem 8 "Me parece que mi fisioterapeuta no hace todo lo que debería hacer en mi tratamiento"	12	30	36	114	141
Ítem 9 "Creo que necesito una segunda opinión sobre mi tratamiento de fisioterapia"	13	42	47	110	121
Ítem 10 "Mi fisioterapeuta nunca me engañaría acerca de mi tratamiento"	13	12	38	153	117
Ítem 11 "Mi fisioterapeuta es sincero/a explicándome las diferentes opciones de tratamiento para mí"	7	19	35	143	129
Ítem 12 "En caso de que se cometiera algún error en mi tratamiento, creo que mi fisioterapeuta me lo diría"	2	20	50	141	120
Ítem 13 "Mi fisioterapeuta se toma el tiempo necesario para tratarme en cada sesión"	9	30	17	138	139
Ítem 14 "Mi fisioterapeuta se toma el tiempo necesario para escucharme en cada sesión"	9	27	22	131	144
Ítem 15 "Mi fisioterapeuta escucha con atención todos los detalles de mi problema de salud"	9	28	42	123	131

Ítem 16 "Alguna vez he pensado en cambiar de fisioterapeuta."	14	18	49	106	146
Ítem 17 "Recomendaría a un amigo el/la fisioterapeuta que me atiende"	9	22	30	118	154
Ítem 18 "En general, tengo plena confianza en mi fisioterapeuta"	12	20	27	102	172

-Coeficiente de correlación de Pearson de cada ítem con la variable "Puntuación total" del cuestionario. Los valores se muestran en la tabla 35. Cabe destacar que todos los ítems obtuvieron valores por encima del valor de referencia (0,30) aunque el valor del ítem 7 quedó bastante bajo (0,366). Todos los resultados fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Se decidió eliminar este ítem 7 del cuestionario porque era el que menos correlacionaba con la puntuación total.

Tabla 35. Coeficiente de correlación de Pearson de cada ítem con el total.

Nº Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9
R (N=333)	,829	,870	,790	,903	,712	,750	,366	,741	727
Sig	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Nº Ítem	10	11	12	13	14	15	16	17	18
R (N=333)	,628	,759	,755	,908	,902	,836	,749	,899	,918
Sig	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

VALIDEZ DE CONSTRUCTO

-Análisis Factorial Exploratorio

En primer lugar se realizaron las pruebas de Kaiser Meyer Olkin (KMO) y de esfericidad de Bartlett para contrastar la adecuación de utilizar el Análisis Factorial.

La prueba KMO arrojó un valor de 0,960 y la prueba de esfericidad de Bartlett tuvo un valor de significación cercano a 0 ($p = 0,0001$)

Se utilizó como método de extracción el análisis de componentes principales que arrojó un sólo factor que explicaba el 62,9 % de la varianza total.

La carga de cada ítem en el factor puede observarse en la tabla 36.

Se decidió eliminar los ítems con una carga inferior a 0,60 en el factor. En este caso, serían los ítems 7 (con un peso de 0,401), que ya se había decidido eliminar por su escasa correlación con la puntuación total, y el ítem 10 (con un peso de 0,60).

Por otro lado, atendiendo a diversos comentarios de los sujetos que apuntaban que la pareja de ítems 4 y 8 por un lado y 14 y 15 por otro, eran redundantes (prácticamente iguales), se decidió eliminar el ítem de cada pareja que aportara menos peso al factor. En este caso, fueron los ítems 8 y 15 respectivamente, como puede observarse en la mencionada tabla 36.

Estas parejas de ítems considerados redundantes por algunos pacientes eran las siguientes:
 -"4.- *Creo que mi fisioterapeuta hace todo lo que debería hacer en mi tratamiento*" y "8.- *Me parece que mi fisioterapeuta no hace todo lo que debería hacer en mi tratamiento.*"
 -"14.- *Mi fisioterapeuta se toma el tiempo necesario para escucharme en cada sesión*" y
 "15.- *Mi fisioterapeuta escucha con atención todos los detalles de mi problema de salud*"

Tabla 36. Cargas de cada uno de los ítems que pertenecen al factor.

	Componente
	1
Ítem 1 <i>"Mi fisioterapeuta es cuidadoso/a y minucioso/a en su trabajo"</i>	,837
Ítem 2 <i>"Mi fisioterapeuta me ofrece la más alta calidad de tratamiento."</i>	,873
Ítem 3 <i>"Pienso que mi tratamiento de fisioterapia es el adecuado"</i>	,795
Ítem 4 <i>"Creo que mi fisioterapeuta hace todo lo que debería hacer en mi tratamiento."</i>	,902
Ítem 5 <i>"Sé que mi fisioterapeuta tiene la capacidad de diagnosticar mi problema salud"</i>	,700
Ítem 6 <i>"Mi fisioterapeuta es mucho mejor profesional que otros de su mismo campo o especialidad"</i>	,739
Ítem 7* <i>"A veces mi fisioterapeuta no se preocupa de mi tratamiento"</i>	,404
Ítem 8* <i>"Me parece que mi fisioterapeuta no hace todo lo que debería hacer en mi tratamiento"</i>	,776

Ítem 9 <i>"Creo que necesito una segunda opinión sobre mi tratamiento de fisioterapia"</i>	,714
Ítem 10* <i>"Mi fisioterapeuta nunca me engañaría acerca de mi tratamiento"</i>	,600
Ítem 11 <i>"Mi fisioterapeuta es sincero/a explicándome las diferentes opciones de tratamiento para mí"</i>	,745
Ítem 12 <i>"En caso de que se cometiera algún error en mi tratamiento, creo que mi fisioterapeuta me lo diría"</i>	,742
Ítem 13 <i>"Mi fisioterapeuta se toma el tiempo necesario para tratarme en cada sesión"</i>	,915
Ítem 14 <i>"Mi fisioterapeuta se toma el tiempo necesario para escucharme en cada sesión"</i>	,915
Ítem 15* <i>"Mi fisioterapeuta escucha con atención todos los detalles de mi problema de salud"</i>	,863
Ítem 16 <i>"Alguna vez he pensado en cambiar de fisioterapeuta."</i>	,747
Ítem 17 <i>"Recomendaría a un amigo el/la fisioterapeuta que me atiende"</i>	,906
Ítem 18 <i>"En general, tengo plena confianza en mi fisioterapeuta"</i>	,923

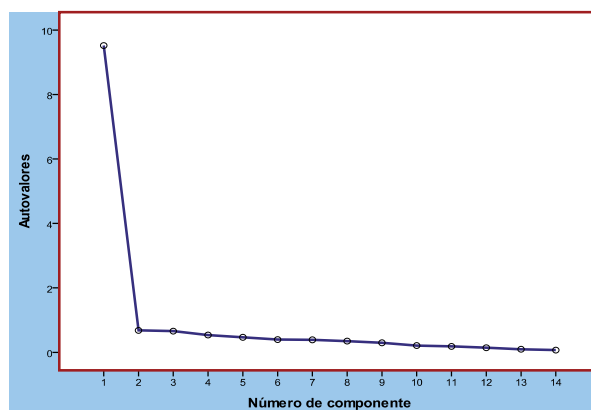
*(Se han señalado los ítems que fueron eliminados)

Tras la eliminación de estos 4 ítems se calculó, de nuevo, la prueba KMO que arrojó un valor de 0,960 y la prueba de esfericidad de Bartlett que tuvo un valor de significación cercano a 0 ($p=0,0001$) por tanto, quedó justificada, nuevamente, la utilización del Análisis Factorial.

Se utilizó como método de extracción el Análisis de Componentes Principales que volvió a extraer un sólo factor que, ahora explicaba el 67,99 % de la varianza total. (Anexo 35)

El gráfico de sedimentación (fig. 14) indicó la selección de un sólo factor (presencia de un sólo codo).

Fig. 14. Gráfico de sedimentación del cuestionario confianza en el profesional fisioterapeuta.



Asimismo, se estudiaron, de nuevo, las cargas de cada ítem al factor. Todas las cargas quedaron por encima de 0,7 (tabla 37).

Tabla 37. Cargas de cada uno de los ítems al factor (se mantiene la numeración anterior de cada uno de los ítems).

	Componente
	1
Ítem 1 <i>"Mi fisioterapeuta es cuidadoso/a y minucioso/a en su trabajo"</i>	,840
Ítem 2 <i>"Mi fisioterapeuta me ofrece la más alta calidad de tratamiento."</i>	,874
Ítem 3 <i>"Pienso que mi tratamiento de fisioterapia es el adecuado"</i>	,796
Ítem 4 <i>"Creo que mi fisioterapeuta hace todo lo que debería hacer en mi tratamiento."</i>	,908
Ítem 5 <i>"Sé que mi fisioterapeuta tiene la capacidad de diagnosticar mi problema de salud"</i>	,713
Ítem 6 <i>"Mi fisioterapeuta es mucho mejor profesional que otros de su mismo campo o especialidad"</i>	,753
Ítem 9 <i>"Creo que necesito una segunda opinión sobre mi tratamiento de fisioterapia"</i>	,711
Ítem 11 <i>"Mi fisioterapeuta es sincero/a explicándome las diferentes opciones de tratamiento para mí"</i>	,743

Ítem 12 <i>"En caso de que se cometiera algún error en mi tratamiento, creo que mi fisioterapeuta me lo diría"</i>	,748
Ítem 13 <i>"Mi fisioterapeuta se toma el tiempo necesario para tratarme en cada sesión"</i>	,917
Ítem 14 <i>"Mi fisioterapeuta se toma el tiempo necesario para escucharme en cada sesión"</i>	,911
Ítem 16 <i>"Alguna vez he pensado en cambiar de fisioterapeuta."</i>	,746
Ítem 17 <i>"Recomendaría a un amigo el/la fisioterapeuta que me atiende"</i>	,906
Ítem 18 <i>"En general, tengo plena confianza en mi fisioterapeuta"</i>	,923

-Análisis Factorial Confirmatorio

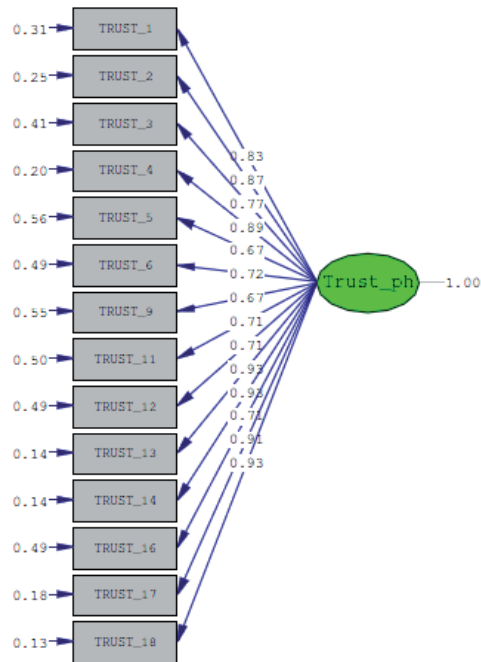
Con el fin de verificar esta estructura unidimensional se realizó un análisis factorial confirmatorio de este modelo obteniéndose las siguientes características de ajuste:

Tabla 38. Características de ajuste en el análisis factorial confirmatorio del cuestionario confianza depositada en el profesional fisioterapeuta.

RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)	0,11 (0.10 ; 0.13)
RMR (Root Mean Square Residual)	0.033
NFI (Normed Fit Index) Y CFI (Comparative Fit Index)	0.97 y 0.98
GFI (Goodness of Fit Index)	0.85
AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index)	0.79
Índice χ^2 relativo (Razón $\chi^2/g.l$)	5,16

De las 2 medidas de error del ajuste, el RMSEA quedó superior a 0,08 pero el RMR muestra un valor adecuado (por debajo de 0,08). Las medidas de buen ajuste (NFI, CFI) quedaron muy próximas a 1, por tanto se consideró un buen ajuste de este modelo con una estructura unidimensional.

Fig. 15. Modelo AFC del cuestionario confianza en el profesional fisioterapeuta con factores estandarizados



VALIDEZ DE CRITERIO

Se estableció la validez de criterio comparando la medición de este instrumento con un criterio externo, en este caso con los resultados obtenidos en los mismos sujetos (Validez concurrente), del cuestionario de confianza en el proveedor de salud *WAKE FOREST* que se desarrolla a continuación.

Se obtuvo una correlación significativa, positiva y sustancial (coeficiente de correlación Rho de Spearman=0,905) que aportó evidencia para la validez de criterio de este instrumento.

FIABILIDAD

El valor del coeficiente alfa de Cronbach para todo el cuestionario fue de 0,962 lo que indica una alta consistencia interna.

En la Matriz de correlación inter-ítem, se obtuvo que, en general, existía buena correlación entre todos los ítems excepto en el ítem 7, que ya se había decidido eliminar, con correlaciones por debajo de 0,39 (Anexo 35).

Con todo, quedó constituida la versión final del cuestionario, versión 5, que contaba con 14 ítems (Anexo 37), altamente fiable y con una estructura que apunta a la unidimensionalidad de la variable.

4.4.5.- RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 4.1.-REALIZAR LA ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN PRELIMINAR DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE UN CUESTIONARIO QUE MIDE CONFIANZA EN/LA PROVEEDOR/A DE SALUD (WAKE FOREST TRUST SCALE).

Se decidió que uno de los instrumentos de medida encontrado en la literatura, en concreto el *WAKE FOREST TRUST SCALE* de Hall et al¹⁴⁶ en idioma inglés y que mide la confianza en el proveedor de salud en general, se utilizaría para realizar la validez de criterio del instrumento de medida de la confianza en el/la fisioterapeuta desarrollado en esta investigación. Se sometió este cuestionario de 10 ítems a un proceso de traducción-retrotraducción para obtener la versión española del mismo y poder realizar la adaptación transcultural y validación en idioma español de esta escala.

4.4.5.1. Proceso de traducción-retrotraducción.

Se procedió al proceso de traducción-retrotraducción por 4 traductores siguiendo el esquema propuesto en el apartado de Metodología. El *test de legibilidad de Fernández Huerta* de la nueva versión española fue 67,3 (texto de complejidad "normal").

4.4.5.2.- Resultados de la Fase 3. Prueba piloto. Ajuste del cuestionario.

El juicio crítico de los 15 pacientes entrevistados en relación a este cuestionario fue el siguiente:

- Todas las preguntas resultaron claras.
- Ningún entrevistado manifestó necesidad de modificación ni que sobrara ningún ítem.
- El total de entrevistados expresaron sentirse cómodos con la entrevista y el cuestionario, y consideraron que el tiempo de cumplimentación del mismo era "normal" y "corto".

Se pilotó el cuestionario en la muestra de 58 pacientes descrita con anterioridad y se calculó la fiabilidad del mismo a través del coeficiente alfa de Cronbach que fue de 0,94. Se obtuvo, asimismo, la Matriz de correlación inter-ítem para comprobar los valores de los coeficientes de correlación. En este último sentido, todos los ítems obtuvieron buenos valores de correlación, por encima de 0,30. (Anexo 38).

No se modificó este cuestionario y esta misma versión (Anexo 8) se sometió al estudio de validación en una muestra amplia

4.4.5.3.- Resultados de la Fase 4. Validación en una muestra amplia.

ESTIMACIÓN DE LA CAPACIDAD DISCRIMINANTE DE CADA UNO DE LOS ÍTEMS QUE COMPONEN EL CUESTIONARIO:

-Frecuencia de endose: Como se refleja en la tabla 39 , todas las alternativas de respuesta estaban representadas en los datos. La frecuencia de endose osciló entre 1 (0,3%) de la alternativa de respuesta "Totalmente en desacuerdo" del ítem 4 ("Mi fisioterapeuta es extremadamente minucioso y cuidadoso") y 179 (53,8%) de la alternativa de respuesta "Totalmente de acuerdo" del mismo ítem. Este ítem 4 y el ítem 10 de este cuestionario son ítems equivalentes (muy parecidos) al ítem 1 y 14, respectivamente, del cuestionario de confianza en el profesional fisioterapeuta desarrollado en esta investigación.

Tabla 39. Frecuencia de endose para cada alternativa de respuesta de los ítems del cuestionario WAKE FOREST.

Nº Ítem/Alternativa respuesta	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Ítem 1 "Mi fisioterapeuta hace todo lo necesario para darme el tratamiento que preciso".	2	22	26	163	120
Ítem 2 "A veces mi fisioterapeuta se preocupa más de lo que le conviene a él/ella que de mi tratamiento"	17	28	31	119	138
Ítem 3 "La habilidad profesional de mi fisioterapeuta no es tan buena como debería ser"	6	30	22	125	150
Ítem 4 "Mi fisioterapeuta es extremadamente minucioso y cuidadoso"	1	12	34	107	179
Ítem 5 "Confío plenamente que mi fisioterapeuta decide las técnicas de tratamiento más adecuadas para mí"	5	14	35	114	165
Ítem 6 "Mi fisioterapeuta es totalmente honesto explicándome las diferentes opciones de tratamiento disponibles para mí."	7	19	35	143	129
Ítem 7 "Mi fisioterapeuta sólo piensa en lo mejor para mí"	4	15	67	105	142
Ítem 8 "A veces mi fisioterapeuta no me presta toda la atención cuando intento decirle algo"	18	34	22	137	122

Ítem 9 "No tengo de qué preocuparme poniendo mi salud en manos de mi fisioterapeuta."	4	20	61	118	130
Ítem 10 "En general, tengo plena confianza en mi fisioterapeuta"	12	20	27	102	172

-Coeficiente de correlación de Pearson de cada ítem con la variable "Puntuación total" del Cuestionario. Los valores se muestran en la tabla 40. Cabe destacar que todos los ítems obtuvieron valores por encima del valor de referencia (0,30). Todos los resultados fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Tabla 40. Coeficiente de correlación de Pearson de cada ítem con el total.

Nº Ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
R (N=333)	,834	,759	,824	,861	,896	,713	,851	,726	,802	,895
Sig	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

VALIDEZ DE CONSTRUCTO

-Análisis Factorial Exploratorio

En primer lugar se realizaron las pruebas de Kaiser Meyer Olkin (KMO) y de esfericidad de Bartlett para contrastar la adecuación de utilizar el Análisis Factorial.

La prueba KMO arrojó un valor de 0,945 y la prueba de esfericidad de Bartlett tuvo un valor de significación cercano a 0 ($p = 0,0001$)

Se utilizó como método de extracción el Análisis de Componentes Principales que arrojó un sólo factor que explicaba el 67,1 % de la varianza total. (Anexo 39)

El gráfico de sedimentación (fig. 16) indicó la selección de un sólo factor (presentó un sólo codo).

Como en el original, todos los ítems ajustaban a este único factor con una carga superior a 0,70 (tabla 41).

Fig. 16. Gráfico de sedimentación del cuestionario WAKE FOREST.

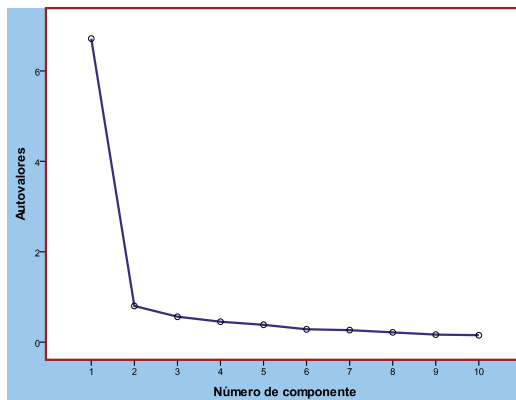


Tabla 41. Cargas de cada uno de los ítems en el factor.

	Componente
	1
Ítem 1 <i>"Mi fisioterapeuta hace todo lo necesario para darme el tratamiento que preciso".</i>	,844
Ítem 2 <i>"A veces mi fisioterapeuta se preocupa más de lo que le conviene a él/ella que de mi tratamiento"</i>	,738
Ítem 3 <i>"La habilidad profesional de mi fisioterapeuta no es tan buena como debería ser"</i>	,812
Ítem 4 <i>"Mi fisioterapeuta es extremadamente minucioso y cuidadoso"</i>	,875
Ítem 5 <i>"Confío plenamente que mi fisioterapeuta decide las técnicas de tratamiento más adecuadas para mí"</i>	,908
Ítem 6 <i>"Mi fisioterapeuta es totalmente honesto explicándome las diferentes opciones de tratamiento disponibles para mí."</i>	,713
Ítem 7 <i>"Mi fisioterapeuta sólo piensa en lo mejor para mí"</i>	,863
Ítem 8 <i>"A veces mi fisioterapeuta no me presta toda la atención cuando intento decirle algo"</i>	,700
Ítem 9 <i>"No tengo de qué preocuparme poniendo mi salud en manos de mi fisioterapeuta."</i>	,811
Ítem 10 <i>"En general, tengo plena confianza en mi fisioterapeuta"</i>	,900

-Análisis Factorial Confirmatorio

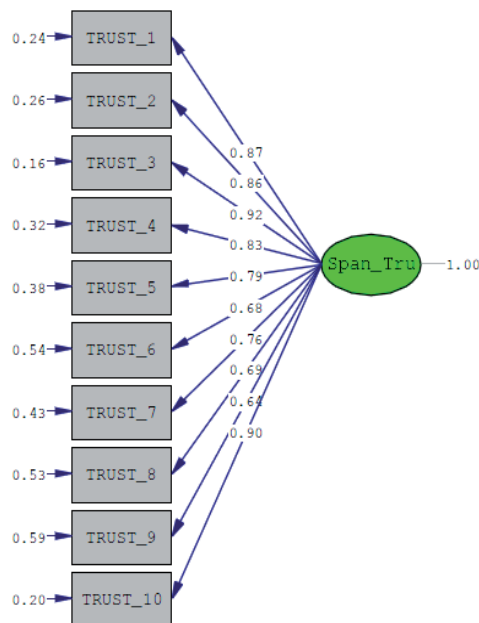
Con el fin de verificar esta estructura unidimensional (coincidente con la versión original en inglés) se realizó un análisis factorial confirmatorio de este modelo obteniéndose las siguientes características de ajuste:

Tabla 42. Características de ajuste en el análisis factorial confirmatorio del cuestionario WAKE FOREST.

RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)	0.11 (0.11 - 0.14)
RMR (Root Mean Square Residual)	0.05
NFI (Normed Fit Index) Y CFI (Comparative Fit Index)	0.97 y 0.97
GFI (Goodness of Fit Index)	0.88
AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index)	0.82
Índice χ^2 relativo (Razón $\chi^2/g.l$)	6,31

De las 2 medidas de error del ajuste, el RMSEA queda superior a 0,08 pero el RMR muestra un valor adecuado (por debajo de 0,08). Las medidas de buen ajuste (NFI, CFI) quedaron muy próximas a 1, por tanto se consideró un buen ajuste de este modelo a una estructura unidimensional idéntica a la de la versión original.

Fig. 17. Modelo AFC del Cuestionario WAKE FOREST con factores estandarizados



FIABILIDAD

El valor del coeficiente alfa de Cronbach para todo el cuestionario fue de 0,941 lo que indicó una alta consistencia interna. Tan sólo si se eliminara el ítem 8, este coeficiente experimentaría un ligero aumento situándose en 0,942. No se eliminó este ítem porque su eliminación varía muy poco la alta fiabilidad conseguida y porque se pretendía obtener una versión homóloga al original.

En la Matriz de correlación Inter-ítem, se obtuvo que, en general, existía buena correlación entre todos los ítems. (Anexo 40)

Definitivamente, la versión española del cuestionario *WAKE FOREST* quedó constituida de manera idéntica al original con el respaldo de los buenos datos psicométricos obtenidos.

4.5.- RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 5. MEDIR LAS VARIABLES INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA EN POBLACIÓN DE PACIENTES ANDALUCES, MEDIR LA VARIABLE INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PROPORCIONADA EN POBLACIÓN DE FISIOTERAPEUTAS ANDALUCES Y ESTABLECER RELACIONES ENTRE AMBAS VARIABLES.

4.5.1. Caracterización general de la muestra de pacientes. Resultados para el análisis descriptivo univariante.

Se contó con una muestra de 334 pacientes que accedieron voluntariamente a participar en el estudio. La buena labor de los/as encuestadores/as quedó justificada porque tan sólo hubo que descartar un cuestionario por no estar bien cumplimentado.

Los criterios de inclusión de los participantes, el tipo de muestreo y la recogida de datos se explican en el apartado de metodología.

A continuación se describen las características de esta muestra.

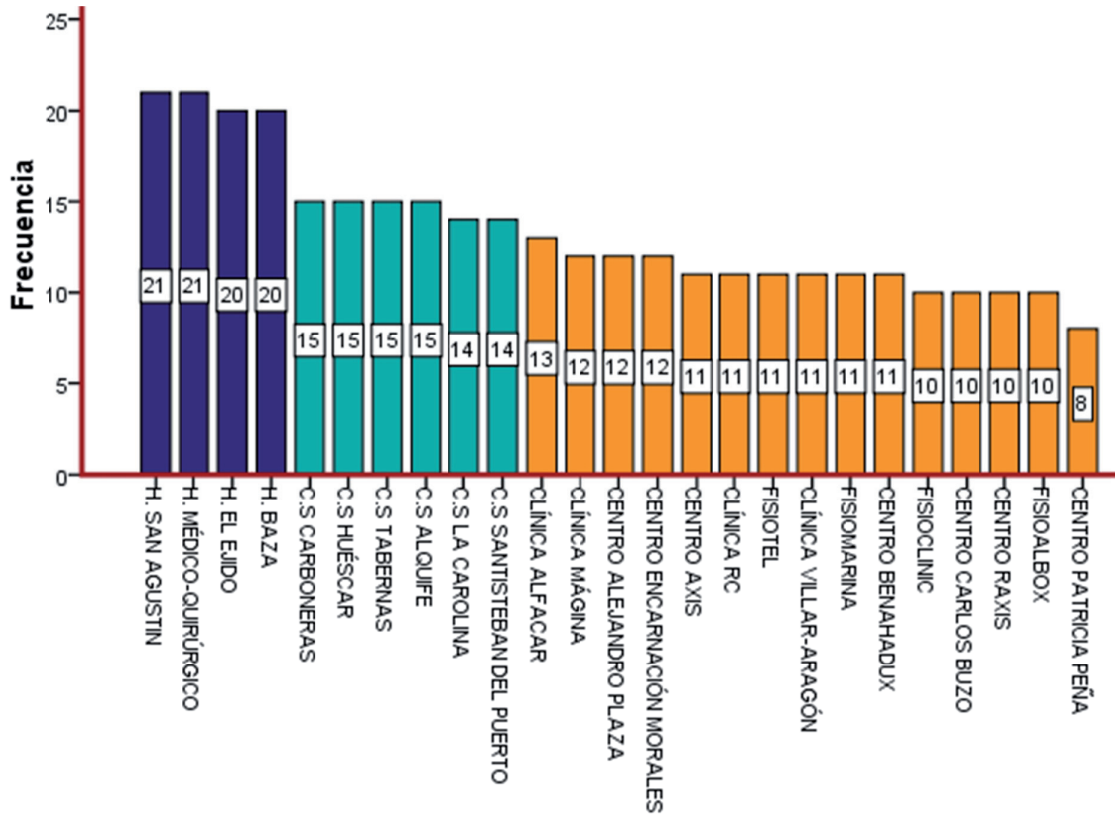
-Distribución en función del centro al que acuden los pacientes.

La distribución por centros quedó representada de la siguiente manera: 170 pacientes (51% del total) pertenecían a centros públicos (82 pacientes de centros de Atención Especializada y 88 de centros de Atención Primaria) y 163 pacientes (49% del total) pertenecían a centros privados de fisioterapia.

- Los 82 pacientes de centros de Atención Especializada se distribuyeron en 4 centros de la siguiente manera: 21 pacientes (25,6%) del Complejo Hospitalario de Jaén (Jaén), 21 pacientes (25,6%) del Hospital San Agustín (Linares, Jaén), 20 pacientes (24,4%) del Hospital Poniente (El Ejido, Almería) y 20 pacientes (24,4%) del Hospital de Baza (Baza, Granada).
- Los 88 pacientes de centros de Atención Primaria se distribuyeron en 6 centros de la siguiente manera: 14 pacientes del Centro de Salud de Santisteban del Puerto (Jaén) (15,9%), 14 pacientes (15,9%) del Centro de Salud de La Carolina (Jaén), 15 pacientes (17%) del Centro de Salud de Tabernas (Almería), 15 pacientes (17%) del Centro de Salud de Carboneras (Almería), 15 pacientes (17 %) del Centro de Salud de Huéscar (Granada) y 15 pacientes (17%) del Centro de Salud del Alquife (Granada).
- Los 163 pacientes que pertenecían a la sanidad privada se distribuyeron en 15 centros de la siguiente manera: 12 pacientes (7,4%) del Centro de Fisioterapia y Osteopatía Mágina (Jaén), 12 pacientes (7,4%) de la Clínica de Fisioterapia y Osteopatía Alejandro Plaza Fernández (Linares, Jaén), 10 pacientes (6,1%) del Centro Fisioclinic (Jaén), 11 pacientes (6,7%) del Centro de Fisioterapia AXIS (Jaén), 11 pacientes (6,7%) de la Clínica Villar-Aragón (Úbeda, Jaén), 11 pacientes (6,7%) del Centro de Fisioterapia y Acupuntura Benahadux (Benahadux, Almería), 10 pacientes (6,1%) del Centro FisioAlbox (Albox, Almería), 11 pacientes (6,7%) del Centro Fisiotel (La Carolina, Jaén), 10 pacientes (6,1 %) de la Clínica de Fisioterapia Raxis (Albolote, Granada), 8 pacientes (4,9%) del Centro de Fisioterapia Patricia Peña (Granada), 13 pacientes (8%) de la Clínica de Fisioterapia Alfacar (Alfacar, Granada), 11 pacientes (6,7%) de la Clínica Fisiomarina (Almuñécar, Granada), 12 pacientes (7,4%) del Centro de Fisioterapia Encarnación Morales (Granada), 10 pacientes (6,1%) del Centro de Fisioterapia Carlos Buzo (Málaga) y 11 pacientes (6,7%) de la Clínica RC Fisioterapia (Vélez-Málaga, Málaga).

La frecuencia de distribución por centros viene representada en la fig 18.

Fig. 18. Distribución de la muestra de pacientes en función del centro asistencial.



-Distribución en función de la edad.

La edad media de todos los pacientes participantes fue de 49,48 años con una desviación estándar de 16,48 años. La edad mínima fue 18 años y la máxima 85 años.

Atendiendo a la variable edad categorizada según se indica en el apartado de metodología, se observó que el 14,4% de los pacientes presentaba menos de 30 años (Jóvenes), el 37,8% presentaba una edad comprendida entre 31 y 50 años (Adultos Jóvenes), el 28,2% presentaba una edad comprendida entre 51 y 65 años (Adultos Mayores) y el resto (19,5%) tenía más de 66 años, de los que el 6,6% tenía más de 76 años (Ancianos).

-Distribución en función del género.

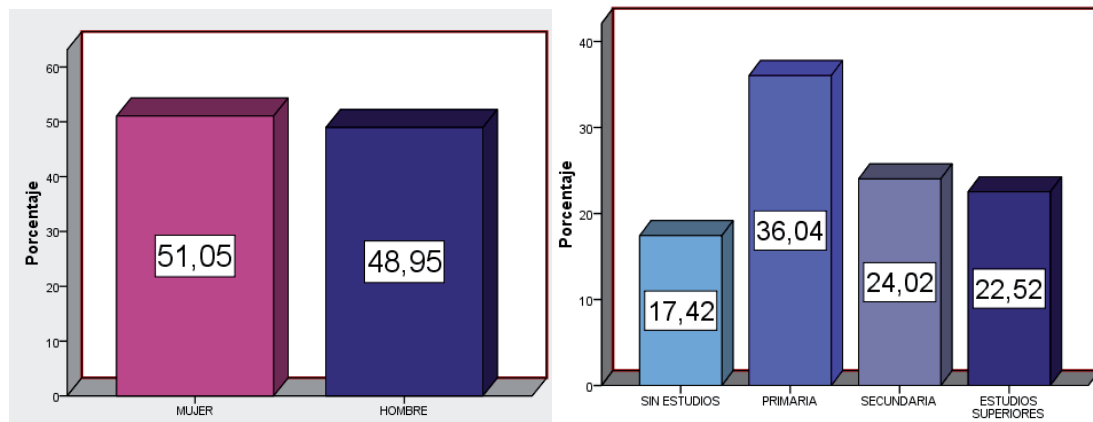
De los 333 participantes, 170 (51%) eran mujeres y 163 (49%) varones (Fig 19).

-Distribución en función del nivel de estudios.

En relación al nivel de estudios: 58 pacientes (17,4%) manifestaron no tener estudios, 120 pacientes tenían estudios primarios (36%), 80 pacientes (24%) tenían estudios secundarios y 75 (22,5%) manifestaron tener estudios superiores.

La distribución en función del género y el nivel de estudios puede observarse en la figura 19.

Fig. 19. Distribución de la muestra en función del género y nivel de estudios.

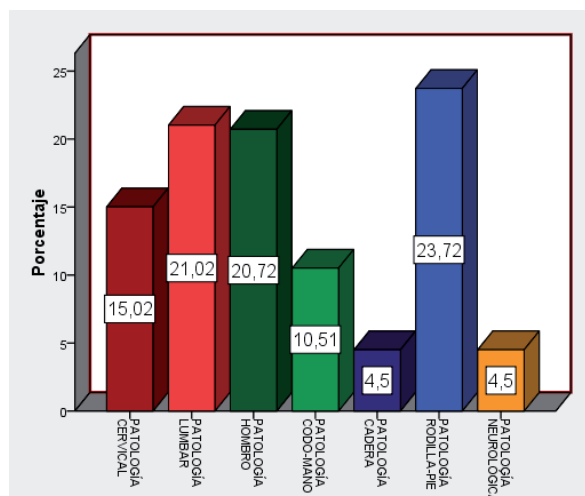


-Distribución en función de la localización de la patología.

En relación a la localización de la patología: 50 pacientes (15%) presentaban patología de la columna cervical, 70 pacientes (21%) patología de columna lumbar, 69 pacientes (20,7%) patología de hombro, 35 pacientes (10,5%) patología de codo-mano, 15 pacientes (4,5%) patología de cadera, 79 pacientes (23,7%) patología de rodilla-pie y 15 pacientes (4,5%) presentaban patología neurológica general.

La distribución en función de la localización de la patología puede observarse gráficamente en la fig. 20

Fig. 20. Distribución de la muestra en función de la localización de la patología



-Distribución en función del número de sesiones de fisioterapia, duración de la sesión, sensación de dolor actual y percepción de mejora del estado de salud.

- El número medio de sesiones de fisioterapia que habían recibido los pacientes de la muestra fue de 19,32 sesiones con una desviación estándar de 28,39 sesiones. La mediana se situó en 12 y el rango intercuartil fue 19-20. Atendiendo a esta variable categorizada según se indica en el apartado de metodología, puede observarse en la tabla 43, la distribución de la muestra en las distintas categorías de esta variable.

Tabla 43. Distribución de la muestra en función de la variable número de sesiones categorizada.

	Frecuencia	Porcentaje
0-10 SESIONES	132	39,6
11-20 SESIONES	139	41,7
21-50 SESIONES	47	14,1
MAS DE 50 SESIONES	15	4,5
Total	333	100,0

- La duración media del tiempo en el que el paciente se sentía atendido directamente por el profesional fisioterapeuta fue de 35,11 minutos con una desviación estándar de 24,74 minutos. La mediana se situó en 30 minutos y el rango intercuartil fue 15-60. Atendiendo a esta variable categorizada según se indica en el apartado de metodología, puede observarse en la tabla 44, la distribución en las distintas categorías de esta variable.

Tabla 44. Distribución de la muestra en función de la variable duración de la sesión categorizada.

	Frecuencia	Porcentaje
0 a 10 min	68	20,4
11 a 20 min	83	24,9
21 a 50 min	85	25,5
Más de 51 min	97	29,1
Total	333	100,0

- La sensación media de dolor actual que sentían los pacientes de la muestra fue de 6,26 con una desviación estándar de 2,26. La mediana se situó en 6 y el rango intercuartil fue 5-8. En la tabla 45 puede observarse la distribución en las distintas categorías de esta variable. El 57,1 % de los pacientes manifestaban sufrir un dolor moderado (de 4 a 7 en una escala numérica del dolor que va de 0:Ningún dolor al 10:Dolor insoportable)

Tabla 45. Distribución de la muestra en función de la variable dolor categorizado.

	Frecuencia	Porcentaje
DOLOR LEVE (de 0 a 3)	41	12,3
DOLOR MODERADO (de 4 a 7)	190	57,1
DOLOR SEVERO (de 8 a 10)	102	30,6
Total	333	100,0

- La sensación media de mejora en el estado de salud de los pacientes de la muestra fue de 6,97 (en una escala donde 1: Muchísimo peor y 9: Muchísimo mejor) con una desviación estándar de 1,34. La mediana se situó en 7 (7: Mejor) y el rango intercuartil fue 6-8. Esta variable cualitativa ordinal se categorizó en una nueva variable cualitativa ordinal simplificada según se indica en el apartado de metodología. En la tabla 46 puede observarse la distribución en las distintas categorías de esta variable.

Tabla 46. Distribución de la muestra en función de la variable estado categorizado.

	Frecuencia	Porcentaje
MUCHO PEOR (valores 1 y 2)	0	0
PEOR (valores 3 y 4)	12	3,6
IGUAL (valor 5)	40	12,0
MEJOR (valores 6 y 7)	151	45,3
MUCHO MEJOR (valores 8 y 9)	130	39,0
Total	333	100,0

Cabe destacar que el 84,3 % de los pacientes manifestaron sentirse "mejor" o "mucho mejor" cuando comparaban su estado de salud actual respecto a como se encontraban antes de iniciar el tratamiento de fisioterapia.

Tabla 47. Resumen de las características descriptivas generales de la muestra de pacientes

Variables de estudio	Total de pacientes participantes n=333
Tipo de centro asistencial	Nº Pacientes (%)
Centro privado	163 (48,9)
Centro de salud	88 (26,4)
Centro hospitalario	82 (24,6)
Edad	
-Jóvenes (de 18 a 30 años)	48 (14,4)
-Adultos Jóvenes (de 31 a 50 años)	126 (37,8)
-Adultos Mayores (de 51 a 65 años)	94 (28,2)
-Mayores (de 66 a 75 años)	43 (12,9)
-Ancianos (más de 76 años)	22 (6,6)
Género	
Mujeres	170 (51,1)
Hombres	163 (48,9)
Nivel de estudios	
-Sin estudios	58 (17,4)
-Primaria	120 (36)
-Secundaria	80 (24)
-Superiores	75 (22,5)
Localización de la patología	
-PAT. CERVICAL	50 (15)
-PAT. LUMBAR	70 (21)
-PAT. HOMBRO	69 (20,7)
-PAT. CODO-MANO	35 (10,5)
-PAT. CADERA	15 (4,5)
-PAT. RODILLA-PIE	79 (23,7)
-PAT. NEUROLÓGICA	15 (4,5)
Nº Sesiones	
0-10 sesiones	132 (39,6)
11-20 sesiones	139 (41,7)
21-50 sesiones	47 (14,1)
>50 sesiones	15 (4,5)

Duración sesión	Nº Pacientes (%)
0 a 10 min	68 (20,4)
11 a 20 min	83 (24,9)
21 a 50 min	85 (25,5)
Más de 51 min	97 (29,1)
Dolor	
-Dolor leve (Valores de 0 a 3)	41 (12,3)
-Dolor moderado (Valores de 4 a 7)	190 (57,1)
-Dolor severo (Valores de 8 a 10)	102 (30,6)
Estado actual	
-Mucho Peor (Valores 1 y 2)	0 (0)
-Peor (Valores 3 y 4)	12 (3,6)
-Igual (Valor 5)	40 (12)
-Mejor (Valores 6 y 7)	151 (45,3)
-Mucho mejor (Valores 8 y 9)	130 (39)

4.5.1.1 Caracterización de la muestra de pacientes en función del tipo de centro.

A continuación, se analizaron todas estas características en la muestra de pacientes de centros privados y en la muestra de pacientes de centros públicos (de centros de salud y de centros hospitalarios) para contrastar la distribución de estas variables en función del tipo de centro.

✓ Tipo de centro y edad

En primer lugar, se comprobó la normalidad de esta variable cuantitativa que presentó una distribución Normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($p=0,281$).

Se obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre los centros privados y los públicos en relación a la edad de los pacientes ($F= 16,15$; $P<0.0001$).

En la tabla 48 se muestra la distribución de la variable edad en función del tipo de centro. La edad media de los pacientes de centros privados rondaba los 44 años mientras que la edad media de los pacientes que acudían a centros públicos era casi una década superior. Si atendemos sólo a centros públicos (hospitales y centros de salud), no se encontraron diferencias en relación a la edad de los pacientes ($t=9,36$; $gl=168$, $p=0,351$).

Tabla 48. Distribución de la muestra en función del tipo de centro y la edad.

Variable	Valor global (N=333)	Centros privados (N=163)	Centros de Salud (N=88)	Hospital (N=82)	Estadístico (significación)
Edad (años) Media± desv estándar (Rango)	49,48±16,48 (18-85)	44,52±16,34 (18-83)	55,28±15,25 (23-81)	53,10±15,19 (18-85)	F= 16,15 (P<0.0001)

✓ **Tipo de centro y género.**

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación a la distribución por género entre los pacientes que acudían a centros privados y los que acudían a los servicios de fisioterapia de centros públicos ($\chi^2=5,11$; gl=2; p= 0,07). Puede observarse en la tabla 49.

✓ **Tipo de centro y nivel de estudios**

Analizando el nivel de estudios por tipo de centro se observaron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=62,63$; gl=6; p< 0,001) entre los centros privados que concentraron mayor porcentaje de pacientes con estudios superiores (36,2 % del total de pacientes que acudían a centros privados) y los centros públicos con un alto porcentaje de pacientes con inferior nivel de estudios. Si atendemos sólo a centros públicos, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=9,186$; gl=3; p= 0,027): el 81,8 % de los pacientes que acudían a los servicios de fisioterapia de centros de salud eran pacientes sin estudios o sólo con estudios primarios, mientras que este porcentaje era del 60% en pacientes que acudieron a los servicios de fisioterapia de centros hospitalarios. (Tabla 49)

✓ **Tipo de centro y localización de la patología**

En relación a la localización de la patología que presentaba el paciente, existían diferencias estadísticamente significativas entre los centros asistenciales ($\chi^2=85,61$; gl=12; p<0,001) de manera que la patología localizada en la columna lumbar era la más frecuente en los pacientes que acudían a centros privados (supone el 32% del total de pacientes), seguido de la patología localizada en la columna cervical (supone el 24% del total). Sin embargo, en centros públicos, la patología de hombro y la patología de rodilla-pie eran las que englobaban los porcentajes más altos.

En la fig. 21. puede observarse la distribución de la muestra en función de la localización de la patología y el tipo de centro asistencial.

Si atendemos sólo a centros públicos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la localización de la patología de los pacientes ($\chi^2=11,770$; gl=6; p=0,067). Sin embargo, la patología que presentó el porcentaje más alto en centros de salud (40,9% del total) fue la patología de hombro y la patología más frecuente en centros

hospitalarios (30,5% del total de los pacientes) fue la patología de rodilla-pie. (Tabla 49).

Fig. 21. Distribución de la muestra en función del tipo de centro y la localización de la patología.

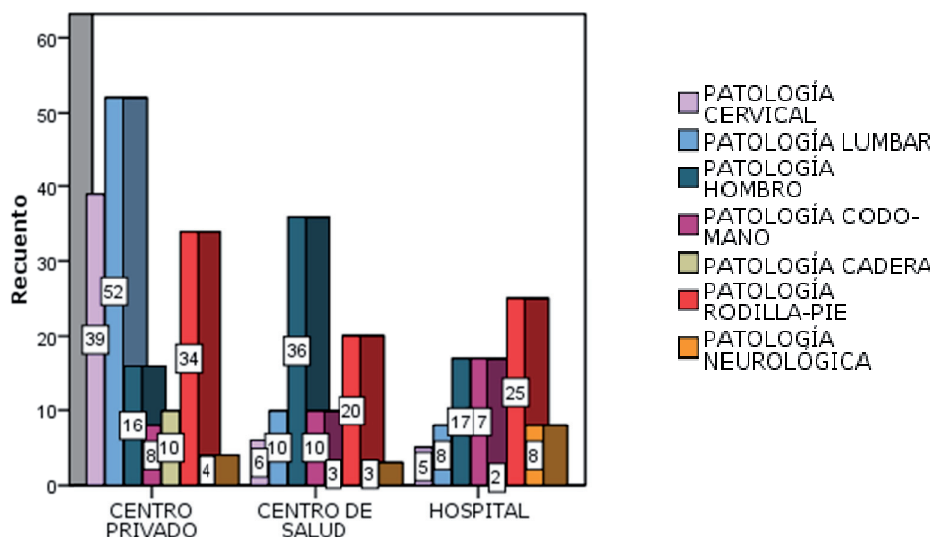


Tabla 49. Distribución de la muestra en función del tipo centro y el género, tipo de centro y nivel de estudios y tipo de centro y localización de la patología.

Total de pacientes participantes n=333	Valor global	Tipo de centro			Estadístico (significación)
		Centros privados (N=163)	Centros de Salud (N=88)	Hospital (N=82)	
	Recuento (%)	Recuento (%)	Recuento (%)	Recuento (%)	
Género					
Mujeres	170 (51,1)	74 (45,4)	53 (60,2)	43 (52,4)	x ² =5,11 gl=2; p= 0,07
Hombres	163 (48,9)	89 (54,6)	35 (39,8)	39 (47,6)	
Nivel de estudios					
-Sin estudios	58 (17,4)	13 (8)	26 (29,5)	19 (23,2)	x ² =62,63 gl=6; p< 0,001
-Primaria	120 (36)	43 (26,4)	46 (52,3)	31 (37,8)	
-Secundaria	80 (24)	48 (29,4)	11 (12,5)	21 (25,6)	
-Superiores	75 (22,5)	59 (36,2)	5 (5,7)	11 (13,4)	
Localización de la patología					
-PAT. CERVICAL	50 (15)	39 (23,9)	6 (6,8)	5 (6,1)	x ² =85,61 gl=12; p< 0,001
-PAT. LUMBAR	70 (21)	52 (31,9)	10 (11,4)	8 (9,8)	
-PAT. HOMBRO	69 (20,7)	16 (9,8)	36 (40,9)	17 (20,7)	
-PAT. CODO-MANO	35 (10,5)	8 (4,9)	10 (11,4)	17 (20,7)	
-PAT. CADERA	15 (4,5)	10 (6,1)	3 (3,4)	2 (2,4)	
-PAT. RODILLA-PIE	79 (23,7)	34 (20,9)	20 (22,7)	25 (30,5)	
-PAT. NEUROLÓGICA	15 (4,5)	4 (2,5)	3 (3,4)	8 (9,8)	

✓ **Tipo de centro y número de sesiones, duración de la sesión, dolor del paciente y mejora del estado de salud.**

Se realizaron las pruebas de normalidad de estas variables cuantitativas. Todas presentaron una distribución No Normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,05$).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (prueba de Kruskal-Wallis con $p < 0,001$) entre los centros en relación a todas estas variables, pero las diferencias se establecieron al contrastar los centros privados con ambos tipos de centros públicos (centros de salud y hospitales) ya que si atendemos sólo a los centros públicos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos en relación al número de sesiones ($U=3596,5$; $p=0,971$), duración de las sesiones ($U=3557,5$; $p=0,873$), dolor de los pacientes ($U=3170$; $p=0,167$) y percepción de mejora del estado de salud ($U=3292$; $p=0,313$).

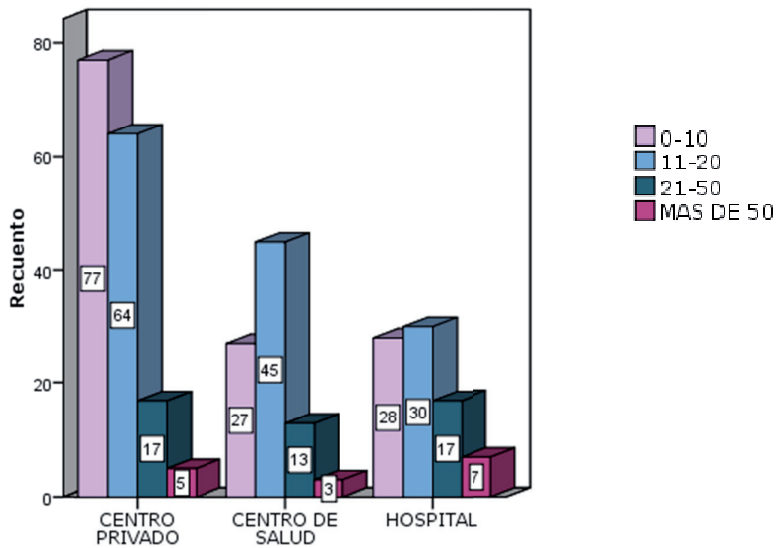
En la tabla 50 se describen las características de la muestra en función del tipo de centro y estas variables, observándose que las diferencias se establecieron al contrastar centros privados con los otros dos tipos de centros y no entre ambos tipos de centros públicos.

Tabla 50. Distribución de la muestra en función del tipo centro y el número de sesiones, del tipo de centro y duración de la sesión, del tipo de centro y dolor y del tipo de centro y mejora del estado de salud de los pacientes.

Variable	Valor global (N= 333)	Tipo de centro			Prueba de Kruskal- Wallis (significación)
		Centros privados (N=163)	Centros de Salud (N=88)	Centros Hospitalarios (N=82)	
Número de sesiones -Media \pm desv. estándar (Rango) -Mediana; (rango intercuartil)	19,32 \pm 28,39 (5-110) 12; (9-20)	17,28 \pm 27,65 (5-110) 11 (8-15)	17,8 \pm 16,62 (5-110) 14 (10-20)	25 \pm 37,86 (5-200) 13 (9-24,25)	7,638 ($p=0,022$)
Duración de la sesión (minutos) -Media \pm desv. estándar (Rango) -Mediana; (rango intercuartil)	35,11 \pm 24,74 (0-150) 30; (15-60)	55,15 \pm 18,33 (10-150) 60 (45-60)	14,75 \pm 6,94 (0-30) 15 (10-20)	17,12 \pm 14,07 (0-75) 15 (10-20)	219,365 ($P < 0.001$)
Dolor (del 0=Ningún dolor al 10=Dolor insoportable) -Media \pm desv estándar (Rango) -Mediana; (rango intercuartil)	6,26 \pm 2,26 (0-10) 6; (5-8)	5,73 \pm 2,27 (0-10) 6 (4-7)	6,92 \pm 2,26 (0-10) 7 (5,25-8,75)	6,59 \pm 1,99 (0-10) 7 (5-8)	15,909 ($P < 0.001$)
Estado actual (del 1=Muchísimo peor al 9=Muchísimo mejor) -Media \pm desv estándar (Rango) -Mediana; (rango intercuartil)	6,97 \pm 1,34 (3-9) 7; (6-8)	7,53 \pm 1,09 (4-9) 8 (7-8)	6,57 \pm 1,44 (4-9) 6 (5-8)	6,29 \pm 1,24 (3-9) 6 (5-7)	56,517 ($P < 0.001$)

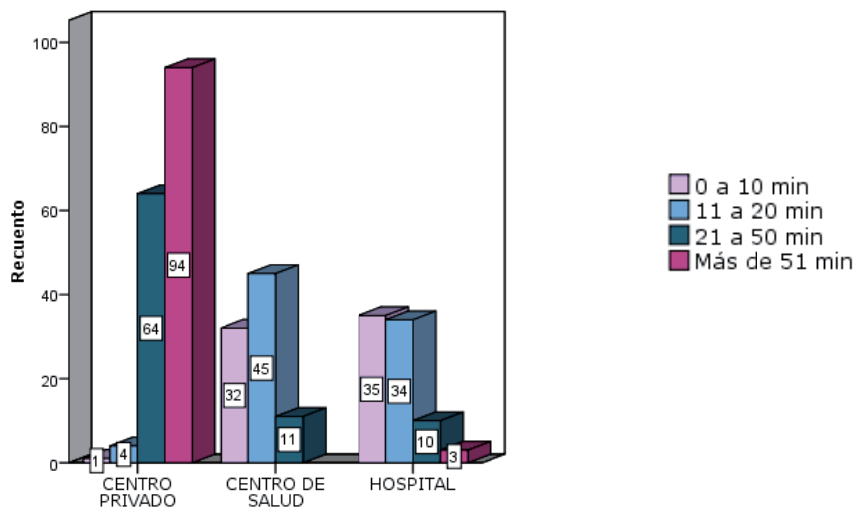
Todas estas variables se categorizaron y convirtieron en variables cualitativas ordinales para una mejor comprensión de los resultados, tal como se indica en el apartado de metodología. Se presentan a continuación algunos gráficos y comentarios que visualizan mejor los resultados obtenidos.

Fig. 22. Distribución de la muestra en función del tipo de centro y el número de sesiones categorizado.



Se encontraron diferencias entre los centros privados y los públicos en relación al número de sesiones de tratamiento de fisioterapia en el sentido que en los centros privados predominó el rango de 0 a 10 sesiones y en los centros públicos predominó el rango de 11 a 20 sesiones de tratamiento.

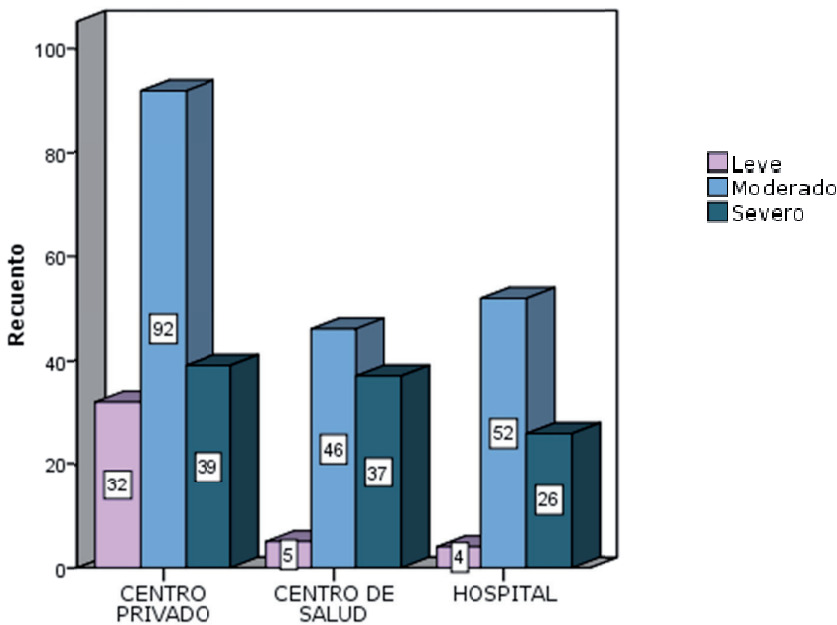
Fig.23. Distribución de la muestra en función del tipo de centro y la duración de la sesión categorizada (tiempo que el paciente percibe que su fisioterapeuta le dedica de forma directa e individual).



-Se encontraron diferencias entre los centros privados y los públicos en relación a la duración de una sesión de fisioterapia entendiendo ésta como el tiempo en el que el fisioterapeuta se dedica en exclusiva al paciente). En los centros privados el mayor porcentaje de sesiones tuvo una duración superior a 51 minutos, mientras que en centros de salud el 100% de las sesiones tuvo una duración inferior a este tiempo y un mínimo porcentaje de las sesiones de centros hospitalarios presentó esta duración.

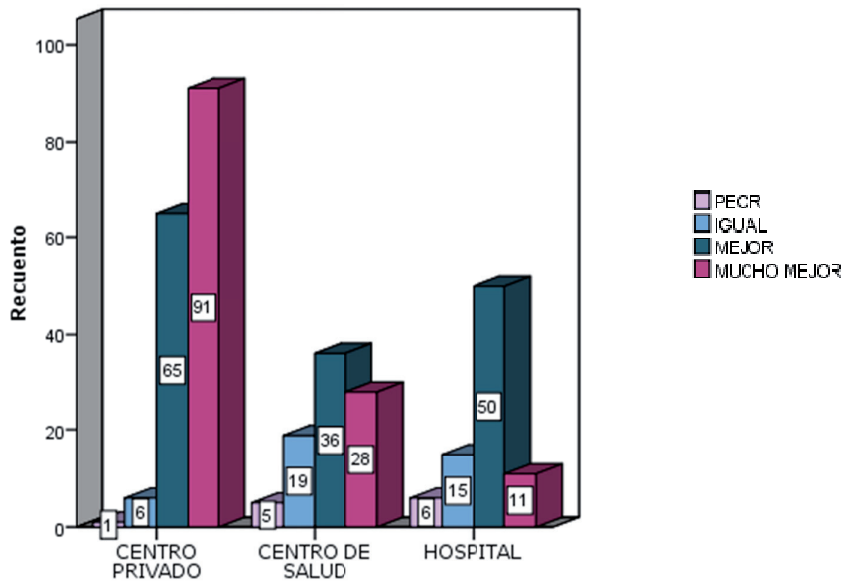
De otro lado, las sesiones más cortas (de menos de 10 minutos) fueron más frecuentes en los centros públicos, mientras que en los privados estas sesiones cortas son prácticamente inexistentes (tan sólo 1 paciente, de los 163 participantes de centros privados, manifestó que sus sesiones de tratamiento eran de menos de 10 minutos).

Fig. 24. Distribución de la muestra en función del tipo de centro y el dolor categorizado.



-Se encontraron diferencias entre centros privados y públicos en relación al dolor que padecían los/as pacientes usuarios de fisioterapia. En todos los tipos de centros, el dolor moderado (de 4 a 7 en la Escala Numérica del dolor) fue el más frecuente, seguido del dolor severo (de 8 a 10 en la Escala Numérica del dolor), pero en los centros privados el porcentaje de pacientes que padecía un dolor leve (de 0 a 3 en la Escala Numérica del dolor) fue importante frente al escaso porcentaje de pacientes con dolor leve de centros de salud y de hospitales respectivamente.

Fig. 25. Distribución de la muestra en función del tipo de centro y el estado de salud categorizado.



-Se encontraron diferencias entre los centros asistenciales en relación a la percepción del estado de salud actual de los usuarios de fisioterapia. En los centros privados, el mayor porcentaje fue para los pacientes que manifestaron encontrarse "Mucho Mejor" (engloba a los valores 8 y 9 de la escala original) mientras que en los públicos este porcentaje descendió de manera considerable. Además, en centros públicos, el 27,3% de pacientes de centros de salud y el 25,6% de pacientes de centros hospitalarios, afirmaron encontrarse "Igual" o "Peor" (valores 3, 4 o 5 de la escala original) frente a un escaso porcentaje de pacientes que manifestaron esta condición en centros privados.

4.5.2. Caracterización general de la muestra de fisioterapeutas. Resultados para el análisis descriptivo univariante.

Un total de 73 profesionales fisioterapeutas accedieron voluntariamente a participar en el estudio. Este número equivale a todos los fisioterapeutas que ejercían su profesión en los centros donde se realizó la investigación y que estaban presentes en el momento de la recogida de los datos.

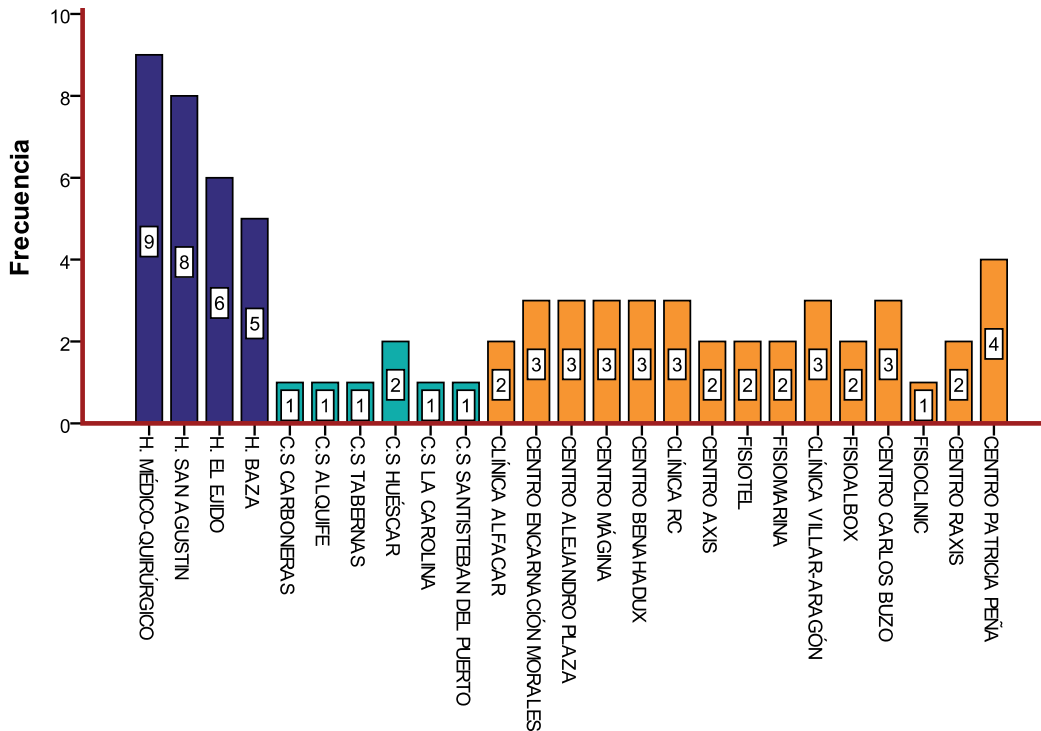
A continuación se describen las características de esta muestra:

-Distribución en función del centro de trabajo.

La distribución por centros quedó representada de la siguiente manera: 35 fisioterapeutas (47,9% del total) pertenecían a centros públicos (28 trabajaban en salas de fisioterapia de hospitales y 7 en centros de salud) y 38 fisioterapeutas (52,1% del total) pertenecían a centros privados de fisioterapia.

La frecuencia de distribución de los profesionales fisioterapeutas por los centros participantes en el estudio viene representada en la fig. 26. Como puede apreciarse el número habitual de fisioterapeutas que trabaja en centros de salud suele ser 1.

Fig. 26. Distribución de la muestra de fisioterapeutas en función del centro



-Distribución en función de la edad.

La edad media de los fisioterapeutas participantes fue de 32,75 años con una desviación estándar de 6,2 años. La edad mínima fue 22 años y la máxima 56 años.

-Distribución en función del género.

De los 73 fisioterapeutas participantes, 43 (58,9%) eran mujeres y 30 (41,1%) varones.

-Distribución en función de los años de carrera profesional y tiempo que dedica a cada sesión de tratamiento.

- El promedio de los años de ejercicio profesional de los/as fisioterapeutas participantes en el estudio fue 10,73 años con una desviación estándar de 5,84 años. El valor mínimo fue de 1 año y el máximo de 31 años.
- El tiempo medio de sesión en el que el/la fisioterapeuta percibía que tenía un trato directo con el/la paciente fue de 34,37 minutos con una desviación estándar de 18,58 minutos. En la tabla 51 puede observarse la distribución en las distintas categorías de esta variable.

Tabla 51. Distribución de la muestra de fisioterapeutas en función de la variable duración de la sesión categorizada.

	Frecuencia	Porcentaje
0 a 10 min	4	5,5
11 a 20 min	29	39,7
21 a 50 min	22	30,1
Más de 50 min	18	24,7
Total	73	100,0

Tabla 52. Resumen de las características descriptivas generales de la muestra de fisioterapeutas.

Variables de estudio	Total de fisioterapeutas participantes n=73
	Frecuencia (%)
Tipo de centro de trabajo	
Centro privado	38 (52,1)
Centro de salud	7 (9,6)
Centro hospitalario	28 (38,4)
Género	
Mujeres	43 (58,9)
Hombres	30 (41,1)
Duración sesión	
0 a 10 min	4 (5,5)
11 a 20 min	29 (39,7)
21 a 50 min	22 (30,1)
Más de 51 min	18 (24,7)
Edad media (años)*: 32,75±6,20; (22-56)	
Promedio de años de carrera profesional*: 10,7 3±5,84; (1-31)	

*Media ± Desviación estándar; (Rango).

4.5.2.1 Caracterización de la muestra de fisioterapeutas en función del tipo de centro.

A continuación, se analizaron todas estas características en la muestra de fisioterapeutas que trabajaban en centros privados y en la muestra de fisioterapeutas de centros públicos (de centros de salud y de centros hospitalarios) para contrastar la distribución de estas variables en función del tipo de centro.

✓ Tipo de centro, edad de los fisioterapeutas y años de carrera profesional.

En primer lugar, se comprobó que las variables cuantitativas presentaron una distribución Normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($p > 0,005$).

Se obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre los centros privados y los públicos en relación a la edad de los fisioterapeutas ($F=12,93$; $P < 0,0001$) y, como cabría esperar, en relación a los años de carrera profesional ($F=16$; $P < 0,0001$).

En la tabla 54 se muestra la distribución de la variable edad y la variable años de carrera profesional en función del tipo de centro. La edad media de los fisioterapeutas de centros privados fue de $29,68 \pm 4,98$ años mientras que la edad media de los fisioterapeutas que trabajaban en centros públicos era aproximadamente 5 años superior. Si atendemos sólo a centros públicos, no se encontraron diferencias en relación a la edad de los profesionales fisioterapeutas ($t = -0,117$, $g.l = 33$, $p = 0,908$) que trabajaban en centros de salud o en centros hospitalarios.

En relación a los años de carrera profesional, el promedio en los fisioterapeutas de centros privados fue de $7,61 \text{ años} \pm 4,71$ y en centros públicos fue unos 6 años superior, no encontrándose diferencias, a este respecto, entre estos últimos tipo de centros ($t = 0,99$, $g.l = 33$, $p = 0,922$)

✓ Tipo de centro y género.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la distribución por género entre los fisioterapeutas de centros privados y los que trabajaban en los servicios de fisioterapia de centros públicos ($\chi^2 = 1,06$; $g.l = 2$; $p = 0,59$). Puede observarse en la tabla 53.

Tabla 53. Distribución de la muestra de fisioterapeutas en función del tipo de centro y género.

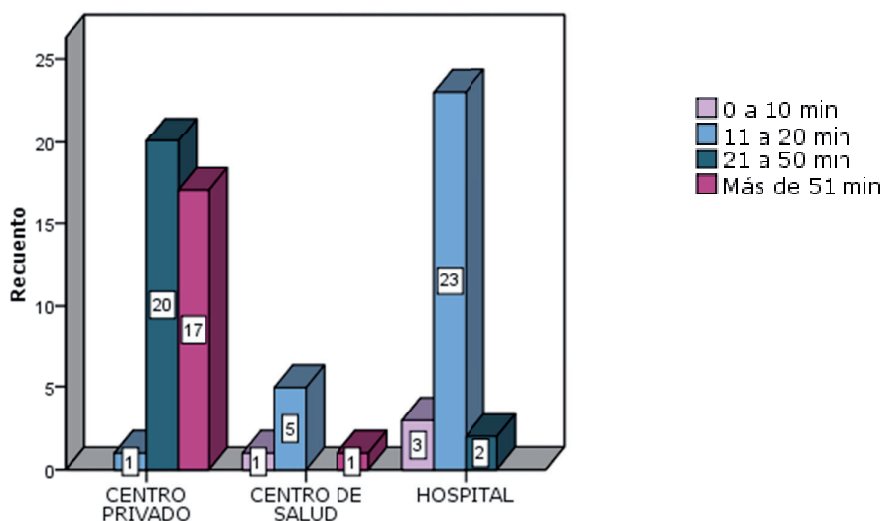
	Valor global (N=73) Recuento (%)	Centros privados (N=38) Recuento (%)	Centros de Salud (N=7) Recuento (%)	Centros Hospitalarios (N=28) Recuento (%)	Estadístico (significación)
Género					
Mujeres	43 (58,9)	24 (63,2)	3 (42,9)	16 (57,1)	x ² =1,06 gl=2; p= 0,59
Hombres	30 (41,1)	14 (36,8)	4 (57,1)	12 (42,9)	

✓ **Tipo de centro y duración de la sesión de fisioterapia.**

Se realizó la prueba de Kolmogorov Smirnov para comprobar la normalidad de esta variable, que resultó presentar una distribución No Normal ($p < 0,05$).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Prueba de Kruskal-Wallis $p < 0,001$) entre los centros en relación a esta variable, pero las diferencias se establecieron al contrastar los centros privados con ambos tipos de centros públicos (centros de salud y hospitales) ya que si atendemos sólo a la sanidad pública, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los centros de salud y los centros hospitalarios en relación a la duración de las sesiones de fisioterapia, entendiendo éstas como el tiempo de "dedicación exclusiva" para cada paciente ($U = 79,5$; $p = 0,454$).

Fig. 27. Distribución de la muestra de fisioterapeutas en función del tipo de centro y la duración de la sesión categorizada.



En los centros privados, un alto porcentaje de los fisioterapeutas manifestaron dedicar a sus pacientes más de 51 minutos, mientras que en los centros hospitalarios el 100% de los fisioterapeutas manifestaron realizar sesiones de una duración inferior a este tiempo.

De otro lado, las sesiones más cortas (de menos de 10 minutos de atención directa con el paciente) fueron más frecuentes en los centros públicos, mientras que en los centros privados, estas sesiones no tienen representación.

Tabla 54. Resumen de las características descriptivas de la muestra de fisioterapeutas en función del tipo de centro y edad, tipo de centro y años de carrera profesional y tipo de centro y duración de la sesión de fisioterapia.

Variable	Valor global (N=73)	Tipo de centro			Estadístico (significación)
		Centro privado (N=38)	Centro de Salud (N=7)	Centros Hospitalarios (N=28)	
Edad (años) Media±desviación estándar;(Rango)	32,75±6,2 (22-56)	29,68±4,98 (22-42)	35,86±3,33 (32-39)	36,14±6,19 (30-56)	F= 12,93 (P<0.0001)
Años de carrera profesional Media±desviación estándar;(Rango)	10,73±5,85 (1-31)	7,61±4,71 (1-18)	14,29±2,43 (12-19)	14,07±5,55 (8-31)	F= 16 (P<0.0001)
Duración de la sesión (min.) Media±desviación estándar;(Rango) -Mediana; (Rango Intercuartil)	34,37 ±18,58 (4-60) 30; (15-55)	48,68±12,23 (15-60) 50; (40-60)	20,57 ±18,04 (4-60) 15; (15-20)	18,39 ±6,39 (10-40) 20; (15-20)	Prueba de Kruskal-Wallis (P<0.0001)

Puntuaciones en los cuestionarios de Información Terapéutica

4.5.3. Puntuaciones generales y por ítem del instrumento "Información Terapéutica percibida en pacientes de fisioterapia".

Tal como se indica en el apartado de metodología, se decidió que cada uno de los ítems de este cuestionario ponderara de igual manera en la puntuación total o general del mismo.

Este cuestionario posee 4 alternativas de respuesta que se categorizaron de menor a mayor con los valores 1,2,3 ó 4, de manera que el valor mínimo para cada ítem fue 1 y el valor máximo fue 4. Como finalmente el cuestionario quedó constituido por 11 ítems, la puntuación total mínima posible (correspondiente a la suma de las menores puntuaciones en cada uno de los ítems) era 11 y la puntuación máxima posible (correspondiente a la suma de las mayores puntuaciones en cada uno de los ítems) era 44.

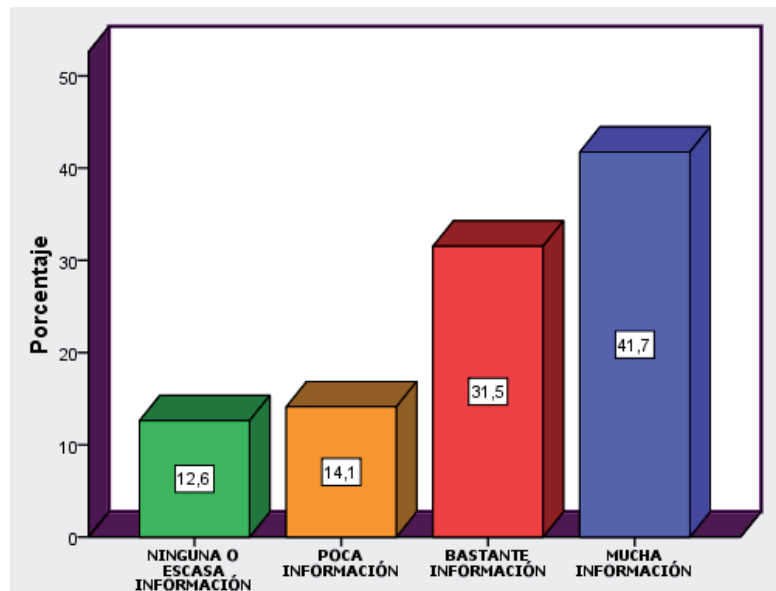
La puntuación general media en el total de la muestra fue $32,78 \pm 8,84$. El rango fue 31 (13-44). La mediana fue 35 y el rango intercuartil se situó entre 26,5 y 41.

Al convertir esta variable en índice porcentual, el nivel de información medio del total de la muestra fue del $65,99\% \pm 26,79$ (IC 95%: 62,94-68,75). La mediana fue 72,72% y el rango intercuartil se situó entre 45,04 y 90,9%.

Este índice se categorizó en una nueva variable cualitativa ordinal: Información Categorizada ("Ninguna o Escasa Información", "Poca Información", "Bastante Información" o "Mucha Información") tal como se indica en el apartado de metodología.

Como puede observarse en la fig.28, de los 333 participantes, 42 pacientes, el 12,6 % (IC 95%: 8,8-16,3) manifestaron haber recibido "Ninguna o Escasa Información" por parte de su fisioterapeuta, 47 pacientes, el 14,1% del total (IC 95%: 10,2-18) declararon tener "Poca Información", 105 pacientes, el 31,5% (IC 95%: 26,3-36,6) manifestaron haber recibido "Bastante información" y la mayoría, 139 pacientes que equivale al 41,7% (IC 95%: 36,2-47,1) expresaron que su fisioterapeuta le había aportado "Mucha Información" terapéutica.

Fig. 28. Distribución de la muestra de pacientes en función de la variable información categorizada.



4.5.3.1. Análisis de esta variable por tipo de centro.

Se realizó el análisis tomando los valores globales en formato Índice porcentual (de 0 a 100%) de esta variable de estudio.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la información percibida entre los pacientes que acudían a consultas privadas de fisioterapia, centros de salud y centros hospitalarios. El porcentaje medio de información percibida de los pacientes de centros privados fue significativamente superior al resto de pacientes. Se hallaron, asimismo, diferencias significativas entre centros de salud y centros hospitalarios (U de Mann-Whitney: $p < 0,001$) de manera que los pacientes que acudieron a centros de salud manifestaron más información percibida que los usuarios de las salas de fisioterapia de centros hospitalarios. Este análisis queda representado en la tabla 55.

Tabla 55. Análisis de la variable resultado información percibida en función del tipo de centro.

Información percibida (índice %)	Valor global (N=333)	Centros privados (N=163)	Centros de Salud (N=88)	Hospital (N=82)	Estadístico Prueba de Kruskal-Wallis (significación)
Mediana; (rango intercuartil)	72,72; (45,4-90,9)	84,84; (63,63-92,41)	69,69; (49,99-81,81)	39,39; (18,18-72,72)	P<0.0001
Media±desv.estándar (IC 95 %)	65,99±26,79 (62,94-68,75)	76,96±20,01 (73,83-80,08)	65,69±23,91 (60,62-70,76)	44,34±28,53 (38,07-50,61)	

4.5.3.2. Análisis descriptivo de los ítems

El ítem mejor valorado en toda la muestra fue el ítem 9 ("¿Conoce usted la identidad - nombre, horario de trabajo y cómo localizarlo telefónicamente- del fisioterapeuta que le está atendiendo?"), el peor valorado fue el ítem 11 ("¿Se ha solicitado su consentimiento sobre las medidas que se le van a aplicar en Fisioterapia?") y el que mayor variabilidad presentó fue el ítem 5 ("¿Le ha explicado otras alternativas de tratamiento?").

En la tabla 56, se presentan las características descriptivas de los ítems del cuestionario ordenados en sentido descendente según su promedio.

Tabla 56. Características descriptivas de los ítems del cuestionario información terapéutica percibida por el paciente.

	Media	Desv. típica	Varianza	Mediana	Rango intercuartil
Ítem 9 <i>"¿Conoce usted la identidad (nombre, horario de trabajo y cómo localizarlo telefónicamente) del fisioterapeuta que le está atendiendo?"</i>	3,47	,738	,545	4	(3-4)
Ítem 1 <i>"Le ha especificado su diagnóstico de fisioterapia?"</i>	3,17	,984	,968	3	(3-4)
Ítem 4 <i>"¿Le ha explicado las técnicas utilizadas en su tratamiento?"</i>	3,16	,939	,881	3	(3-4)
Ítem 12 <i>"Valore, en términos generales, la información terapéutica que ha recibido del profesional fisioterapeuta que lo/la atiende"</i>	3,14	,860	,740	3	(3-4)
Ítem 7 <i>"¿Le ha explicado los ejercicios o medidas que usted debe de realizar en su domicilio o en su trabajo necesarios para ayudar al tratamiento?"</i>	3,11	1,069	1,143	3	(2-4)
Ítem 3 <i>"¿Le ha explicado los síntomas de su patología?"</i>	3,05	1,037	1,075	3	(2-4)
Ítem 2 <i>"¿Le ha explicado la causa de su patología?"</i>	2,97	1,082	1,171	3	(2-4)
Ítem 8 <i>"¿Le ha explicado los resultados que obtendrá con su tratamiento?"</i>	2,89	1,062	1,127	3	(2-4)
Ítem 6 <i>"¿Le ha explicado los posibles riesgos que pueden ir asociados al tratamiento (dolor, fatiga...)"</i>	2,83	1,119	1,253	3	(2-4)
Ítem 5 <i>"¿Le ha explicado otras alternativas de tratamiento?"</i>	2,53	1,134	1,286	3	(1-3)
Ítem 11 <i>"¿Se ha solicitado su consentimiento sobre las medidas que se le van a aplicar en Fisioterapia?"</i>	2,45	,922	,851	3	(2-3)

4.5.4.-Puntuación general y por ítem del instrumento "Información Terapéutica proporcionada por el profesional fisioterapeuta".

Las puntuaciones globales para cada caso de este cuestionario se obtuvieron de idéntica manera que el cuestionario anterior, dada la equivalencia entre ambos.

Se decidió, por tanto, que cada uno de los ítems de este cuestionario ponderara de igual manera en la puntuación total o general del mismo.

Este cuestionario posee 4 alternativas de respuesta que se categorizaron de menor a mayor con los valores 1,2,3 ó 4, de manera que el valor mínimo para cada ítem fue 1 y el valor máximo fue 4. Como finalmente el cuestionario quedó constituido por 11 ítems, la puntuación total mínima posible (correspondiente a la suma de las menores puntuaciones en cada uno de los ítems) era 11 y la puntuación máxima posible (correspondiente a la suma de las mayores puntuaciones en cada uno de los ítems) era 44.

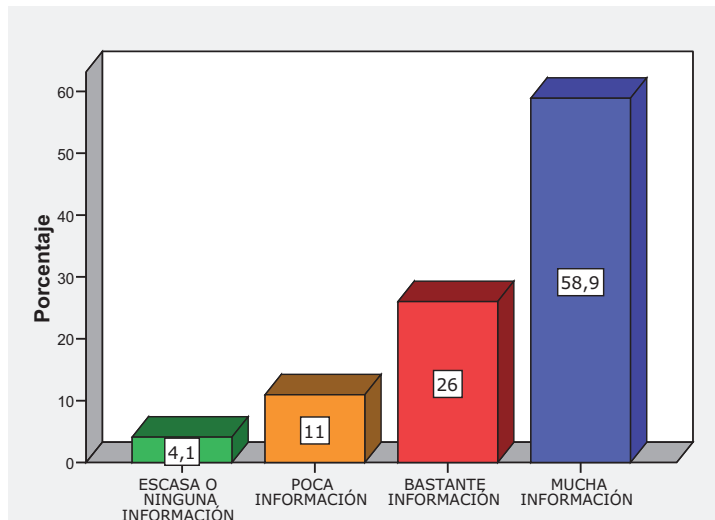
La puntuación general media en el total de la muestra fue $35,66 \pm 6,80$. El rango fue 27 (17-44). La mediana fue 37 y el rango intercuartil se situó entre 33 y 41.

Al convertir esta variable en índice porcentual, el nivel promedio de información terapéutica proporcionada fue del $74,71\% \pm 20,61$ (IC 95%: 69,9-79,52). La mediana fue 78,78% y el rango intercuartil se situó entre 66,66% y 90,9%.

Este índice se categorizó en una nueva variable cualitativa ordinal: Información Proporcionada categorizada ("Ninguna o Escasa Información", "Poca Información", "Bastante Información" o "Mucha Información") tal como se indica en el apartado de metodología.

Como puede observarse en la fig. 29, de los 73 fisioterapeutas participantes, tan sólo 3 que equivale al 4,1% (IC 95%: 0,8-11,5) manifestaron proporcionar "Escasa o Nula información" a sus pacientes, 8 fisioterapeutas, el 11% del total (IC 95%: 3,1-18,8) declararon informar "Poco", 19 profesionales, el 26% (IC 95%: 15,2-36,7) manifestaron proporcionar "Bastante Información" y la mayoría, 43 fisioterapeutas, que equivale al 58,9% (IC 95%: 46,9-70,8) expresaron aportar "Mucha Información" a los/as pacientes que atendían.

Fig 29. Distribución de la muestra de fisioterapeutas en función de la variable información proporcionada categorizada.



4.5.4.1. Análisis de esta variable por tipo de centro

Se realizó el análisis tomando los valores globales, en formato Índice porcentual (de 0 a 100%), de esta variable de estudio.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la información proporcionada por los fisioterapeutas en función del centro de trabajo. Este análisis queda representado en la tabla 57.

Las diferencias se establecieron entre centros privados y centros hospitalarios (U de Mann-Whitney: $p < 0,001$) y no entre centros privados y centros de salud (U de Mann-Whitney: $p = 0,22$) ni al contrastar ambos centros públicos (U de Mann-Whitney: $p = 0,31$).

En centros privados el porcentaje promedio de información proporcionada se situó en $81,49 \pm 16,77\%$ (IC 95%: 75,98-87) y en centros hospitalarios este porcentaje disminuía situándose en $64,82 \pm 23,58\%$ (IC 95%: 55,68-73,96)

Tabla 57. Características de la muestra de fisioterapeutas en función de la información terapéutica proporcionada y el tipo de centro

Información proporcionada (índice %)	Valor global (N=73)	Centros privados (N=38)	Centros de Salud (N=7)	Hospital (N=28)	Estadístico Prueba de Kruskal-Wallis (significación)
Mediana; (rango intercuartil)	78,78; (66,66-90,9)	87,87; (72,72-91,66)	78,78; (69,69-81,81)	72,72; (40,91-84,08)	P<0.0001
Media±desv.estándar (IC 95 %)	74,71±20,61 (69,9-79,52)	81,49±16,77 (75,98-87)	77,48±10,32 (67,93-87,03)	64,82±23,58 (55,68-73,96)	

4.5.4.2. Análisis Descriptivo de los ítems

El ítem mejor valorado en toda la muestra fue el ítem 7 (*"¿Explica los ejercicios, medidas o recomendaciones que se deben de realizar en el domicilio o en el trabajo necesarios para ayudar al tratamiento?"*), el peor valorado fue el Ítem 11 (*"¿Solicita a sus pacientes CONSENTIMIENTO sobre las medidas terapéuticas que se le van a aplicar?"*) y el que mayor variabilidad presentó fue el Ítem 1 (*"¿Especifica -a sus pacientes- el diagnóstico de fisioterapia?"*).

En la tabla 58, se presentan las características descriptivas de los ítems de este cuestionario ordenados en sentido descendente según su promedio.

Tabla 58. Características descriptivas de los ítems del cuestionario información terapéutica proporcionada.

	Media	Desv. típica	Varianza	Mediana	Rango intercuartil
Ítem 7 "¿Explica los ejercicios, medidas o recomendaciones que se deben de realizar en el domicilio o en el trabajo necesarios para ayudar al tratamiento?"	3,64	,632	,399	4	(3-4)
Ítem 6 "¿Explica los posibles riesgos que pueden ir asociados al tratamiento (dolor, fatiga...)"	3,49	,766	,587	4	(3-4)
Ítem 3 "¿Explica los síntomas de las patologías?"	3,38	,827	,684	4	(3-4)
Ítem 2 "¿Explica la causa de las patologías?"	3,34	,837	,701	4	(3-4)
Ítem 4 "¿Explica las técnicas utilizadas en los tratamientos?"	3,33	,728	,529	3	(3-4)
Ítem 1 "¿Especifica (a sus pacientes) el diagnóstico de fisioterapia?"	3,30	,908	,825	4	(3-4)
Ítem 8 "¿Informa de los resultados que se obtendrán con el tratamiento?"	3,27	,838	,702	3	(3-4)
Ítem 9 "Ante un paciente que va a iniciar un tratamiento. ¿Se presenta usted con su nombre, horario de trabajo y la manera de poder localizarlo telefónicamente?"	3,23	,717	,514	3	(3-4)
Ítem 12 "Valore, en términos generales, la información terapéutica que presta a sus pacientes"	3,12	,600	,360	3	(3-3,5)
Ítem 5 "¿Informa sobre otras alternativas de tratamiento?"	3,00	,898	,806	3	(2-4)
Ítem 10 "¿Especifica a sus pacientes la duración del tratamiento de fisioterapia?"	2,88	,816	,665	3	(2-3)
Ítem 11 "¿Solicita a sus pacientes CONSENTIMIENTO sobre las medidas terapéuticas que se le van a aplicar?"	2,53	,899	,808	3	(2-4)

4.5.5. Relación entre la variable información percibida y la variable información proporcionada.

En primer lugar se calculó, para cada uno de los 25 centros participantes, los promedios de los Índices globales de los cuestionarios de información terapéutica obtenidos de los pacientes que acudían al determinado centro y de otro lado, el promedio de los Índices globales de los cuestionarios de los profesionales fisioterapeutas trabajadores en ese centro. Estos valores promedios pueden observarse en la tabla 59.

A continuación se comprobó que estas variables (Índice promedio de información percibida de los pacientes de un centro e Índice promedio de información proporcionada de los fisioterapeutas del centro) presentaban una distribución Normal (Prueba de Kolmogorov Smirnov $>0,005$) y se procedió a calcular la relación existente entre ambas a través del coeficiente de correlación de Pearson.

Se obtuvo una asociación estadísticamente significativa ($p=0,03$), de signo positivo y con una fuerza de asociación moderada, $r=0,434$ entre la percepción de la información percibida por los pacientes y la información que sus fisioterapeutas consideraron que proporcionaron.

Además, se estableció la diferencia entre ambas variables (ambos Índices promedio) para contrastar la mayor o menor consonancia entre lo que percibieron los pacientes y lo que expresaron los fisioterapeutas de un mismo centro (tabla 59). Se obtuvo que, en la mayoría de los centros (18 de los 25), los pacientes percibían menos información que la que los fisioterapeutas manifestaban que proporcionaban, hasta un 30,97% menos.

Tabla 59. Índice promedio de Información Percibida, Índice Promedio de Información Proporcionada y diferencia entre ambos en cada uno de los centros participantes.

TIPO DE CENTRO	Información Terapéutica percibida por los pacientes del centro (Índice Promedio) Media±Desviación estándar; (Rango)	Información Terapéutica proporcionada por los fisioterapeutas del centro (Índice Promedio) Media±Desviación estándar; (Rango)	Diferencia entre ambos Índices Promedios
CENTROS PRIVADOS			
CENTRO 1	85,93%±10,60; (63,3-93,9)	92,93%±4,62; (88-97)	-7%
CENTRO 2	87,57%±13,88; (57,5-99,9)	64,63%±31,09; (30-91)	22,94
CENTRO 3	90,35%±9,17; (69,6-96,9)	81,81%±13,2; (67-91)	8,54
CENTRO 6	73,93%±13,93; (51,5-90,9)	51,51%±29,99; (30-73)	22,42
CENTRO 9	76,69%±19,8; (30,3-96,9)	90,90%±4,28; (88-94)	-14,21
CENTRO 15	89,69%±5,56; (75,7-96,9)	69,69%±29,99; (48-91)	20
CENTRO 17	78,51%±24,48; (36,3-99,9)	92,42%±6,42; (88-97)	-13,91
CENTRO 18	74,93%±17,67; (33,3-90,9)	78,78%±17,14; (67-91)	-3,85
CENTRO 19	79,69%±13,09; (57,5-99,9)	72,72%	6,97
CENTRO 20	69,45%±24,49; (24,2-99,9)	94,93%±6,30; (88-100)	-25,48
CENTRO 21	85,11%±18,79; (45,4-99,9)	92,42%±2,14; (91-94)	-7,31
CENTRO 22	75,39%±23,21; (30,3-96,9)	83,33%±6,30; (76-91)	-7,94
CENTRO 23	73,72%±18,91; (33,3-96,9)	84,84%±5,24; (79-88)	-11,12
CENTRO 24	50,99%±19,79; (15,1-81,8)	74,75%±11,47; (67-88)	-23,76
CENTRO 25	68,87%±21,85; (30,3-96,9)	85,84%±16,68; (67-97)*	-16,97
CENTROS PÚBLICOS (Centros de salud y hospitales)			
CENTRO 4	58,57%±25,54; (6-96,9)	69,69	-11,12
CENTRO 5	58,51%±22,9; (15,1-84,8)	78,78	-20,27
CENTRO 7	75,54%±27,01; (15,1-96,9)	69,69	5,85
CENTRO 11	64,05%±22,03; (18,1-90,9)	81,81	-17,17
CENTRO 12	68,87%±18,9; (27,2-90,9)	87,87%±12,85; (79-97)	-19
CENTRO 13	67,30%±25,79; (21,2-96,9)	66,66	0,64
CENTRO 8	60,30%±28,04; (9-96,9)	79,30%±10,91; (61-94)	-19
CENTRO 10	45,60%±30,98; (6-93,9)	65,54%±27,14; (18-91)	-19,8
CENTRO 14	27,27%±14,97; (6-54,5)	58,24%±20,98; (33-91)	-30,97
CENTRO 16	44,39%±29,54; (9-96,9)	58,18%±31,07; (24-85)	-13,79

4.6.- RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 6. MEDIR LAS VARIABLES SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA Y CONFIANZA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA EN POBLACIÓN DE PACIENTES ANDALUCES.

4.6.1.-Puntuación general y por ítem del instrumento satisfacción con la atención en fisioterapia (*MedRisk*).

Tal como se indica en el apartado de metodología, se decidió que cada uno de los ítems de este cuestionario ponderara de igual manera en la puntuación total o general del mismo.

Este cuestionario posee 5 alternativas de respuesta que se categorizaron de menor a mayor con los valores 1,2,3,4 y 5 de manera que el valor mínimo para cada ítem fue 1 y el valor máximo fue 5. Como finalmente el cuestionario quedó constituido por 14 ítems, la puntuación total mínima posible (correspondiente a la suma de las menores puntuaciones en cada uno de los ítems) era 14 y la puntuación máxima posible (correspondiente a la suma de las mayores puntuaciones en cada uno de los ítems) era 70.

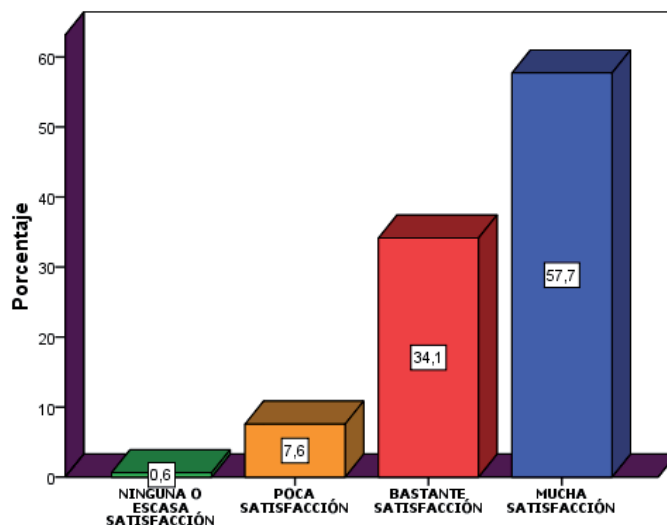
La puntuación general media en el total de la muestra fue $57,29 \pm 9,12$. El rango fue 46 (24-70). La mediana fue 58 y el rango intercuartil se situó entre 52 y 64.

Al convertir esta variable en índice porcentual, el nivel de satisfacción medio del total de la muestra fue del $77,26\% \pm 16,25$ (IC 95%:75,51-79,04). La mediana fue 78,54% y el rango intercuartil se situó entre 67,83 y 89,25%.

Este índice se categorizó en una nueva variable cualitativa ordinal: Satisfacción categorizada ("Ninguna o Escasa Satisfacción", "Poca Satisfacción", "Bastante Satisfacción" o "Mucha Satisfacción") tal como se indica en el apartado de metodología.

De los 333 participantes, tan sólo 2 pacientes, el 0,6% (IC 95%: 0,07-2,1) manifestaron no estar satisfechos con el servicio de fisioterapia del centro al que acudían, 25 pacientes, el 7,6% del total (IC 95%: 4,5-10,4) declararon sentirse "Poco Satisfechos" con la atención recibida, 113 pacientes, el 34,1% (IC 95%: 28,6-39,1) manifestaron tener "Bastante Satisfacción" y la mayoría, 191 pacientes que equivale al 57,7% (IC 95%: 51,8-62,8) expresaron estar "Muy Satisfechos" con el servicio de fisioterapia al que asistían (Fig. 30).

Fig. 30. Distribución de la muestra en función de la variable satisfacción categorizada.



4.6.1.1. Análisis de esta variable por tipo de centro.

Se realizó el análisis tomando los valores globales en formato Índice porcentual (de 0 a 100%) de estas variables de estudio.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la satisfacción entre los pacientes que acudían a consultas privadas de fisioterapia, centros de salud y centros hospitalarios. El porcentaje medio de satisfacción de los pacientes de centros privados fue significativamente superior al resto de pacientes. Se hallaron, asimismo, diferencias significativas entre centros de salud y centros hospitalarios (U de Mann-Whitney: $p < 0,001$) de manera que los pacientes que acudieron a las salas de fisioterapia de los centros de salud manifestaron más satisfacción que los usuarios de los servicios de fisioterapia de centros hospitalarios. Este análisis queda representado en la tabla 60.

Tabla 60. Análisis de la variable resultado satisfacción en función del tipo de centro.

Satisfacción (Índice %)	Valor global (N=333)	Centros privados (N=163)	Centros de Salud (N=88)	Hospital (N=82)	Estadístico Prueba de Kruskal-Wallis (significación)
Mediana; (rango intercuartil)	78,54; (67,83-89,25)	87,46; (77,2-94,6)	76,75; (66,04-83,89)	67,83; (55,33-76,75)	P<0.0001
Media±desv.estándar (IC 95 %)	77,26±16,25 (75,51-79,04)	85,61±10,91 (83,98-87,39)	73,75±14,81 (70,61-76,89)	64,65±17,11 (60,89-68,41)	

4.6.1.2. Análisis descriptivo de los ítems.

El ítem mejor valorado en toda la muestra fue el ítem 6 (*"Mi fisioterapeuta es respetuoso"*), el peor valorado fue el ítem 3 (*"Es fácil encontrar aparcamiento junto a este centro"*). También fue este mismo ítem 3 el que mayor variabilidad presentó.

En la tabla 61, se presentan las características descriptivas de los ítems de este cuestionario ordenados en sentido descendente según su promedio.

Tabla 61. Características descriptivas de los ítems del cuestionario satisfacción con el servicio de fisioterapia (*MedRisk*).

	Media	Desv. típica	Varianza	Mediana	Rango intercuartil
Ítem 6 <i>"Mi fisioterapeuta es respetuoso/a."</i>	4,69	,594	,353	5	(4-5)
Ítem 8 <i>"El resto de personal del centro es respetuoso/a."</i>	4,61	,610	,372	5	(4-5)
Ítem 7 <i>"El auxiliar de clínica es respetuoso/a."</i>	4,58	,693	,480	5	(4-5)
Ítem 14 <i>"Retornaría a esta consulta para futuros servicios o tratamientos."</i>	4,34	,830	,690	5	(4-5)
Ítem 13 <i>"Estoy completamente satisfecho/a con los servicios que recibo de mi fisioterapeuta."</i>	4,26	,926	,858	4	(4-5)
Ítem 1 <i>"El proceso de admisión (primer día) fue adecuado."</i>	4,15	,810	,656	4	(4-5)
Ítem 10 <i>"El centro y sus instalaciones están limpias"</i>	4,14	,792	,628	4	(4-5)
Ítem 4 <i>"Mi fisioterapeuta pasa suficiente tiempo conmigo"</i>	4,09	1,010	1,020	4	(4-5)
Ítem 5 <i>"Mi fisioterapeuta me explica muy bien el tratamiento que recibo."</i>	4,01	1,103	1,217	4	(4-5)
Ítem 9 <i>"Mi fisioterapeuta me aconseja como mantenerme saludable y evitar futuros problemas."</i>	3,97	1,032	1,065	4	(4-5)

Ítem 12 "Mi fisioterapeuta me da instrucciones detalladas acerca de mi programa de ejercicios en casa."	3,92	1,086	1,180	4	(3-5)
Ítem 11 "El centro usa un equipo moderno."	3,86	,930	,865	4	(3-5)
Ítem 2 "La sala de espera es cómoda (iluminación, temperatura, muebles)."	3,71	,859	,738	4	(3-4)
Ítem 3 "Es fácil encontrar aparcamiento junto a este centro."	3,02	1,159	1,343	3	(2-4)

4.6.2.- Puntuación general y por ítem del instrumento "Confianza depositada en el profesional fisioterapeuta".

Tal como se indica en el apartado de metodología, se decidió que cada uno de los ítems de este cuestionario ponderara de igual manera en la puntuación total o general del mismo. Este cuestionario posee 5 alternativas de respuesta que se categorizaron de menor a mayor con los valores 1,2,3,4 y 5 de manera que el valor mínimo para cada ítem fue 1 y el valor máximo fue 5. Como finalmente el cuestionario quedó constituido por 14 ítems, la puntuación total mínima posible (correspondiente a la suma de las menores puntuaciones en cada uno de los ítems) era 14 y la puntuación máxima posible (correspondiente a la suma de las mayores puntuaciones en cada uno de los ítems) era 70.

La puntuación general media en el total de la muestra fue $57,44 \pm 11,48$. El rango fue 53 (17-70). La mediana fue 60 y el rango intercuartil se situó entre 53,5 y 67.

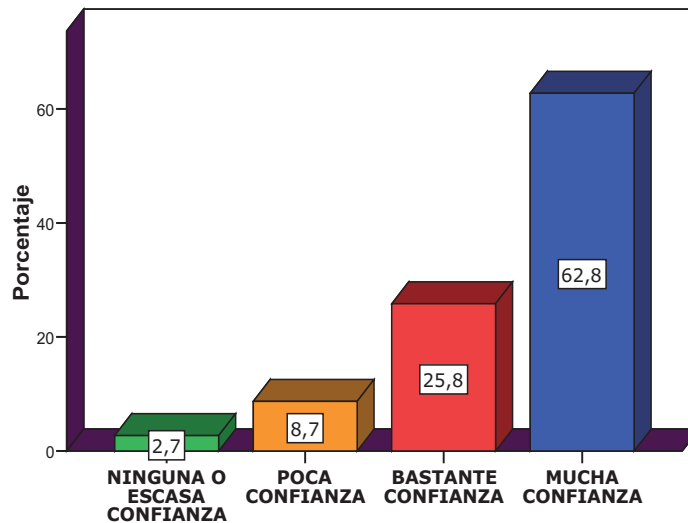
Al convertir esta variable en índice porcentual, el nivel de confianza medio del total de la muestra fue del $77,48\% \pm 20,13$ (IC 95%: 75,23-79,59). La mediana fue 81,6% y el rango intercuartil se situó entre 70 y 93,33%.

Este índice se categorizó en una nueva variable cualitativa ordinal: Confianza categorizada ("Ninguna o Escasa Confianza", "Poca Confianza", "Bastante Confianza" o "Mucha Confianza") tal como se indica en el apartado de metodología.

De los 333 participantes, 9 pacientes, el 2,7% (IC 95%: 0,8-4,5) manifestaron no tener confianza en el profesional fisioterapeuta que lo asistía, 29 pacientes, el 8,7% del total (IC 95%: 5,5-11,8) declararon sentir "Poca Confianza" en su fisioterapeuta, 86 pacientes, el

25,8% (IC 95%: 20,9-30,6) manifestaron tener "Bastante confianza" y la mayoría, 209 pacientes que equivale al 62,8% (IC 95%: 57,4-68,1) expresaron depositar "Mucha Confianza" en el profesional fisioterapeuta que lo atendía (Fig. 31).

Fig. 31. Distribución de la muestra en función de la variable confianza categorizada.



4.6.2.1. Análisis de esta variable por tipo de centro.

Se realizó el análisis tomando los valores globales en formato Índice porcentual (de 0 a 100%) de esta variable de estudio.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la confianza entre los pacientes que acudían a consultas privadas de fisioterapia, centros de salud y centros hospitalarios. El porcentaje medio de confianza de los pacientes de centros privados fue significativamente superior al resto de pacientes. Se hallaron, asimismo, diferencias significativas entre centros de salud y centros hospitalarios (U de Mann-Whitney: $p < 0,001$) de manera que los pacientes que acudieron a centros de salud manifestaron más confianza que los usuarios de servicios de fisioterapia de centros hospitalarios. Este análisis queda representado en la tabla 62.

Tabla 62. Análisis de la variable resultado confianza en función del tipo de centro.

Confianza (Índice %)	Valor global (N=333)	Centros privados (N=163)	Centros de Salud (N=88)	Hospital (N=82)	Estadístico Prueba de Kruskal-Wallis (significación)
Mediana; (rango intercuartil)	81,66; (70-93,33)	90; (76,68-98,33)	77,5; (68,33-86,66)	67,5; (46,66-77,08)	P<0.0001
Media±desv.estándar (IC 95 %)	77,48 ±20,13 (75,23-79,59)	87,38 ±11,22 (85,61-89,13)	74,16 ±19,4 (70,05-78,27)	61,46 ±23,09 (56,38-66,54)	

4.6.2.2. Análisis descriptivo de los ítems.

El ítem mejor valorado en toda la muestra fue el ítem 1 ("Mi fisioterapeuta es cuidadoso/a y minucioso/a en su trabajo"), el peor valorado fue el ítem 7 ("Creo que necesito una segunda opinión sobre mi tratamiento de fisioterapia"). También fue este mismo ítem 7 el que mayor variabilidad presentó.

En la tabla 63, se presentan las características descriptivas de los ítems de este cuestionario ordenados en sentido descendente según su promedio.

Tabla 63. Características descriptivas de los ítems del cuestionario confianza depositada en el profesional fisioterapeuta.

	Media	Desv. típica	Varianza	Mediana	Rango intercuartil
Ítem 1 <i>"Mi fisioterapeuta es cuidadoso/a y minucioso/a en su trabajo"</i>	4,35	,829	,687	5	(4-5)
Ítem 14 <i>"En general, tengo plena confianza en mi fisioterapeuta"</i>	4,21	1,060	1,123	5	(4-5)
Ítem 5 <i>"Sé que mi fisioterapeuta tiene la capacidad de diagnosticar mi problema de salud"</i>	4,20	,892	,796	4	(4-5)
Ítem 4 <i>"Creo que mi fisioterapeuta hace todo lo que debería hacer en mi tratamiento."</i>	4,16	1,031	1,062	4	(4-5)
Ítem 13 <i>"Recomendaría a un amigo el/la fisioterapeuta que me atiende"</i>	4,16	1,019	1,038	4	(4-5)
Ítem 11 <i>"Mi fisioterapeuta se toma el tiempo necesario para escucharme en cada sesión"</i>	4,12	1,027	1,054	4	(4-5)
Ítem 10 <i>"Mi fisioterapeuta se toma el tiempo necesario para tratarme en cada sesión"</i>	4,11	1,032	1,064	4	(4-5)
Ítem 8 <i>"Mi fisioterapeuta es sincero/a explicándome las diferentes opciones de tratamiento para mí"</i>	4,11	,950	,902	4	(4-5)
Ítem 2 <i>"Mi fisioterapeuta me ofrece la más alta calidad de tratamiento."</i>	4,09	1,029	1,058	4	(4-5)

Ítem 9 <i>"En caso de que se cometiera algún error en mi tratamiento, creo que mi fisioterapeuta me lo diría"</i>	4,07	,896	,802	4	(4-5)
Ítem 12 <i>"Alguna vez he pensado en cambiar de fisioterapeuta."</i>	4,06	1,086	1,180	4	(4-5)
Ítem 3 <i>"Pienso que mi tratamiento de fisioterapia es el adecuado"</i>	4,01	,954	,910	4	(4-5)
Ítem 6 <i>"Mi fisioterapeuta es mucho mejor profesional que otros de su mismo campo o especialidad"</i>	3,96	1,008	1,016	4	(3-5)
Ítem 7 <i>"Creo que necesito una segunda opinión sobre mi tratamiento de fisioterapia"</i>	3,85	1,159	1,343	4	(3-5)

Las puntuaciones generales, y por ítem, del cuestionario de confianza en el proveedor de salud *WAKE FOREST* pueden consultarse en el Anexo 41.

4.7. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 7: ESTABLECER RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES DE ESTUDIO INFORMACIÓN, SATISFACCIÓN Y CONFIANZA EN FISIOTERAPIA CON ALGUNAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CON OTRAS POSIBLES VARIABLES INFLUYENTES COMO TIPO DE CENTRO ASISTENCIAL, NÚMERO DE SESIONES, DURACIÓN DE LA SESIÓN, DOLOR Y PERCEPCIÓN DE MEJORA DEL ESTADO DE SALUD.

4.7.1. Resultados del análisis para la variable INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA.

4.7.1.1. Análisis bivalente

Para determinar los factores que influyen el grado de información terapéutica percibida por los pacientes, medida con el cuestionario de información, se realizó en primer lugar un análisis bivalente con el resto de variables, y a continuación un análisis multivalente mediante un modelo de regresión logística binaria, en el que se incluyeron las variables que mostraron una asociación significativa en el análisis bivariado.

Como primer paso, la variable información percibida se categorizó, tal como se indica en el apartado de metodología, en una variable cualitativa ordinal de 4 categorías: Nula o Escasa, Poca, Bastante o Mucha... Información.

Un resumen de la asociación de esta variable categorizada con el resto de variables influyentes se muestra en la tabla 64.

Tabla 64. Variables que influyen en la información terapéutica percibida categorizada (análisis bivariado)

Total de pacientes participantes n=333	INFORMACIÓN TERAPÉUTICA CATEGORIZADA				Estadísticos de contraste (Chi-cuadrado)
	ESCASA O NINGUNA INFORMACIÓN (Recuento)	POCA INFORMACIÓN (Recuento)	BASTANTE INFORMACIÓN (Recuento)	MUCHA INFORMACIÓN (Recuento)	
Tipo de centro					
-Centro privado (n=163)	3	14	51	95	x ² =90,01 gl=6; p= 0,001
-Centro de salud (n=88)	9	13	34	32	
-Centro hospitalario (n=82)	30	20	20	12	
Edad					
-Jóvenes (n=48)	2	6	11	29	x ² =27,88 gl=12; p= 0,006
-Adultos Jóvenes (n=126)	15	12	37	62	
-Adultos Mayores (n=94)	16	12	33	33	
-Mayores (n=43)	6	12	16	9	
-Ancianos (n=22)	3	5	8	6	
Género					
Mujeres (n=170)	25	22	51	72	x ² =1,83 gl=3; p= 0,60
Hombres (n=163)	17	25	54	67	
Nivel de estudios					
-Sin estudios (n=58)	14	9	22	13	x ² =21,69 gl=9; p= 0,01
-Primaria (n=120)	14	22	36	48	
-Secundaria (n=80)	7	8	28	37	
-Superiores (n=75)	7	8	19	41	
Localización de la patología					
-PAT. CERVICAL (n=50)	4	6	18	22	x ² =11,29 gl=18; p= 0,88
-PAT. LUMBAR (n=70)	7	10	19	34	
-PAT. HOMBRO (n=69)	12	8	23	26	
-PAT. CODO-MANO (n=35)	8	5	12	10	
-PAT. CADERA (n=15)	1	3	4	7	
-PAT. RODILLA-PIE (n=79)	8	12	25	34	
-PAT. NEUROLÓGICA (n=15)	2	3	4	6	
Nº Sesiones					
0-10 sesiones (n=132)	21	18	44	49	x ² =8,11 gl=9; p= 0,52
11-20 sesiones (n=139)	14	21	44	60	
21-50 sesiones (n=47)	7	7	13	20	
>50 sesiones (n=15)	0	1	4	10	

Duración sesión					
0 a 10 min (n=68)	25	19	15	9	$\chi^2=91,23$ gl=9; p= 0,001
11 a 20 min (n=83)	13	11	32	27	
21 a 50 min (n=85)	3	11	22	49	
Más de 51 min (n=97)	1	6	36	54	
Dolor					
-Dolor leve (n=41)	3	2	13	23	$\chi^2=25,82$ gl=6; p= 0,001
-Dolor moderado (n=190)	17	22	64	87	
-Dolor severo (n=102)	22	23	28	29	
Estado actual					
-Peor (n=12)	6	5	1	0	$\chi^2=129,24$ gl=9; p= 0,001
-Igual (n=40)	16	15	6	3	
-Mejor (n=151)	16	24	61	50	
-Mucho mejor (n=130)	4	3	37	86	

Tras este análisis se encontró que la variable información percibida por los pacientes estaba asociada de forma estadísticamente significativa con 6 variables influyentes: tipo de centro, edad categorizada, nivel de estudios, duración de la sesión categorizada, dolor categorizado y mejora del estado de salud categorizado.

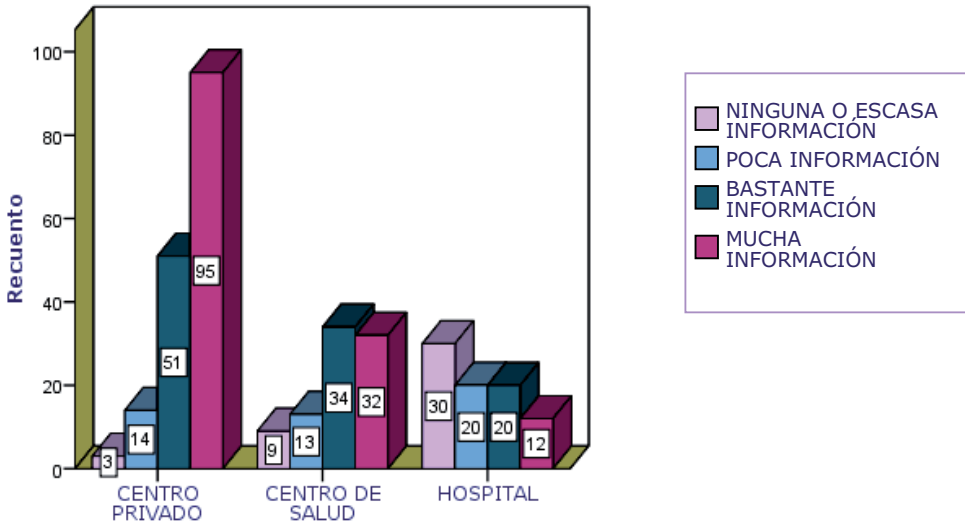
Para visualizar mejor estas asociaciones, se presentan los siguientes comentarios y gráficos.

-Información Terapéutica Percibida y Tipo de centro asistencial.

(En la descripción de esta variable por tipo de centro ya se ha puesto de manifiesto las diferencias entre centros en cuanto a la información percibida por los pacientes.)

El mayor porcentaje de pacientes que afirmaron haber recibido "Mucha Información Terapéutica" (puntuación alta en el cuestionario de información percibida) fueron atendidos en los centros privados (Fig. 32); por el contrario, entre los pacientes atendidos en centros hospitalarios, el mayor porcentaje correspondía a los pacientes que manifestaron recibir "Ninguna o Poca Información Terapéutica" (puntuación baja en el cuestionario) por parte de los profesionales fisioterapeutas que los atendían.

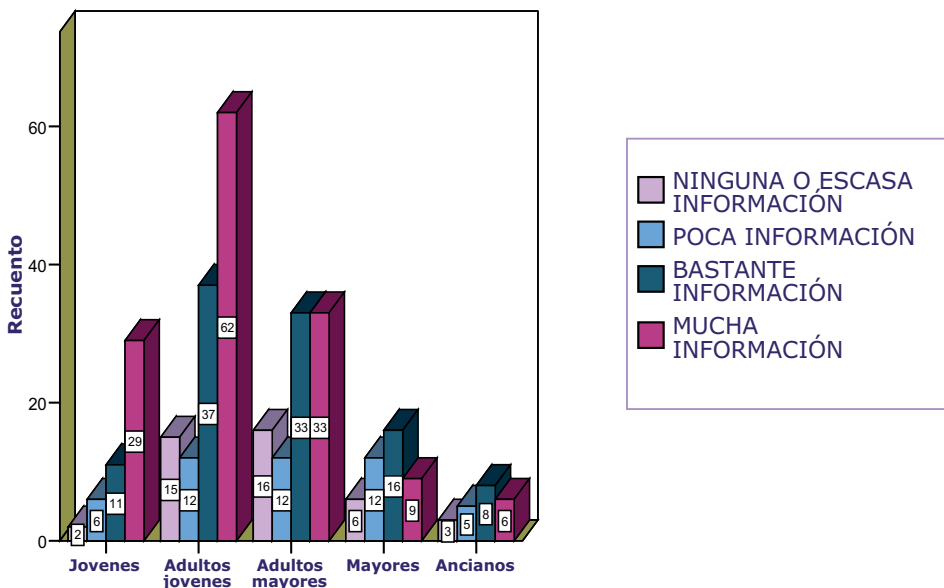
Fig. 32. Asociación entre Información Terapéutica Percibida categorizada y Tipo de centro.



-Información Terapéutica Percibida y Edad

La figura 33 muestra la distribución de la Información Percibida en función de los grupos de edad. En los grupos de pacientes jóvenes (hasta 30 años), y adultos jóvenes (de 31 a 50 años) predominan los que consideraban haber recibido "Mucha Información Terapéutica"; en el grupo de adultos mayores (de 51 a 65 años) hubo igual porcentaje de "Bastante y Mucha Información" y en los grupos de pacientes de mayor edad (mayores y ancianos, de 66 años en adelante) disminuyó el porcentaje de los que afirmaron haber recibido "Mucha Información" y predominó el grupo de "Bastante Información".

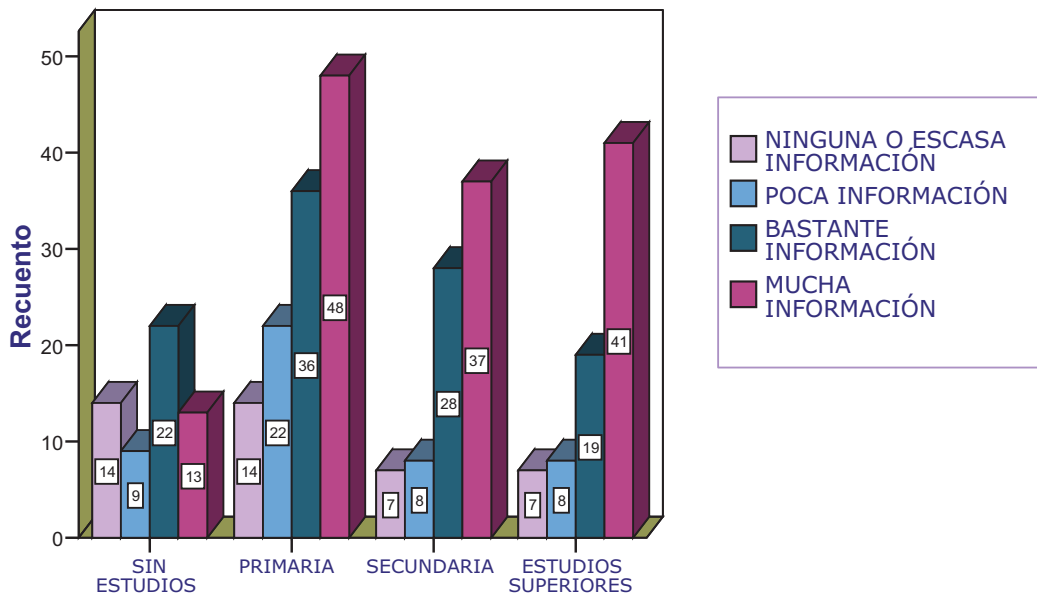
Fig. 33. Asociación entre Información Terapéutica Percibida categorizada y Edad categorizada de los pacientes.



-Información Terapéutica Percibida y Nivel de estudios

Tal como muestra la figura 34 el porcentaje de pacientes que consideró haber recibido “Mucha Información” predominó entre los pacientes con algún nivel de estudios, mientras que en el grupo de sin estudios, se encontraron porcentajes significativos de pacientes que puntuaron bajo en este cuestionario (mayor representación de las categorías “Escasa o Poca Información Percibida”).

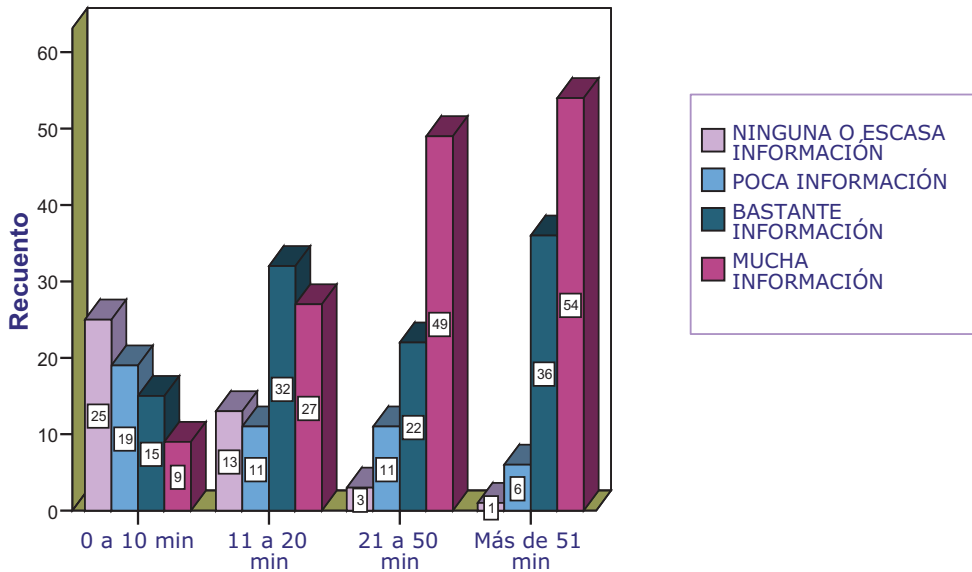
Fig. 34. Asociación entre información terapéutica percibida categorizada y nivel de estudios.



-Información Terapéutica Percibida y Duración de la sesión de fisioterapia.

Los pacientes que eran atendidos individualmente por el/la fisioterapeuta en sesiones de duración superior a los 20 minutos afirmaron, en un porcentaje muy elevado, haber recibido “Mucha Información Terapéutica” (Fig. 35); por el contrario, entre los pacientes atendidos con sesiones de duración inferior a 10 minutos, el mayor porcentaje manifestó recibir “Ninguna o Escasa Información Terapéutica”

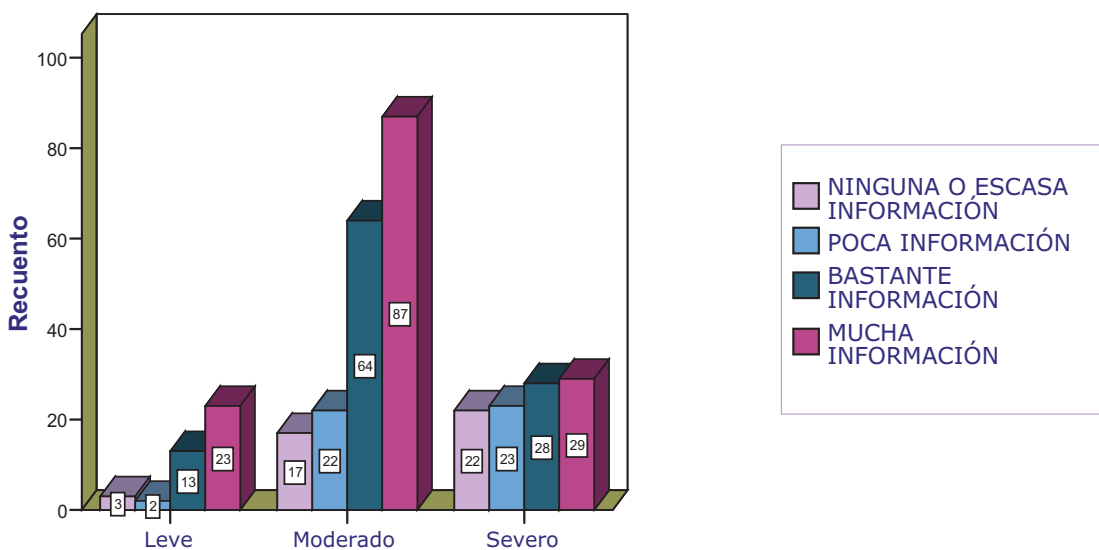
Fig. 35. Asociación entre información terapéutica percibida categorizada y duración de la sesión de fisioterapia categorizada.



-Información Terapéutica Percibida y Dolor

La categoría "Mucha Información" fue la más representada en todas las categorías en las que se englobó el dolor de los pacientes (leve, moderado y severo), si bien las categorías "Ninguna" y "Poca Información" tuvieron mayor porcentaje de representación en los pacientes que padecían mayor intensidad de dolor (dolor severo).

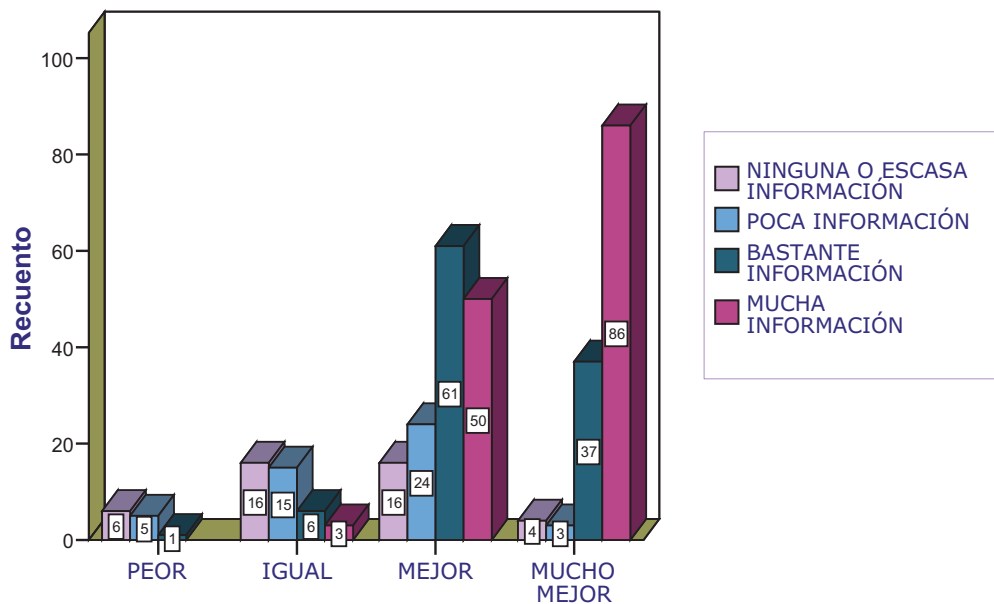
Fig. 36. Asociación entre información terapéutica percibida categorizada y dolor categorizado.



-Información Terapéutica Percibida y Mejora en el estado de salud.

Los pacientes que manifestaron sentirse mucho mejor o mejor, manifestaron altos porcentajes de "Mucha" o "Bastante Información Terapéutica Percibida" (Fig. 37); por el contrario entre los pacientes que manifestaron encontrarse igual o peor predominó el grupo de "Ninguna o Escasa Información Terapéutica".

Fig. 37. Asociación entre información terapéutica percibida categorizada y mejora del estado de salud del paciente categorizado.



4.7.1.2. Análisis multivariante

Para determinar la existencia de posibles variables confundentes se realizó un análisis multivariante mediante un modelo de regresión logística binaria usando como variable dependiente la información terapéutica percibida recodificada en 2 categorías:

- 1- Mucha información (puntuación igual o superior al percentil 75 en el cuestionario de Información percibida).
- 0- Bastante, Poca o Ninguna información (puntuación inferior al percentil 75 en el cuestionario).

Para este modelo y para los siguientes modelos de análisis multivariante se tuvieron en cuenta todas las variables del estudio que se tomaron como variables cuantitativas continuas o variables categóricas dicotómicas según se presenta en la tabla 65.

Tabla 65. Variables para los modelos de análisis de regresión logística.

Variables en el modelo	Operativización de la variable
Información Percibida Dicotómica	La información terapéutica percibida se recodificó en 2 categorías: -Mucha Información (puntuación igual o superior al percentil 75). -Bastante, Poca o Ninguna Información (puntuación inferior al percentil 75)
Satisfacción Dicotómica	La satisfacción se recodificó en 2 categorías: -Mucha Satisfacción (puntuación igual o superior al percentil 75) -Bastante, Poca o Ninguna Satisfacción (puntuación inferior al percentil 75)
Confianza Dicotómica	La confianza se recodificó en 2 categorías: -Mucha Confianza (puntuación igual o superior al percentil 75) -Bastante, Poca o Ninguna Confianza (puntuación inferior al percentil 75)
Tipo de centro Dicotómico	El tipo de centro se incluyó como variable cualitativa dicotómica: Público / Privado.
Género	El género se incluyó como variable cualitativa dicotómica: Mujer/Hombre
Edad	La edad se incluyó como variable continua: -Incremento de 1 año
Nivel de estudios Dicotómico	El nivel académico se incluyó como variable cualitativa dicotómica: -Sin Estudios/Estudios Primarios <i>versus</i> Estudios Secundarios/Estudios Superiores.
Localización de la patología Dicotómica	La localización de la patología se recodificó como variable cualitativa dicotómica: Columna/Resto de localizaciones
Dolor	El dolor se incluyó como variable continua: -Incremento de 1 punto en la escala numérica del dolor. Se asume que el valor entre cada categoría ordenada es lineal y proporcional.
Mejora del Estado de Salud	El estado de salud se incluyó como variable cuantitativa: -Incremento de 1 punto en la escala utilizada en esta investigación que va del 1-“Muchísimo Peor” al 9-“Muchísimo Mejor”). Al igual que en la variable dolor, asumimos que los cambios de valor son lineales y proporcionales.

Número de sesiones	El número de sesiones se incluyó como variable cuantitativa continua: -Incremento de 1 sesión.
Duración de la sesión	El tiempo de sesión se incluyó como variable cuantitativa continua: -Incremento de 1 minuto.

Para el estudio de la variable información terapéutica percibida, se establecieron 2 modelos:

-Modelo 1: En este modelo se introdujeron todas las variables influyentes que habían mostrado asociación significativa en el análisis simple.

-Modelo 2: se incluyeron, además de las anteriores, las variables satisfacción y confianza como variables influyentes de la información percibida.

Tras el análisis simple (tabla 68), las variables que se introdujeron en el modelo de regresión fueron: Tipo de centro, edad, nivel de estudios, dolor, mejora del estado de salud y duración de la sesión. Se utilizó el procedimiento paso a paso agrupando estas variables independientes en 4 bloques:

- 1- Entorno: -tipo de centro.
- 2- Variables Sociodemográficas: edad, nivel de estudios
- 3- Estado de salud: dolor, mejora del estado de salud.
- 4- Tratamiento: duración de la sesión.

El análisis del Modelo 1 (tabla 66) arrojó que las variables que mantienen su influencia sobre la información terapéutica percibida son el tipo de centro, la edad y la mejora del estado de salud y, en conjunto el modelo permite explicar el 32,4 % de la varianza de la variable información terapéutica percibida dicotómica según el estadístico R^2 de Nagelkerke.

Tabla 66. Modelo 1 de análisis multivariante de la variable información terapéutica percibida.

MODELO 1	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
TIPO CENTRO	,969	,419	5,348	,021	2,635	1,159	5,991
EDAD	-,023	,009	5,902	,015	,977	,959	,996
NIVEL ESTUDIOS	-,311	,314	,981	,322	,733	,396	1,355
DOLOR	,009	,064	,019	,890	1,009	,890	1,143
ESTADO SALUD	,750	,126	35,469	,000	2,117	1,654	2,710
DURACIÓN SESIÓN	-,006	,008	,461	,497	,994	,979	1,010
Constante	-4,757	1,157	16,898	,000	,009		

En el análisis del Modelo 2 (tabla 67), al incluir las variables satisfacción y confianza como variables influyentes de la información terapéutica percibida, ambas variables quedaron en el modelo junto con las anteriores (tipo de centro, edad y mejora del estado de salud) y la varianza explicada fue del 50,03% según el estadístico R² de Nagelkerke.

Tabla 67. Modelo 2 de análisis multivariante de la variable información terapéutica percibida.

MODELO 2	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
TIPO CENTRO	,959	,462	4,305	,038	2,609	1,055	6,456
EDAD	-,029	,011	6,678	,010	,972	,951	,993
NIVEL ESTUDIOS	-,501	,359	1,952	,162	,606	,300	1,224
DOLOR	,047	,070	,458	,499	1,049	,914	1,203
ESTADO SALUD	,552	,140	15,651	,000	1,737	1,321	2,283
DURACIÓN SESIÓN	-,017	,009	3,336	,068	,983	,966	1,001
SATISFACCIÓN DI*	1,778	,379	21,994	,000	5,916	2,814	12,436
CONFIANZA DI*	1,256	,404	9,676	,002	3,510	1,591	7,744
Constante	-4,874	1,261	14,935	,000	,008		

*DI=DICOTÓMICA

En base a este último modelo el/la paciente que asiste a un centro privado de fisioterapia tiene 2,6 veces más posibilidades de percibir "Mucha Información Terapéutica". Por cada año de edad disminuye en un 2,8% (1-0,972) la probabilidad de percibir "Mucha Información". Por cada aumento de 1 punto en la escala de Estado de Salud, aumenta en un 73% la probabilidad de percibir "Mucha Información". Los pacientes "Muy Satisfechos" tienen 5,9 veces más probabilidad de manifestar "Mucha Información" y los pacientes con "Mucha Confianza" tienen 3,5 veces más probabilidad de manifestar "Mucha Información Percibida".

Tabla 68. Factores que influyen en la información terapéutica percibida. Análisis simple y resumen de los modelos 1 y 2 multivariantes.

Variable	Análisis bivariante OR* (IC 95 %)	Análisis multivariante OR* (IC 95 %) MODELO 1	Análisis multivariante (incluyendo Satisfacción y Confianza) OR* (IC 95 %) MODELO 2
Tipo de centro (público/privado)	4,001 (2,517-6,359)	2,635 (1,159-5,991)	2,609 (1,055-6,456)
Género	NS		
Edad	0,969 (0,955 – 0,983)	0,977 (0,959 – 0,996)	0,972 (0,951 – 0,993)
Nivel de estudios dicotómico	1,943 (1,249 – 3,021)	NS	NS
Localización de la Patología dicotómica	NS		
Dolor	0,833 (0,754 – 0,922)	NS	NS
Mejora Estado de salud	2,350 (1,878 – 2,939)	2,117 (1,654 – 2,710)	1,737 (1,321 – 2,283)
Número de sesiones	NS		
Duración de la sesión	1,024 (1,014 – 1,034)	NS	NS
Satisfacción	14,73 (7,994-27,159)		5,916 (2,814- 12,436)
Confianza	13,986 (7,382-26,498)		3,510 (1,591- 7,744)

* OR= Odds Ratio para Mucha Información Percibida.

4.7.2. Resultados del análisis para la variable INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PROPORCIONADA

4.7.2.1. Análisis bivariante

Para determinar los factores que pueden influir en la variable información terapéutica proporcionada por el fisioterapeuta, medida con el cuestionario de información para fisioterapeutas, se realizó un análisis bivariante con el resto de variables.

Esta variable cuantitativa se categorizó en una variable cualitativa ordinal para una mejor comparación, visualización y comprensión de los resultados tal como se indica en el apartado de metodología. Las categorías posibles de esta variable fueron: Ninguna o Escasa, Poca, Bastante o Mucha... Información Proporcionada.

Un resumen del análisis bivariante de esta variable información proporcionada categorizada y algunas de las variables influyentes se muestra en la tabla 69.

Tabla 69. Análisis bivariado entre la variable información terapéutica proporcionada categorizada y las variables tipo de centro, género y duración de la sesión categorizada.

Total de fisioterapeutas participantes n=73	INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PROPORCIONADA (VARIABLE CATEGORIZADA)				Estadísticos de contraste
	ESCASA O NINGUNA INFORMACIÓN	POCA INFORMACIÓN	BASTANTE INFORMACIÓN	MUCHA INFORMACIÓN	
Tipo de centro					
-Centro Privado (n=38)	0	3	9	26	x ² =9,311 gl=6; p= 0,012
-Centro de Salud (n=7)	0	0	3	4	
-Hospital (n=28)	3	5	7	13	
Género					
Mujeres (n=43)	2	5	10	26	x ² =0,47 gl=3; p= 0,92
Hombres (n=30)	1	3	9	17	
Duración de la sesión categorizada					
0 a 10 min (n=4)	1	0	1	2	x ² =15,60 gl=9; p= 0,076
11 a 20 min (n=29)	2	5	10	12	
21 a 50 min (n=22)	0	2	2	18	
Más de 51 min (n=18)	0	1	6	11	

-El análisis de la variable información proporcionada y las variables edad y años de ejercicio profesional se muestran en la tabla 70..

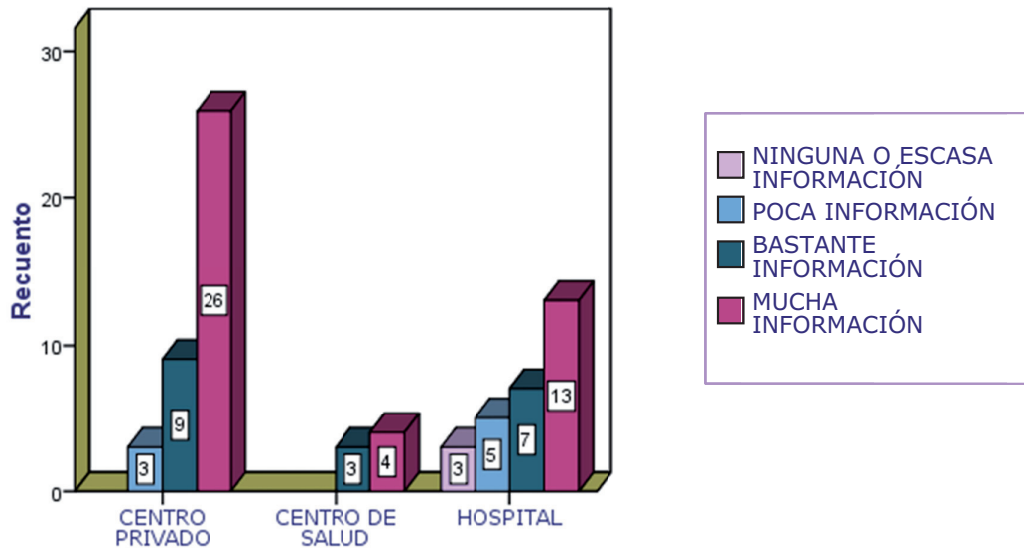
Tabla 70. Asociación entre información proporcionada y edad y años de ejercicio profesional.

<p>Edad del fisioterapeuta y nivel de información global que proporciona</p> <p>-Considerando la Información Proporcionada Categorizada: x²=2,78 gl=9; p= 0,426</p> <p>-Considerando el Índice Información Proporcionada: r de Pearson= -0,204 (p=0,084)</p>
<p>Años de ejercicio profesional y nivel de información global</p> <p>-Considerando la Información Proporcionada Categorizada: x²=3,91 gl=9; p= 0,27</p> <p>-Considerando el Índice Información Proporcionada: r de Pearson= -0,221 (p=0,060)</p>

Tras este análisis se encontró que la variable información proporcionada por los fisioterapeutas sólo estaba asociada de forma estadísticamente significativa con el tipo de centro, tal como ya se había puesto de manifiesto en la descripción de esta variable por tipo de centro.

Esta asociación se visualiza mejor mediante el gráfico 38 en el que puede observarse que en los 3 tipos de centros de fisioterapia predominaron los fisioterapeutas que manifestaron proporcionar “Mucha Información” a sus pacientes; si bien, en centros hospitalarios existía un porcentaje considerable de profesionales que expresaron aportar “Poca” o “Ninguna Información” a los pacientes a los que atendían.

Fig. 38. Asociación entre información terapéutica proporcionada categorizada y tipo de centro asistencial.



4.7.3. Resultados del análisis para la variable SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA

4.7.3.1. Análisis bivariante

Para determinar los factores que influyen en el grado de satisfacción con la atención en fisioterapia evaluada con el cuestionario *MedRisk*, se realizó en primer lugar un análisis bivariante con el resto de variables, y a continuación un análisis multivariante mediante un modelo de regresión logística binaria, en el que se incluyeron aquellas variables que mostraron una asociación significativa en el análisis bivariado.

Como primer paso, la variable satisfacción se categorizó, tal como se indica en el apartado de metodología, en una variable cualitativa ordinal de 4 categorías: Nula o Escasa, Poca, Bastante o Mucha... Satisfacción.

Un resumen de la asociación de esta de esta variable categorizada con el resto de variables influyentes se muestra en la tabla 71.

Tabla 71. Variables que influyen en la satisfacción categorizada (análisis bivariado)

Total de pacientes participantes n=333	SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA (SATISFACCIÓN CATEGORIZADA)				Estadísticos de contraste
	ESCASA O NINGUNA SATISFACCIÓN	POCA SATISFACCIÓN	BASTANTE SATISFACCIÓN	MUCHA SATISFACCIÓN	
Tipo de centro asistencial					
-Centro privado (n=163)	0	0	40	123	x ² =65,87 gl=6; p= 0,001
-Centro de salud (n=88)	0	11	32	45	
-Centro hospitalario (n=82)	2	14	43	23	
Edad					
-Jóvenes (n=48)	1	0	15	32	x ² =28,96 gl=12; p= 0,004
-Adultos Jóvenes (n=126)	0	8	32	86	
-Adultos Mayores (n=94)	1	11	34	48	
-Mayores (n=43)	0	5	24	14	
-Ancianos (n=22)	0	1	10	11	
Género					
Mujeres (n=170)	2	16	57	95	x ² =3,82 gl=3; p= 0,28
Hombres (n=163)	0	9	58	96	
Nivel de estudios					
-Sin estudios (n=58)	1	9	29	19	x ² =39,06 gl=9; p= 0,01
-Primaria (n=120)	1	13	45	61	
-Secundaria (n=80)	0	1	27	52	
-Superiores (n=75)	0	2	14	59	
Localización de la patología					
-PAT. CERVICAL (n=50)	0	2	10	38	x ² =29,83 gl=18; p= 0,88
-PAT. LUMBAR (n=70)	0	6	21	43	
-PAT. HOMBRO (n=69)	0	9	23	37	
-PAT. CODO-MANO (n=35)	1	1	21	12	
-PAT. CADERA (n=15)	0	0	7	8	
-PAT. RODILLA-PIE (n=79)	1	7	28	43	
-PAT. NEUROLÓGICA (n=15)	0	0	5	10	
Nº Sesiones					
0-10 sesiones (n=132)	1	11	52	68	x ² =9,88 gl=9; p= 0,36
11-20 sesiones (n=139)	0	9	43	87	
21-50 sesiones (n=47)	1	4	18	24	
>50 sesiones (n=15)	0	1	2	12	
Duración sesión					
0 a 10 min (n=68)	2	17	32	17	x ² =90,17 gl=9; p= 0,001
11 a 20 min (n=83)	0	6	38	39	
21 a 50 min (n=85)	0	2	22	61	
Más de 51 min (n=97)	0	0	23	74	

Dolor					
-Dolor leve (n=41)	0	0	9	32	$\chi^2=23,98$ gl=6; p= 0,001
-Dolor moderado (n=190)	1	4	69	116	
-Dolor severo (n=102)	1	21	37	43	
Estado actual					
-Peor (n=12)	1	8	2	1	$\chi^2=131,37$ gl=9; p= 0,001
-Igual (n=40)	0	10	20	10	
-Mejor (n=151)	1	6	65	79	
-Mucho mejor (n=130)	0	1	28	101	

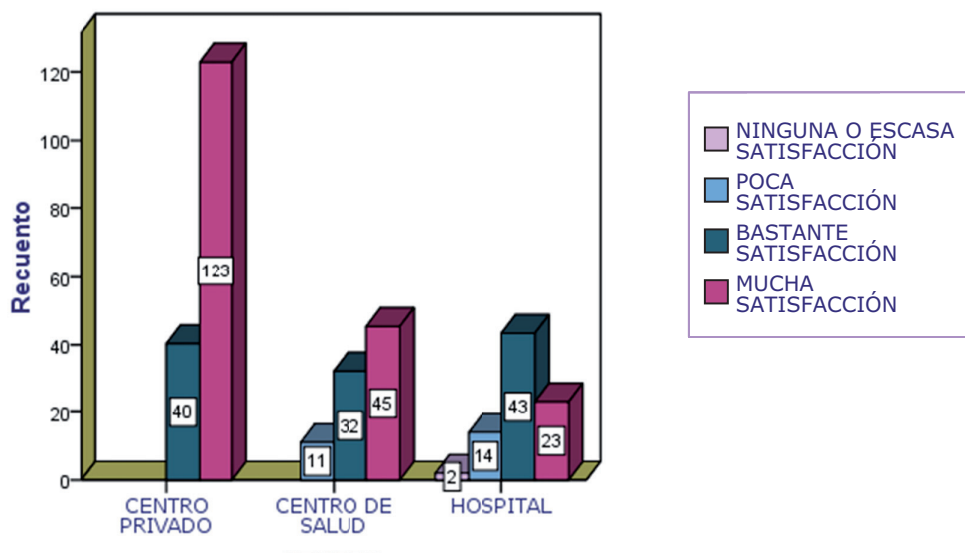
Tras este análisis se encontró que la variable satisfacción con la atención en fisioterapia se asoció de forma estadísticamente significativa con 6 variables influyentes: tipo de centro, edad categorizada, nivel de estudios, duración de la sesión categorizada, dolor categorizado y mejora del estado de salud categorizado.

Para visualizar mejor estas asociaciones, se presentan los siguientes comentarios y gráficos.

-Satisfacción y Tipo de centro.

Todos los pacientes de centros privados se mostraron "Bastante o Muy Satisfechos" con el servicio de fisioterapia (puntuación alta en el cuestionario *MedRisk*, Fig.39). En las salas de fisioterapia de centros hospitalarios, este porcentaje de "Muy satisfechos" descendió notablemente además de aparecer un porcentaje considerable de pacientes que manifestaron "Poca o Ninguna Satisfacción" con el servicio de fisioterapia al que acudían (puntuaciones bajas en el cuestionario *MedRisk*).

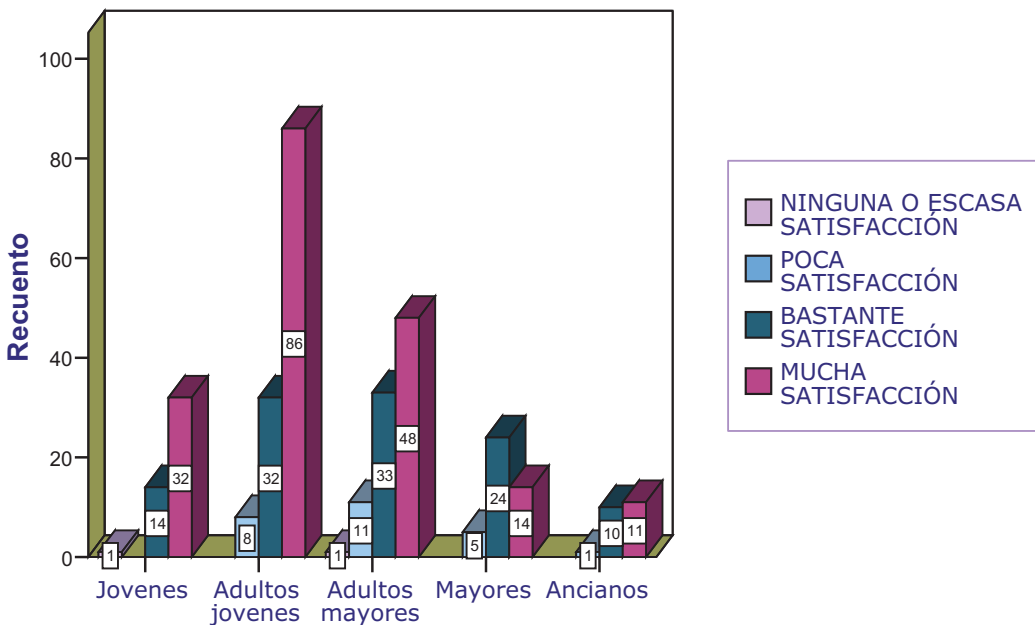
Fig. 39. Asociación entre satisfacción categorizada y tipo de centro.



-Satisfacción y Edad

La figura 40 muestra la distribución de la satisfacción en función de los grupos de edad. En los grupos de pacientes jóvenes (hasta 30 años), adultos jóvenes (de 31 a 50 años) y adultos mayores (de 51 a 65 años) predominaron los pacientes que manifestaron "Mucha Satisfacción", en el grupo de pacientes mayores (de 66 a 75 años) disminuyó el porcentaje de los que afirmaron estar "Muy Satisfechos" y predominó el grupo de "Bastante Satisfacción". Entre los más mayores (ancianos, mayores de 76 años) volvió a prevalecer la categoría "Mucha Satisfacción"

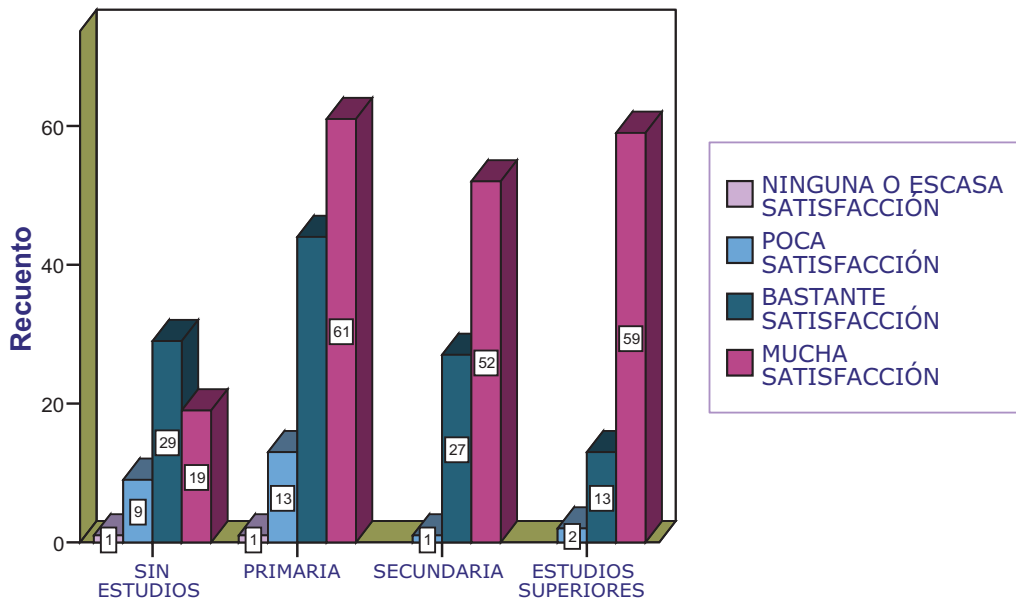
Fig. 40. Asociación entre satisfacción categorizada y edad del paciente categorizada.



-Satisfacción y Nivel de estudios

Tal como muestra la figura 41 prácticamente todos los pacientes con estudios secundarios o superiores manifestaron "Bastante" o "Mucha Satisfacción" con el servicio de fisioterapia al que acudían, mientras que en el grupo de estudios primarios y sin estudios, hubo porcentajes significativos de pacientes que puntuaron bajo este cuestionario *MedRisk* ("Escasa" o "Poca Satisfacción").

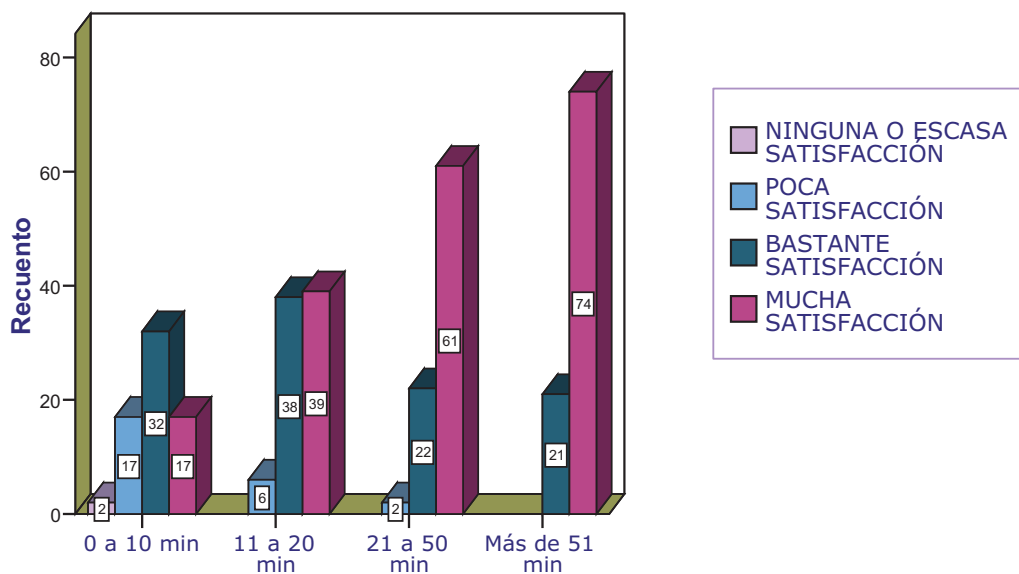
Fig. 41. Asociación entre satisfacción categorizada y nivel de estudios.



-Satisfacción y Duración de la sesión de fisioterapia.

En los grupos en los que la duración de la sesión de fisioterapia (entendiendo que es el tiempo en el que el fisioterapeuta atendía individualmente al paciente) fue de 11 a 20 minutos, de 21 a 50 minutos y de más de 51 minutos, predominaron los pacientes que manifestaron "Mucha Satisfacción"; por el contrario en el grupo de pacientes atendidos con sesiones de duración inferior a 10 minutos, el mayor porcentaje manifestó "Bastante Satisfacción" seguido de un porcentaje considerable de "Poca Satisfacción".

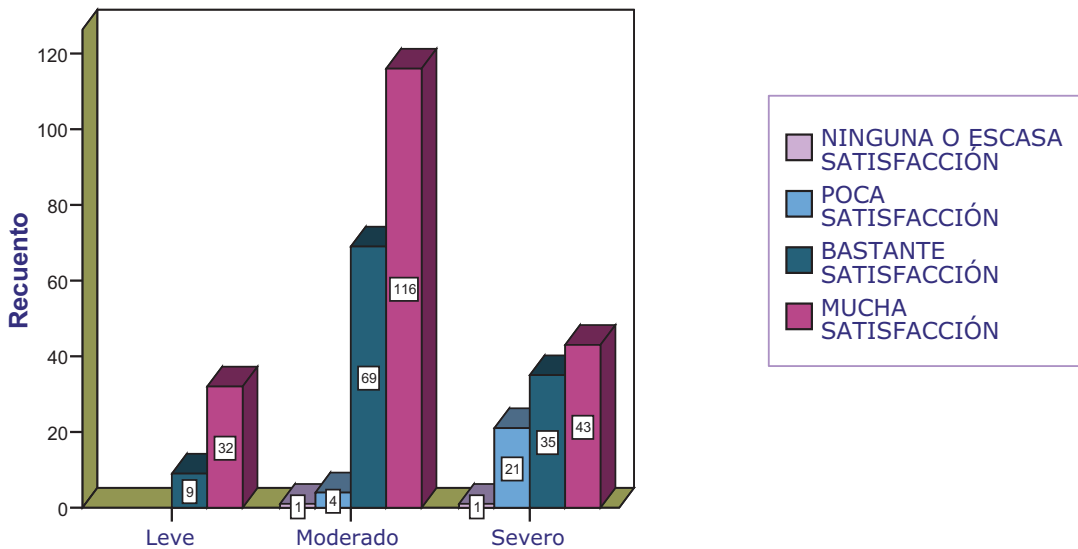
Fig. 42. Asociación entre satisfacción categorizada y duración de la sesión de fisioterapia categorizada.



-Satisfacción y Dolor

La categoría "Mucha Satisfacción" fue la más representada en todas las categorías en las que se englobó el dolor de los pacientes (leve, moderado y severo), si bien en pacientes con dolor severo disminuyó el porcentaje de "Mucha Satisfacción" y se encontró un porcentaje considerable de "Poca Satisfacción".

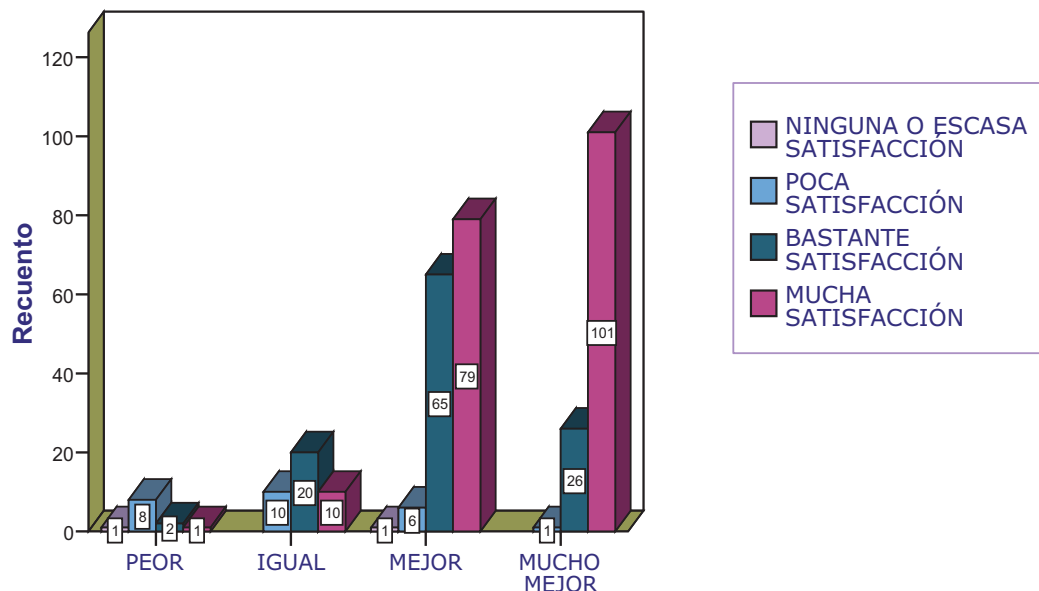
Fig. 43. Asociación entre satisfacción categorizada y dolor categorizado.



-Satisfacción y Mejora en el Estado de salud.

Como se indica en la Fig. 44, entre los pacientes que manifestaron sentirse mucho mejor y mejor predominó la categoría "Mucha Satisfacción", en los pacientes que se sentían igual predominó la categoría "Bastante Satisfacción" y la gran mayoría de pacientes que manifestaron encontrarse peor expresaron "Poca Satisfacción" con el servicio de fisioterapia del centro al que acudían.

Fig. 44. Asociación entre satisfacción categorizada y mejora del estado de salud del paciente categorizado.



4.7.3.2. Análisis multivariante

Para determinar la existencia de posibles variables confundentes se realizó un análisis multivariante mediante un modelo de regresión logística binaria usando como variable dependiente la satisfacción con la atención de fisioterapia recodificada en 2 categorías:

- 1- Mucha Satisfacción (puntuación igual o superior al percentil 75 en el cuestionario *MedRisk*).
- 0- Bastante, Poca o Ninguna Satisfacción (puntuación inferior al percentil 75 en este cuestionario).

En el modelo se introdujeron las variables que habían mostrado asociación significativa en el análisis simple. Para este análisis simple se tuvieron en cuenta todas las variables del estudio que se tomaron como variables cuantitativas continuas o variables categóricas dicotómicas siguiendo el mismo esquema ya indicado en la tabla 65 (Variables para los modelos de análisis de regresión logística que aparece en el apartado de análisis multivariante para la variable información terapéutica percibida).

Para el estudio de la variable satisfacción se establecieron 2 modelos:

- Modelo 1: En este modelo se introdujeron todas las variables influyentes que habían mostrado asociación significativa en el análisis simple.

-Modelo 2: se incluyeron, además de las anteriores, las variables información y confianza como variables influyentes de la satisfacción.

Tras el análisis simple (tabla 74), las variables que se asociaron significativamente con la satisfacción y, por tanto, se introdujeron en el modelo de regresión fueron: tipo de centro, edad, nivel de estudios, localización de la patología, dolor, estado de salud y duración de la sesión. Se utilizó el procedimiento paso a paso agrupando estas variables independientes en 4 bloques:

- 1.- Entorno: -tipo de centro.
- 2.- Variables Sociodemográficas: edad, nivel de estudios.
- 3.- Estado de salud: localización de la patología, dolor, estado de salud.
- 4.- Tratamiento: duración de la sesión.

El análisis del Modelo 1 (tabla 72) arrojó que las variables que mantienen su influencia sobre la satisfacción con la atención en fisioterapia fueron el nivel de estudios y la mejora del estado de salud y, en conjunto el modelo permite explicar el 32,2 % de la varianza de la variable satisfacción dicotómica según el estadístico R^2 de Nagelkerke.

Tabla 72. Modelo 1 de análisis multivariante de la variable satisfacción.

MODELO 1	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
TIPO CENTRO	,224	,461	,237	,627	1,252	,507	3,090
EDAD	-,002	,009	,041	,839	,998	,980	1,017
NIVEL ESTUDIOS	,621	,314	3,905	,048	1,861	1,005	3,446
LOC. PATOLOGÍA	,184	,305	,361	,548	1,202	,660	2,186
DOLOR	-,062	,066	,874	,350	,940	,825	1,070
ESTADO SALUD	,534	,118	20,563	,000	1,706	1,354	2,149
DURACIÓN SESIÓN	,016	,010	2,701	,100	1,016	,997	1,035
Constante	-3,856	1,137	11,505	,001	,021		

En el análisis del Modelo 2 (tabla 73), al incluir las variables información y confianza como variables influyentes de la satisfacción, ambas variables quedarían en el modelo junto con el nivel de estudios (dejaría de ser significativa la variable mejora del estado de salud) y la varianza explicada sería del 61,5% según el estadístico R^2 de Nagelkerke.

Tabla 73. Modelo 2 de análisis multivariante de la variable satisfacción.

MODELO 2	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
TIPO CENTRO	-,225	,538	,174	,676	,799	,278	2,295
EDAD	,008	,012	,520	,471	1,008	,986	1,032
NIVEL ESTUDIOS	1,341	,411	10,653	,001	3,825	1,709	8,559
LOC. PATOLOGÍA	,586	,384	2,329	,127	1,797	,846	3,815
DOLOR	-,037	,081	,212	,645	,963	,822	1,129
ESTADO SALUD	,092	,158	,339	,561	1,096	,805	1,493
DURACIÓN SESIÓN	,008	,010	,665	,415	1,008	,989	1,028
INFORMACIÓN DI.*	1,804	,387	21,677	,000	6,072	2,842	12,973
CONFIANZA DI.*	2,575	,373	47,566	,000	13,131	6,317	27,297
Constante	-3,607	1,480	5,940	,015	,027		

*DI=DICOTÓMICA

En base a este último modelo, el/la paciente con un nivel de estudios medio o superior tiene 3,82 veces más posibilidades de manifestar “Mucha Satisfacción” que el paciente con estudios primarios o sin estudios. Los pacientes que se sienten “Muy Informados” tienen 6,07 veces más probabilidad de manifestar “Mucha Satisfacción” y los pacientes con “Mucha Confianza” tienen 13,13 veces más probabilidad de manifestar “Mucha Satisfacción” con la atención del servicio de fisioterapia al que asisten.

Tabla 74. Factores que influyen en la satisfacción. Análisis simple y resumen de los modelos 1 y 2 multivariantes.

Variable	Análisis bivariante OR* (IC 95 %)	Análisis multivariante OR* (IC 95 %) MODELO 1	Análisis multivariante (incluyendo Información y Confianza) OR* (IC 95 %) MODELO 2
Tipo de centro (público/privado)	4,855 (3,017-7,814)	NS	
Género	NS		
Edad	0,973 (0,960-0,987)	NS	
Nivel de estudios	3,130 (1,976-4,958)	1,861 (1,005-3,446)	3,825 (1,709-8,559)
Localización de la patología	1,977 (1,235-3,163)	NS	
Dolor	0,793 (0,712-0,884)	NS	
Estado de salud	2,084 (1,701-2,553)	1,706 (1,354-2,149)	NS
Número de sesiones	NS		
Duración de la sesión	1,036 (1,025-1,048)	NS	
Información	14,734 (7,994-27,159)		6,072 (2,842-12,973)
Confianza	23,723 (13,164-42,753)		13,131 (6,317-27,297)

* OR Odds Ratio para Mucha Satisfacción Percibida.

4.7.4. Resultados del análisis para la variable CONFIANZA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA

4.7.4.1. Análisis bivariante

Para determinar los factores que influyen el grado de confianza depositado en el profesional fisioterapeuta, medido con el cuestionario de confianza original de este estudio, se realizó en primer lugar un análisis bivariante con el resto de variables, y a continuación un análisis multivariante mediante un modelo de regresión logística binaria, en el que se incluyeron las variables que mostraron una asociación significativa en el análisis bivariado.

Como primer paso, la variable confianza se categorizó, tal como se indica en el apartado de metodología, en una variable cualitativa ordinal de 4 categorías: Nula o Escasa, Poca, Bastante o Mucha...Confianza.

Un resumen de la asociación de esta variable categorizada con el resto de variables influyentes se muestra en la tabla 75.

Tabla 75. Variables que influyen en la variable confianza categorizada (análisis bivariado).

Total de pacientes participantes n=333	CONFIANZA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA (VARIABLE CATEGORIZADA)				Estadísticos de contraste
	ESCASA NINGUNA CONFIANZA	POCA CONFIANZA	BASTANTE CONFIANZA	MUCHA CONFIANZA	
Tipo de centro					
-Centro Privado (n=163)	0	0	32	131	x ² =85,37 gl=6; p= 0,001
-Centro de Salud (n=88)	1	13	22	52	
-Centro Hospitalario (n=82)	7	17	36	22	
Edad					
-Jóvenes (n=48)	1	1	14	32	x ² =30,90 gl=12; p= 0,002
-Adultos Jóvenes (n=126)	3	6	24	93	
-Adultos Mayores (n=94)	4	14	26	50	
-Mayores (n=43)	0	8	16	19	
-Ancianos (n=22)	0	1	10	11	
Género					
Mujeres (n=170)	7	15	40	108	x ² =6,05 gl=3; p= 0,109
Hombres (n=163)	1	15	50	97	

Nivel de estudios					
-Sin estudios (n=58)	2	10	18	28	$\chi^2=20,34$ gl=9; p= 0,016
-Primaria (n=120)	4	16	29	71	
-Secundaria (n=80)	1	4	22	53	
-Superiores (n=75)	1	0	21	53	
Localización de la patología					
-PAT. CERVICAL (n=50)	0	2	13	35	$\chi^2=20,79$ gl=18; p= 0,29
-PAT. LUMBAR (n=70)	0	6	19	45	
-PAT. HOMBRO (n=69)	1	10	16	42	
-PAT. CODO-MANO (n=35)	2	4	14	15	
-PAT. CADERA (n=15)	0	1	3	11	
-PAT. RODILLA-PIE (n=79)	5	6	21	47	
-PAT. NEUROLÓGICA (n=15)	0	1	4	10	
Nº Sesiones					
0-10 sesiones (n=132)	3	14	38	77	$\chi^2=8,43$ gl=9; p= 0,49
11-20 sesiones (n=139)	2	9	37	91	
21-50 sesiones (n=47)	2	7	10	28	
>50 sesiones (n=15)	1	0	5	9	
Duración sesión					
0 a 10 min (n=68)	6	18	25	19	$\chi^2=87,77$ gl=9; p= 0,001
11 a 20 min (n=83)	2	8	32	41	
21 a 50 min (n=85)	0	4	19	62	
Más de 51 min (n=97)	0	0	14	83	
Dolor					
-Dolor leve (n=41)	0	1	7	33	$\chi^2=28,23$ gl=6; p= 0,001
-Dolor moderado (n=190)	2	11	53	124	
-Dolor severo (n=102)	6	18	30	48	
Estado actual					
-Peor (n=12)	3	7	1	1	$\chi^2=138,800$ gl=9; p= 0,001
-Igual (n=40)	2	11	16	11	
-Mejor (n=151)	3	9	59	80	
-Mucho mejor (n=130)	0	3	14	113	

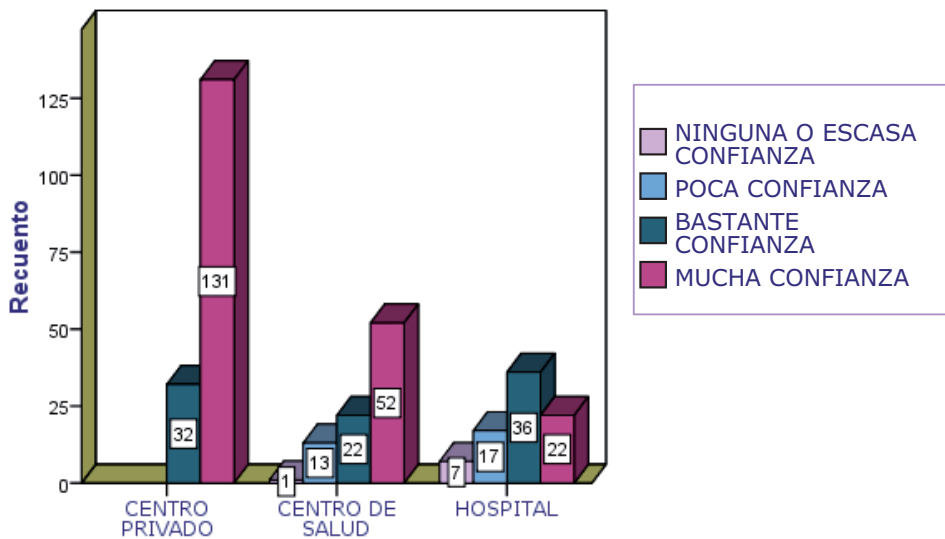
Tras este análisis se encontró que la variable Confianza estaba asociada de forma estadísticamente significativa con 6 variables influyentes: tipo de centro, edad categorizada, nivel de estudios, duración de la sesión categorizada, dolor categorizado y mejora del estado de salud categorizado.

Para visualizar mejor estas asociaciones, se presentan los siguientes comentarios y gráficos.

-Confianza y Tipo de centro.

Tal como se indica en la figura 45, todos los pacientes de los centros privados manifestaron "Bastante" o "Mucha Confianza" en el fisioterapeuta. En los servicios de fisioterapia de los centros de salud, también la categoría "Mucha Confianza" fue la más representada aunque todas las categorías tienen representación. En los servicios de fisioterapia de centros hospitalarios predominó la categoría "Bastante Confianza" pero se encontró un porcentaje considerable de pacientes con "Poca" o "Ninguna Confianza" en el profesional fisioterapeuta que los atendía.

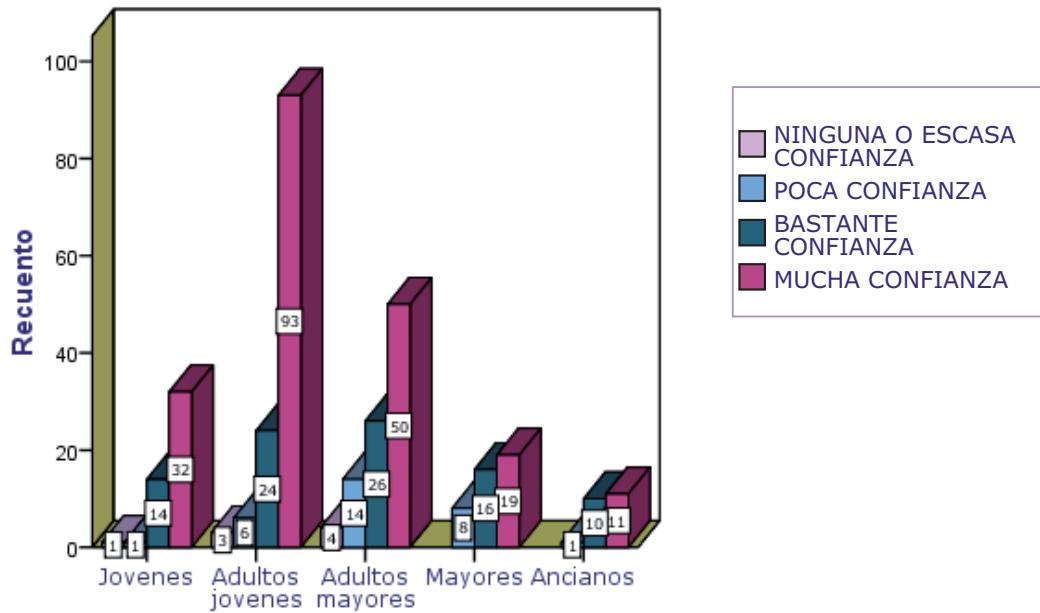
Fig. 45. Asociación entre confianza categorizada y tipo de centro.



-Confianza y Edad

En todos los grupos de edad, la categoría "Mucha Confianza" fue la más representada (Fig. 46), sin embargo, se observa que a mayor edad, en pacientes mayores y ancianos (por encima de los 66 años), este porcentaje tiende a igualarse con la categoría "Bastante Confianza".

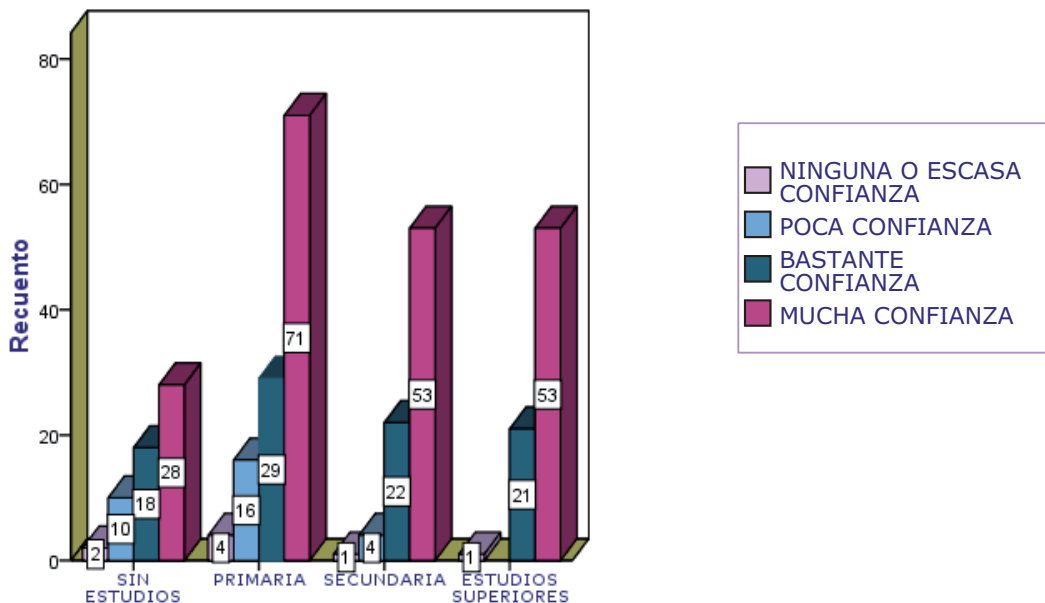
Fig. 46. Asociación entre confianza categorizada y edad categorizada de los pacientes.



-Confianza y Nivel de estudios

Tal como muestra la figura 47, en todos los niveles académicos, la categoría “Mucha Confianza” fue la más representada, sin embargo, se observa que las categorías “Nula” y “Poca Confianza” aparecieron prácticamente sólo en niveles académicos inferiores (pacientes con estudios primarios o sin estudios)

Fig. 47. Asociación entre confianza categorizada y nivel de estudios.

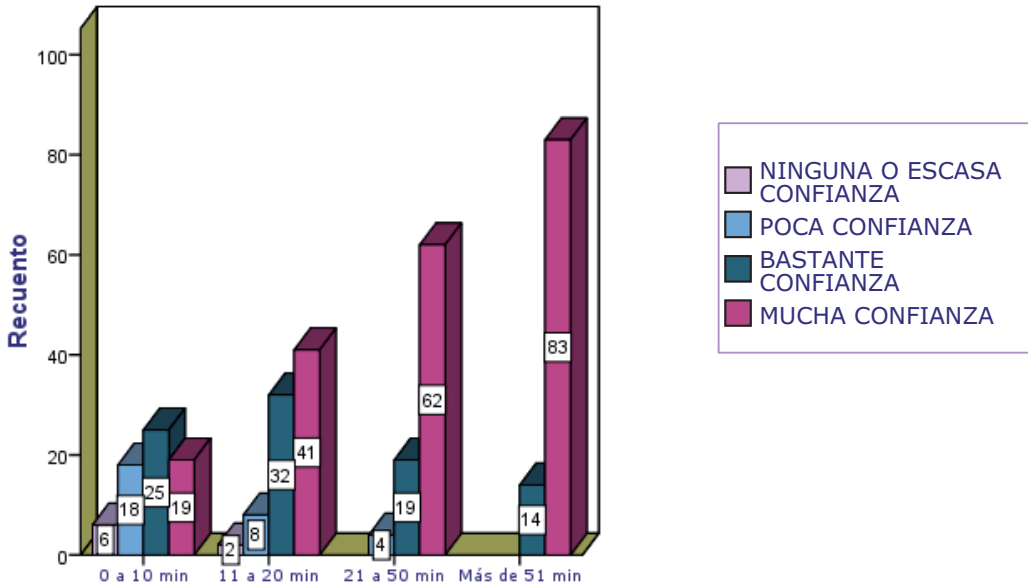


-Confianza y Duración de la sesión de fisioterapia.

Tal como se muestra en la figura 48, la mayoría de pacientes en los que la duración de la sesión de fisioterapia (entendiendo que es el tiempo en el que el fisioterapeuta atendía

individualmente al paciente) fue de 11 a 20 minutos, de 21 a 50 minutos o de más de 51 minutos, manifestaron "Mucha Confianza" en el profesional fisioterapeuta. En el grupo de pacientes atendidos con sesiones de duración inferior a 10 minutos hubo un porcentaje considerable de "Poca y Escasa Confianza".

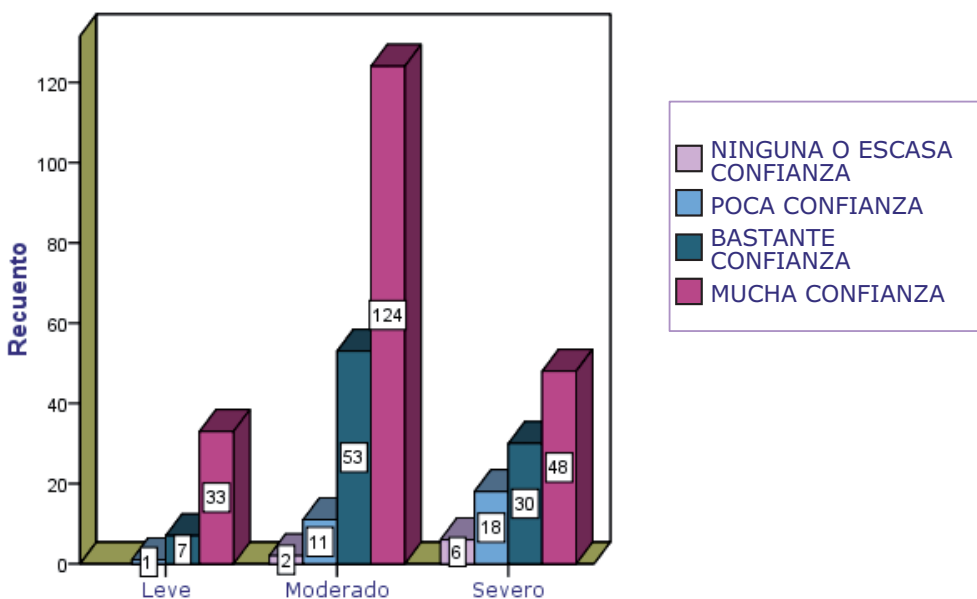
Fig. 48. Asociación entre confianza categorizada y duración de la sesión de fisioterapia categorizada



-Confianza y Dolor

La categoría "Mucha Confianza" fue la más representada en todas las categorías en las que se englobó el dolor de los pacientes (leve, moderado y severo), si bien en pacientes con dolor severo disminuyó el porcentaje de "Mucha Confianza" y se encontró un porcentaje considerable de "Poca Confianza" en el profesional fisioterapeuta

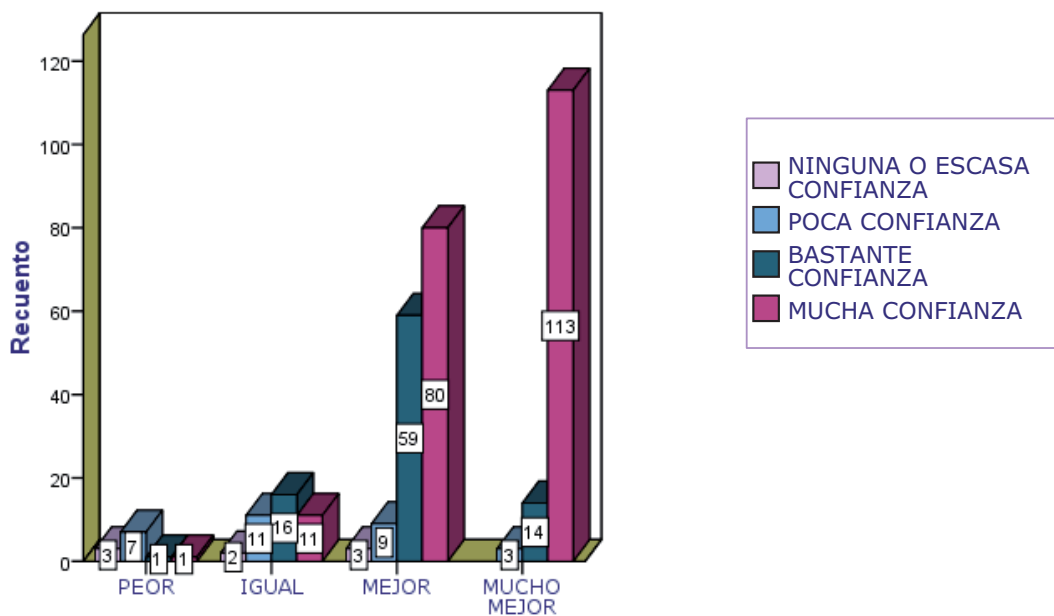
Fig. 49. Asociación entre confianza categorizada y dolor categorizado.



-Confianza y Mejora en el Estado de Salud

Como se representa en la figura 50, entre los pacientes que manifestaron sentirse mucho mejor y mejor predominó la categoría "Mucha Confianza", en los pacientes que se sentían igual predominó la categoría "Bastante Confianza" y entre los pacientes que manifestaron encontrarse peor predominó la categoría "Poca Confianza" en el profesional fisioterapeuta que lo atendía.

Fig. 50. Asociación entre confianza categorizada y mejora del estado de salud del paciente categorizado.



4.7.4.2. Análisis multivariante

Para determinar la existencia de posibles variables confundentes se realizó un análisis multivariante mediante un modelo de regresión logística binaria usando como variable dependiente la confianza en el profesional fisioterapeuta recodificada en 2 categorías:

- 1- Mucha Confianza (puntuación igual o superior al percentil 75 en el cuestionario de confianza en el profesional fisioterapeuta).
- 0- Bastante, Poca o Ninguna Confianza (puntuación inferior al percentil 75 en este cuestionario).

En el modelo se introdujeron las variables que habían mostrado asociación significativa en el análisis simple. Para este análisis simple se tuvieron en cuenta todas las variables del estudio que se tomaron como variables cuantitativas continuas o variables categóricas dicotómicas siguiendo el mismo esquema ya indicado en la tabla 65 (esta tabla se presenta en el apartado de análisis multivariante para la variable información terapéutica percibida).

Para el estudio de la variable confianza, se establecieron 2 modelos:

-Modelo 1: En este modelo se introdujeron todas las variables influyentes que habían mostrado asociación significativa en el análisis simple.

-Modelo 2: se incluyeron, además de las anteriores, las variables información y satisfacción como variables influyentes de la confianza.

Tras el análisis simple (tabla 78), las variables que se introdujeron en el modelo de regresión fueron: tipo de centro, edad, nivel de estudios, dolor, mejora del estado de salud y duración de la sesión. Se utilizó el procedimiento paso a paso agrupando estas variables independientes en 4 bloques:

- 1.-Entorno: -tipo de centro.
- 2.-Variables Sociodemográficas: edad, nivel de estudios.
- 3.-Estado de salud: dolor, estado de salud.
- 4.-Tratamiento: duración de la sesión.

El análisis del Modelo 1 (tabla 76) mostró que las variables que mantienen su influencia sobre la confianza en el fisioterapeuta son la mejora del estado de salud y la duración de la sesión y, en conjunto, el modelo permite explicar el 39,4 % de la varianza de la variable confianza según el estadístico R^2 de Nagelkerke.

Tabla 76. Modelo 1 de análisis multivariante de la variable confianza.

MODELO 1	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
TIPO CENTRO	,082	,499	,027	,870	1,085	,408	2,885
EDAD	-,004	,010	,203	,653	,996	,976	1,015
NIVEL ESTUDIOS	-,272	,341	,635	,425	,762	,390	1,487
DOLOR	-,088	,071	1,544	,214	,916	,797	1,052
ESTADO SALUD	,681	,127	28,950	,000	1,976	1,542	2,533
DURACIÓN SESIÓN	,030	,011	7,083	,008	1,031	1,008	1,054
Constante	-4,281	1,194	12,858	,000	,014		

En el análisis del Modelo 2 (tabla 77), al incluir las variables información y satisfacción como variables influyentes de la confianza, ambas variables quedaron en el modelo junto con las anteriores (mejora del estado de salud y duración de la sesión) y la varianza explicada fue del 62,6% según el estadístico R² de Nagelkerke.

Tabla 77. Modelo 2 de análisis multivariante de la variable confianza

MODELO 2	B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
TIPO CENTRO	-,038	,571	,004	,947	,963	,314	2,951
EDAD	,000	,013	,000	,991	1,000	,976	1,025
NIVEL ESTUDIOS	-,853	,461	3,428	,064	,426	,173	1,051
DOLOR	-,082	,086	,907	,341	,922	,779	1,090
ESTADO SALUD	,459	,160	8,271	,004	1,583	1,158	2,165
DURACIÓN SESIÓN	,026	,012	4,578	,032	1,026	1,002	1,050
INFORMACIÓN DI.*	1,131	,407	7,712	,005	3,098	1,395	6,883
SATISFACCIÓN DI.*	2,545	,374	46,310	,000	12,737	6,121	26,506
Constante	-4,216	1,539	7,507	,006	,015		

*DI=DICOTÓMICA

En base a este último modelo, por cada aumento de 1 punto en la escala de mejora del estado de salud, aumentaría en un 58% la probabilidad de manifestar “Mucha Confianza” en el profesional fisioterapeuta. Por cada minuto que se incremente la duración de la sesión de fisioterapia (entendida como el tiempo en el que el fisioterapeuta atiende directa e individualmente al paciente) aumenta en un 2,6% la posibilidad de que el paciente manifieste “Mucha Confianza”. Los pacientes “Muy Informados” tienen 3,09 veces más probabilidad de manifestar “Mucha Confianza” y los pacientes “Muy Satisfechos” tienen 12,7 veces más posibilidad de manifestar “Mucha Confianza” en el profesional fisioterapeuta que lo atiende.

Tabla 78. Factores que influyen en la confianza. Análisis simple y resumen de los modelos 1 y 2 multivariantes.

Variable	Análisis bivariante OR * (IC 95 %)	Análisis multivariante OR* (IC 95 %) MODELO 1	Análisis multivariante (incluyendo Información y Satisfacción) OR* (IC 95 %) MODELO 2
Tipo de centro	5,482 (3,341-8,995)	NS	
Género	NS		
Edad	0,978 (0,965-0,992)	NS	
Nivel de estudios	1,762 (1,122-2,767)	NS	
Localización de la Patología	NS		
Dolor	0,769 (0,687-0,862)		
Estado de salud	2,484 (1,984-3,110)	1,976 (1,542-2,533)	1,583 (1,158- 2,165)
Número de sesiones	NS		
Duración de la sesión	1,046 (1,033-1,059)	1,031 (1,008-1,054)	1,026 (1,002-1,050)
Información	13,986 (7,382-26,498)		3,098 (1,395-6,883)
Satisfacción	23,723 (13,16-42,753)		12,737 (6,121-26,506)

* OR= Odds Ratio para Mucha Confianza.

4.8.- RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 8. EXPLORAR LA EXISTENCIA DE RELACIONES ENTRE ESTAS VARIABLES: INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA, SATISFACCIÓN Y CONFIANZA EN EL FISIOTERAPEUTA.

4.8.1.-Resultados de las correlaciones entre estas variables.

Se utilizó el estadístico coeficiente de correlación de Spearman para estudiar la relación entre las variables información percibida, satisfacción y confianza en el fisioterapeuta (evaluada con el cuestionario original del presente estudio) ya que se trata de variables cuantitativas que no satisfacen el supuesto de normalidad.

Un primer análisis mostró asociaciones elevadas, positivas y significativas entre las variables de estudio (tabla 78). Se obtuvo una alta correlación entre las variables información y satisfacción: $r=0,74$ (comparten un 54,7% de la varianza), una alta correlación entre las

variables información y confianza: $r=0,739$ (comparten un 54,6% de la varianza) y una alta correlación entre las variables satisfacción y confianza: $r=0,838$ (comparten un 70% de la varianza).

Tabla 79. Correlaciones entre las variables información percibida, satisfacción y confianza.

		INFORMACIÓN	SATISFACCIÓN	CONFIANZA (Cuestionario Propio)
INFORMACIÓN PERCIBIDA	Rho de Spearman	1,000	,740	,739
	Sig. (bilateral)	.	,000	,000
SATISFACCIÓN	Rho de Spearman	,740	1,000	,838
	Sig. (bilateral)	,000	.	,000

A continuación, se realizaron correlaciones parciales para expresar el grado de relación lineal entre dos de estas variables tras eliminar de ambas el efecto atribuible a la tercera variable.

Se realizaron correlaciones parciales controlando por cada una de ellas (tabla 80):

- Cuando controlamos por la variable información percibida, la correlación entre confianza y satisfacción se mantuvo alta, $r=0,706$. Ambas compartían un 49,84 % de la varianza.
- Cuando controlamos por la variable satisfacción, la correlación entre información y confianza fue bastante menor, $r=0,320$. Compartían un 10,24% de la varianza.
- Cuando controlamos por la variable confianza, la correlación entre información y satisfacción, también fue bastante menor, $r=0,287$. Compartían sólo un 8,23% de la varianza.

Tabla 80. Correlaciones parciales controlando por cada una de las variables de estudio: información, satisfacción y confianza.

Variable de control:			Satisfacción	Confianza
INFORMACIÓN	Satisfacción	Correlación		0.706
		Sig. (bilateral)		,000
SATISFACCIÓN	Información	Correlación		0,320
		Sig. (bilateral)		,000
CONFIANZA	Información	Correlación	0,287	
		Sig. (bilateral)	,000	

Por tanto, se evidenció una verdadera correlación alta entre las variables satisfacción y confianza (si se tomara la confianza como variable dependiente, diríamos que la satisfacción podría explicar un 49,84% de la confianza o viceversa). En cambio las altas correlaciones aparentes entre las variables información y satisfacción, y entre información y confianza, no fueron tales, sino bastante más bajas, cuando se elimina de ellas el efecto atribuible a la correlación satisfacción-confianza.

DISCUSIÓN

5.-DISCUSIÓN

En la disciplina de fisioterapia se hace necesario disponer de cuestionarios válidos, fiables y aplicables a cualquier paciente que permitan medir la información terapéutica percibida, la satisfacción con el servicio de fisioterapia y la confianza en el profesional fisioterapeuta que lo atiende. Estos conceptos pueden considerarse un punto clave para evaluar aspectos no objetivables de los pacientes que podrían influir en los resultados terapéuticos obtenidos.

Los 5 cuestionarios desarrollados en este estudio (3 originales: Información Terapéutica Percibida, Información Terapéutica Proporcionada, Confianza en el profesional fisioterapeuta y 2 adaptaciones transculturales al idioma español: cuestionario de Satisfacción *MedRisk* y cuestionario de Confianza *WAKE FOREST*) han mostrado ser instrumentos fiables y válidos para medir sus correspondientes constructos.

De otro lado, el estudio descriptivo e inferencial de estas variables recogidas en 25 centros públicos y privados de fisioterapia, seleccionados aleatoriamente de entre todos los que existen en Andalucía Oriental, ha permitido poner de relieve la relación entre las mismas, así como el grado de contribución entre ellas.

Para facilitar la comprensión se discuten los resultados que hemos obtenido en la elaboración y validación de los diferentes cuestionarios de medición de los 3 conceptos: Información Terapéutica (percibida y proporcionada), Satisfacción con la atención de fisioterapia y Confianza en el profesional fisioterapeuta y a continuación se discuten los factores influyentes en cada una de ellas y la asociación entre estas 3 variables de estudio.

5.1. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA Y DEL CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PROPORCIONADA.

5.1.1. Conceptualización, desarrollo, ajuste y pilotaje de los 2 cuestionarios de Información Terapéutica.

El análisis lógico del concepto establece la validez de contenido de los distintos instrumentos de medida. Es el grado en el que un instrumento determinado mide lo que realmente quiere medir.

Sobre la base de este análisis puede determinarse a priori si el instrumento de medición contiene todas las preguntas representativas de la definición del concepto.

Los cuestionarios de Información Terapéutica (percibida en pacientes o proporcionada en fisioterapeutas) se diseñaron en base a una investigación profunda del estado actual del tema, tanto de lo recogido en la literatura científica mediante búsqueda bibliográfica (fundamentalmente de cuestionarios de satisfacción y calidad asistencial en fisioterapia que han incluido algún ítem de información⁸⁴⁻⁹⁰) como del amplio marco legal y deontológico que envuelve a este constructo. Se revisaron todas las leyes autonómicas relacionadas²⁰¹⁻²²⁰ y la normativa en relación a este concepto presente en todos los Códigos Deontológicos de los 17 Colegios Profesionales de Fisioterapeutas de nuestro país²²¹⁻²³⁷. Además, los ítems se fueron modificando en base a los conocimientos y experiencia práctica de los profesionales que participaron en los diferentes paneles de expertos. Desde su versión inicial, ambos cuestionarios fueron estudiados, en primer lugar, por 5 expertos en reunión plenaria y posteriormente fueron analizados por 14 jueces-expertos a través del Método Delphi. El Índice medio de Validez de Contenido de la versión final del cuestionario fue de 0,94 para el cuestionario de Información Terapéutica Percibida y de 0,96 para el cuestionario de Información Terapéutica Proporcionada. Todo ello determinó la Validez de Contenido de estos instrumentos de medida.

Para estos 2 cuestionarios originales, se buscó durante toda la fase de diseño, que los instrumentos definitivos contasen con el mínimo número de preguntas suficientes para alcanzar el objetivo perseguido. Se buscaba un cuestionario de aplicación ágil y de lectura fácil, por ello se sometió a la opinión y ajuste de 15 pacientes entrevistados al respecto y posteriormente a una muestra piloto de 58 pacientes y 37 fisioterapeutas (para testar el cuestionario de Información Percibida y el de Información Proporcionada, respectivamente) procurando que estuvieran representados los diferentes entornos de atención sanitaria: centros privados; centros públicos de atención primaria (centros de salud) y centros públicos de atención especializada (hospitales); además de seleccionar pacientes de diferente género, nivel de estudios y edad.

Tras este pilotaje se obtuvieron ya buenos datos psicométricos de estos instrumentos y no tuvieron que modificarse.

Además, *el test de legibilidad de Fernández Huerta* puso de manifiesto que los cuestionarios eran de Fácil Lectura (valor de 74,5 en el cuestionario de Información Percibida y de 77,8 en el cuestionario de Información Proporcionada).

El formato final de los cuestionarios era sencillo: 11 ítems con 4 alternativas de respuesta bien definidas.

5.1.2. Validación en una muestra amplia de los 2 cuestionarios de Información Terapéutica.

Es importante señalar que la muestra de los centros participantes en los que se realizó la validación de los diferentes cuestionarios se obtuvo mediante técnica probabilística. Los pacientes y fisioterapeutas participantes se reclutaron de 25 centros públicos y privados de fisioterapia seleccionados aleatoriamente de entre todos los que existen en Andalucía Oriental (311 centros privados, 22 hospitales y 99 centros de salud con servicio de fisioterapia). Por tanto, la representatividad y la validez externa quedó asegurada. No es común encontrar en la literatura estudios de validación multicéntricos (para cuestionarios de fisioterapia) que engloben a tantos centros y, menos aún, que la

elección de los mismos se realice de forma aleatoria de entre todos los que forman parte de un territorio amplio (como el que ocupa las 4 provincias de Andalucía Oriental).

5.1.2.1. Capacidad discriminante de los ítems.

La capacidad discriminante de los ítems de estos 2 cuestionarios se ajusta, en su mayoría, a los criterios establecidos como recomendaciones estándar (frecuencias de endose entre el 20 y el 80%). Algunos ítems aislados no cumplen estos criterios, sin embargo lejos de invalidar las preguntas, respaldan la validez de éstas:

En el cuestionario de Información Terapéutica Percibida no existieron frecuencias de endose superiores al 80%, y las frecuencias inferiores al 20% fueron la respuesta esperada en la población general. En este sentido, la frecuencia más baja, de 1,5 % fue para la alternativa de respuesta *"No conozco ninguno de esos aspectos"* del ítem 9 (*"9.- ¿Conoce usted la identidad (nombre, horario de trabajo y cómo localizarlo telefónicamente) del fisioterapeuta que le está atendiendo?"*). Es lógico que la mayoría de los pacientes hayan manifestado conocer, al menos, el nombre del fisioterapeuta que lo atiende.

Todas las alternativas de respuesta de todos los ítems de este cuestionario estaban representadas en los datos y excepto el mencionado ítem 9, el resto de ítems presentaron porcentajes aceptables de frecuencias de endose.

En el cuestionario de Información Terapéutica Proporcionada no existieron frecuencias de endose superiores al 80% pero sí frecuencias inferiores al 20%. Es necesario tener en cuenta que la muestra de fisioterapeutas era bastante más pequeña que la muestra de pacientes y este pudo haber sido el motivo por el que alguna alternativa de algún ítem quedó sin representación. No estuvieron representadas en los datos las alternativas de respuesta *"No"* y *"Nada adecuada"* de los ítems 4 (*"4.-Explica las técnicas utilizadas en los tratamientos?"*), 7 (*"7.- ¿Explica los ejercicios, medidas o recomendaciones que se deben de realizar en el domicilio o en el trabajo necesarios para ayudar al tratamiento?"*) y 12 (*"12.- Valore, en términos generales, la información terapéutica que proporciona a sus pacientes"*) respectivamente. Es lógico esperar que los/as fisioterapeutas consideren que explican, al

menos, algo relacionado con el tratamiento, alguna recomendación para realizar en casa y que les cueste asumir que, en términos generales, la información que proporcionan es "Nada adecuada".

5.1.2.2. Validez de constructo de los 2 cuestionarios de Información Terapéutica.

Para cada uno de estos instrumentos de medida se realizó un análisis factorial exploratorio con el fin de estudiar la dimensionalidad del concepto Información Terapéutica. Asimismo, se llevó a cabo el análisis factorial confirmatorio para verificar la estructura dimensional y la confirmación de teorías de estos cuestionarios originales.

En estos cuestionarios de Información Terapéutica Percibida y Proporcionada, el análisis factorial exploratorio arrojó un solo factor con un porcentaje de varianza total explicada de 65,09% y 62,45% respectivamente. Al ser la información una de las dimensiones de la calidad asistencial²⁴⁵ aunque en sí misma se desconoce las dimensiones que pueda poseer, se estableció a priori, la unidimensionalidad de este atributo. Esta fue la hipótesis teórica de partida. Este resultado es equiparable, aunque con cautela, puesto que no se trata del mismo atributo ni la misma disciplina de estudio, al resultado obtenido en el análisis factorial del cuestionario *Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9)*⁷⁶ que también concluyó una sola dimensión que explicaba el 62,4% de la varianza total.

El análisis factorial confirmatorio, a pesar de contar con la limitación de tratarse de una muestra pequeña (fundamentalmente la muestra de fisioterapeutas), determinó el buen ajuste de este modelo unifactorial para ambos instrumentos.

El buen ajuste psicométrico y la concordancia con la teoría estructural propuesta confirman la validez de constructo de estos 2 cuestionarios de información.

5.1.2.3. Fiabilidad de los dos cuestionarios de Información Terapéutica.

El grado de precisión de medida de estos cuestionarios, es decir, la fiabilidad fue determinada por el alfa de Cronbach de la escala, que se midió en la totalidad de los ítems. Se calculó, también, el grado de correlación inter-ítem y la consistencia interna de la escala mostrada por el alfa de Cronbach obtenido si se eliminara cualquier ítem.

El cuestionario de Información Terapéutica Percibida presentó un alfa de Cronbach para la totalidad de la escala de 0,945, y el cuestionario de Información Proporcionada de 0,939, muy bueno según la clasificación de De Vellis²⁴⁶. Además este estadístico no aumentaba si se eliminaba cualquiera de los ítems del cuestionario de Información Terapéutica Percibida y aumentaba ligeramente si se elimina el ítem relacionado con el consentimiento informado del cuestionario Información Proporcionada (“¿Solicita a sus pacientes CONSENTIMIENTO sobre las medidas terapéuticas que se le van a aplicar?”). No se planteó la eliminación de este ítem por la enorme importancia que tiene en el constructo y porque se pretendía que ambos cuestionarios fueran equivalentes.

Todos los ítems, en ambos cuestionarios, correlacionaban por encima del valor de referencia (0,30).

Los instrumentos desarrollados en otras disciplinas que evalúan la percepción de los pacientes sobre el proceso de información como el *Picker Patient Experience Questionnaire-15 (PPE-15)*⁷³ formado por 15 ítems y la versión española del mismo (*PPE-33*)⁷⁴ formado por 33 ítems (ambos cuestionarios evalúan la información percibida en pacientes hospitalizados) miden también la estabilidad en base al estadístico alfa obteniendo valores de buena consistencia (alfa=0,85 y alfa=0,79 respectivamente) aunque algo menor que el valor obtenido en nuestra muestra de estudio. De otro lado, el valor de alfa obtenido en la validación del cuestionario para la toma de decisiones, *Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9)*⁷⁶, que fue de 0,938 es equiparable a los resultados del presente estudio.

Se obtuvo, por tanto, 2 cuestionarios originales que permiten medir la Información Terapéutica Percibida por los pacientes y la Información Terapéutica Proporcionada por los fisioterapeutas. Son instrumentos breves, de aplicación ágil, para cualquier tipo de paciente o fisioterapeuta, de fácil lectura, del tipo autocumplimentado o cumplimentado por un entrevistador/a, fiables y con alta validez de contenido y de constructo.

Existe una estrecha consonancia entre ambos cuestionarios por lo que, aunque destinados a poblaciones diferentes, pueden considerarse equivalentes y homólogos.

5.2. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA EN FISIOTERAPIA (*MedRisk*)

Se seleccionó, tras una revisión profunda de la literatura, el cuestionario de satisfacción en fisioterapia *MedRisk*⁸⁷ que centra su foco de interés en la satisfacción con la atención recibida en fisioterapia y no en la satisfacción con el resultado del tratamiento. Este instrumento de medida cumplía con todos los criterios propuestos por el modelo de clasificación de los instrumentos que miden satisfacción de Hudack PL et al¹⁰⁶ además de los criterios planteados por el equipo de investigación (correcto análisis psicométrico, versionado al idioma español y utilizado en varios estudios de investigación). Este cuestionario se versionó al idioma español en una población de hispanohablantes de la ciudad de Nueva York y nuestra intención fue su adaptación transcultural para su utilización en población de pacientes españoles.

5.2.1. Conceptualización, selección, ajuste y pilotaje del cuestionario *MedRisk*.

La conceptualización y validez de contenido de este instrumento de medida vino determinada por el trabajo de elaboración y desarrollo previo de los autores del cuestionario original en idioma inglés. Este trabajo de los autores originales consistió en una revisión profunda de la literatura, entrevistas a pacientes y fisioterapeutas y análisis en detalle de 2 expertos con más de 35 años de experiencia clínica y académica. Este cuestionario fue versionado al idioma español en una población de hispanohablantes de la ciudad de Nueva York que obtuvo el mismo formato de la versión original en inglés (formato que cuenta con 12 ítems).

En nuestro estudio de adaptación transcultural se partió del formato obtenido en un estudio de pilotaje que se estaba realizando en pacientes de fisioterapia del Hospital del Aljarafe en Sevilla. En este estudio de pilotaje se utilizó la versión larga original de este cuestionario y se obtuvo, tras el análisis, una versión corta de 14 ítems (frente a la versión corta de 12 ítems del original). Por tanto, formato parecido aunque no idéntico.

Se tomó esta nueva versión corta española y fue analizada, en nuestro estudio, por 5 jueces-expertos desde el punto de vista gramatical y semántico aportando ligeras modificaciones. Posteriormente, se sometió al mismo pilotaje que los demás cuestionarios de este estudio (a las 15 entrevistas de pacientes y a la pequeña muestra de 58 pacientes de los tres centros de fisioterapia seleccionados). Los buenos resultados obtenidos en este pilotaje (preguntas claras, no demasiado largo y buenos datos psicométricos) justifican que no fuera necesario un nuevo ajuste de esta versión.

Se calculó, también, *el test de legibilidad de Fernández Huerta* resultando de Fácil Lectura (el valor para esta adaptación al español del cuestionario *MedRisk* fue de 69,5).

Finalmente, quedó un cuestionario idéntico al obtenido en el estudio de Sevilla con un formato de 14 ítems con 5 alternativas de respuesta tipo Likert (donde la polaridad inferior es "Totalmente en desacuerdo" y la superior es "Totalmente de acuerdo").

5.2.2. Validación del cuestionario *MedRisk* en una muestra amplia.

Se resalta en este apartado lo ya señalado, la representatividad y la alta validez externa de la muestra de estudio.

5.2.2.1. Capacidad discriminante de los ítems.

La capacidad discriminante de los ítems de este cuestionario se ajusta, en su mayoría, a los criterios establecidos como recomendaciones estándar. Algunos ítems aislados no cumplen estos criterios, sin embargo lejos de invalidar las preguntas, respaldan la validez de éstas. No existieron frecuencias de endose superiores al 80% pero sí frecuencias inferiores al 20%. Hubo categorías que no tuvieron representación o la representación fue baja. Las alternativas de respuesta que tuvieron menor representación fueron "Totalmente en desacuerdo" y "En desacuerdo" de los ítems que evaluaban el respeto del equipo sanitario en general ("*Mi fisioterapeuta es respetuoso/a.*", "*El auxiliar de clínica es respetuoso/a.*", "*El resto de personal del centro es respetuoso/a.*"). Es lógico esperar que la mayoría de pacientes consideren que el personal, en general, tiene un mínimo de educación, de buenas maneras y de saber estar, aunque hubo un total de 4 pacientes que sí marcaron estas alternativas de respuesta poniendo de manifiesto, de esta manera, que el personal no les trataba con respeto.

5.2.2.2. Validez de constructo del cuestionario *MedRisk*.

En este cuestionario de satisfacción *MedRisk* en versión española, el análisis factorial exploratorio determinó una estructura de tres factores con un porcentaje de varianza total explicada de 74,57%. Todos los ítems cargaban por encima de 0,60 en el factor correspondiente y por debajo de 0.40 en el resto. Estos tres factores se denominaron: "Satisfacción con el tratamiento del fisioterapeuta" que contaba con 6 ítems, "Satisfacción

con el respeto del personal sanitario" que contaba con 3 ítems y "Satisfacción con factores externos al tratamiento de fisioterapia" que contaba con 5 ítems.

El análisis factorial exploratorio determinó la misma estructura que la obtenida en el estudio de pilotaje realizado en el hospital de Sevilla¹¹⁵.

El *MedRisk* es un cuestionario muy extendido en nuestra disciplina²⁴⁷, que presenta una estructura que puede variar en función del contexto como así lo han puesto de manifiesto las distintas versiones y adaptaciones transculturales del mismo. De todos los análisis de validación que se han realizado de este instrumento en diversos entornos geográficos, nuestro estudio factorial es el que presenta mayor varianza explicada.

En ninguno de estos estudios, salvo en el original, se ha llevado a cabo el estudio psicométrico del análisis factorial confirmatorio¹¹³. La falta de ajuste con el modelo de 3 dimensiones obtenida en el análisis factorial confirmatorio realizado en el presente estudio sugiere la continuidad de trabajo en muestras más amplias de pacientes españoles y una futura fusión de datos de muestras internacionales que permitan poner de relieve la estructura dimensional de este instrumento de medida.

El estudio original realizado en idioma inglés⁸⁷ (año 2002 en una muestra de 1818 pacientes a los que se les envió el cuestionario por correo postal una vez finalizado el tratamiento de fisioterapia) utilizó una batería inicial de 20 ítems. El análisis factorial exploratorio determinó, a priori, una solución de 3 factores que explicaba el 57.03% de la varianza total. Los autores estudiaron la posibilidad de 3 componentes y también la solución de 2 componentes (aunque se perdía varianza, disminuyendo hasta el 50,12%). Ambas posibilidades se sometieron a la rotación Oblimin. Analizando las cargas de cada uno de los ítems en los factores, la solución 2 componentes retenía 10 ítems y la solución 3 componentes retenía 12 ítems. A ambas soluciones, los autores añadían 2 ítems globales que quedaban siempre fuera del análisis factorial. Se comprobó el sentido teórico de los componentes, la fiabilidad de cada uno de ellos (siendo algo mayor en la solución 2-componentes) y la correlación de estos componentes con los 2 ítems globales. Con todo, los autores decidieron la estructura bidimensional y el cuestionario original quedó constituido

por 10 ítems englobados en 2 factores (Factores internos-personales constituido por 7 ítems y factores externos-ambientales constituido por 3 ítems) y los 2 ítems globales. En 2005, estos mismos autores realizaron un estudio en una muestra muy amplia (n=1449) en el que presentaron el análisis factorial confirmatorio de este instrumento de medida obteniendo un buen ajuste en el modelo bidimensional propuesto.

La primera versión española de este cuestionario fue realizada por los autores originales en pacientes de habla hispana de un centro de fisioterapia de la ciudad de Nueva York, en 2007, en una muestra de 203 pacientes¹¹⁴. En este estudio se partió de la versión larga de 20 ítems y se llevó a cabo el mismo análisis psicométrico, obteniéndose un cuestionario con idéntica estructura (10 ítems específicos y 2 globales) al de la versión original en inglés con una varianza total explicada del 62%.

Recientemente se han realizado otras adaptaciones transculturales de esta herramienta de medida en otros idiomas. En todos estos estudios se ha traducido y/o adaptado culturalmente la versión inicial de 20 ítems y se ha realizado el análisis psicométrico correspondiente obteniéndose, en la mayoría de los casos, instrumentos estructuralmente similares aunque no idénticos al de la versión original, al igual que ocurre en nuestro estudio.

La versión brasileña¹¹⁶ de este cuestionario (estudio realizado en una muestra de 303 pacientes) determinó una solución de 3 factores que retuvo 13 ítems. Los autores no especifican el porcentaje de variabilidad explicada. El estudio de adaptación de este instrumento realizado en pacientes de fisioterapia de Australia¹¹⁷ puso de manifiesto la existencia de 4 factores que incluyeron los 20 ítems y que explicaban el 57% de la varianza total. La versión coreana del cuestionario *MedRisk*¹¹⁸ (estudio realizado en una muestra de 1363 pacientes) presentó una estructura de 4 factores (Factor interno-personal, Factor externo positivo, Factor externo negativo y Presentación del centro clínico) que incluía 17 ítems y que explicaba el 55% del total de la varianza. Otro estudio realizado en 3 hospitales de Kigali (Ruanda) presentó la adaptación al Kinyarwanda¹¹⁹ de este cuestionario. El análisis factorial de este estudio arrojó 2 factores como la versión original y las cargas factoriales

seleccionaron a 13 de los 20 ítems iniciales. Los autores no muestran la varianza total explicada.

Por tanto, el *MedRisk* es un cuestionario muy extendido en nuestra disciplina, que presenta una estructura que puede variar en función del contexto y entorno geográfico lo que sugiere la necesidad de seguir trabajando en muestras amplias hasta conseguir el buen ajuste dimensional de las distintas versiones de este instrumento de medida.

5.2.2.3. Fiabilidad del cuestionario *MedRisk*.

Debido a la probable estructura multidimensional de este cuestionario, se calculó el alfa de Cronbach para cada uno de los dominios obtenidos siendo de 0,952 para el dominio Satisfacción con el tratamiento del fisioterapeuta, de 0,922 para el dominio Satisfacción con el respeto del personal sanitario y algo inferior, aunque aceptable, para el dominio Satisfacción con factores externos al tratamiento (alfa=0.793).

Estos valores son similares a los obtenidos en el estudio de pilotaje realizado en el Hospital del Aljarafe en Sevilla¹¹⁵ y comparables tanto con la versión original en idioma inglés como con el primer estudio de validación al español de esta herramienta, en pacientes de habla hispana de la ciudad de Nueva York¹¹⁴. En este último estudio se concluyeron 2 dimensiones (Factores internos o personales de la satisfacción y Factores externos o ambientales de la satisfacción) y se obtuvo el coeficiente alfa para cada uno de estos dos dominios que fue de 0,90 y 0,82 respectivamente. En la versión original, los valores de alfa para cada una de las dimensiones fueron 0,91 y 0,73. Resultados, por tanto, similares a los obtenidos en nuestro estudio de validación. En la versión brasileña de este instrumento de medida, el coeficiente alfa de las 3 dimensiones obtenidas se situó en un rango de 0,63 a 0,77. En la adaptación al kinyarwanda¹¹⁹, los autores consideraron el alfa de Cronbach aceptable pero no aportan su valor numérico. La versión coreana¹¹⁸ de este instrumento y la adaptación al australiano¹¹⁷, no reportan valores de fiabilidad.

Se obtuvo la versión española del cuestionario *MedRisk* adaptada a nuestro entorno, de aplicación ágil, para cualquier tipo de paciente, de fácil lectura, del tipo autocumplimentado o cumplimentado por un entrevistador/a, fiable, con alta validez de contenido y con una validez de constructo que apunta a una estructura tridimensional, que aunque no idéntica a la versión original, sí equiparable a otras adaptaciones, en otros idiomas, de este mismo cuestionario.

5.3. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONFIANZA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA

5.3.1. Conceptualización, desarrollo, ajuste y pilotaje del cuestionario de confianza.

El cuestionario de confianza en el profesional fisioterapeuta se elaboró en base a una exhaustiva búsqueda bibliográfica. Al no identificarse en la literatura ningún cuestionario propio para la disciplina de fisioterapia, se analizaron instrumentos similares en otras disciplinas¹⁴⁴⁻¹⁵⁶. Fundamentándose en estos estudios, sobre todo en 4 de ellos^{144,145,146,148} el equipo de investigación seleccionó y readaptó a la disciplina de fisioterapia una batería inicial de ítems (versión inicial del cuestionario) que fue analizada y ampliada en un primer panel de 10 fisioterapeutas-expertos que fueron convocados para realizar la Técnica del Grupo Nominal. La nueva versión del cuestionario obtenida fue, de nuevo, evaluada por un panel de expertos a través del Método Delphi logrando un Índice medio de Validez de Contenido de 0,88. Todo lo anterior pone de manifiesto la Validez de Contenido de este instrumento de medida.

Se buscó durante toda la fase de diseño, que el instrumento definitivo contase con el mínimo número de preguntas suficientes para alcanzar el objetivo perseguido. Se buscaba un cuestionario de aplicación ágil y de lectura fácil, por ello, al igual que el resto de

cuestionarios de esta investigación, se sometió a la opinión de 15 pacientes entrevistados al respecto y posteriormente a la muestra piloto de los 58 pacientes de los diferentes tipos de centros: centros privados, centros de salud y centros hospitalarios.

Tras este pilotaje, se acertó este cuestionario de confianza eliminándose algunos ítems y se obtuvieron ya buenos datos psicométricos.

Además, el test de legibilidad de Fernández Huerta puso de manifiesto que el cuestionario es de Fácil Lectura (valor de 70) y el formato final del cuestionario resulta sencillo: 14 ítems con 5 alternativas tipo Likert (donde la polaridad inferior es "Totalmente en desacuerdo" y la superior es "Totalmente de acuerdo").

5.3.2. Validación del cuestionario de confianza en una muestra amplia.

Se resalta en este apartado lo ya mencionado, la representatividad y la alta validez externa de la muestra de estudio.

5.3.2.1. Capacidad discriminante de los ítems.

En este cuestionario de confianza en el profesional fisioterapeuta todas las alternativas de respuesta estaban representadas en los datos. No existieron frecuencias de endose superiores al 80% pero sí frecuencias inferiores al 20%. En este sentido, la frecuencia más baja, de 1 (0,3%) fue para la alternativa de respuesta "Totalmente en desacuerdo" del ítem que evalúa el grado en el que el paciente opina si el fisioterapeuta es cuidadoso en su trabajo ("*Mi fisioterapeuta es cuidadoso/a y minucioso/a en su trabajo*"). Los pacientes, en su mayoría, prefirieron señalar la opción de respuesta "En desacuerdo" antes que la de "Totalmente en desacuerdo" para expresar que consideraban que su fisioterapeuta no era cuidadoso. Parece lógico que quisieran "suavizar" esta opinión negativa guiados por la deseabilidad social en un intento de no dejar demasiado mal a su fisioterapeuta. Este es el único ítem donde aparece este efecto.

5.3.2.2. Validez de constructo del cuestionario de confianza

En este cuestionario de confianza en el profesional fisioterapeuta, el análisis factorial exploratorio determinó un solo factor con un porcentaje de varianza total explicada de 67,99%. El análisis factorial confirmatorio determinó el buen ajuste de este modelo unidimensional.

En la mayor parte de los estudios en los que se ha pretendido medir el concepto de confianza en un determinado profesional sanitario (fundamentalmente profesional médico), la teoría más aceptada de la que se ha partido ha sido aquella que propone 3 dominios para el estudio de la confianza: Competencia Técnica (se refiere a las habilidades profesionales), Competencia Interpersonal entendida como habilidad de relacionarse, mostrar respeto, escuchar... y Honestidad-interés por el paciente (considerado el dominio más específico de la confianza) entendida como anteponer el bienestar del paciente por delante de otras consideraciones. En alguna ocasión se incluye un dominio adicional que es la Confidencialidad, aunque en los estudios cualitativos es el dominio que más débilmente se asocia al concepto de confianza¹²⁶ y los ítems que la representan suelen quedar eliminados cuando se conforma la versión final de la determinada escala. A pesar de los intentos de desarrollar sub-escalas correspondientes a estos 3 dominios teóricos, los estudios psicométricos de la mayoría de estudios de validación de herramientas para medir la confianza en el ámbito sanitario, concluyen un solo factor^{146-147,149-154}.

Esto pone de relieve que la confianza es entendida como un único concepto global, que estos dominios teóricos de la confianza no son independientes y que los pacientes no diferencian tales dimensiones teóricas.

Una explicación de ello sería que la dimensión competencia técnica es difícil de valorar por los pacientes ya que carecen del conocimiento necesario para ello y por tanto, un paciente "confiado" que evalúe altamente el interés mostrado por el proveedor de salud y su habilidad de relación interpersonal, hará extensivas estas altas valoraciones a la dimensión competencia técnica, quedando todo englobado en una estructura unidimensional del concepto confianza.

La versión final del cuestionario de confianza en el profesional fisioterapeuta desarrollado en este estudio incluye ítems que teóricamente pertenecen a estos 3 dominios (Competencia técnica: "*Sé que mi fisioterapeuta tiene la capacidad de diagnosticar mi problema de salud*"; Competencia Interpersonal: "*Mi fisioterapeuta se toma el tiempo necesario para escucharme en cada sesión*" y Honestidad-Interés: "*En caso de que se cometiera algún error en mi tratamiento, creo que mi fisioterapeuta me lo diría*", por ejemplo). Sin embargo y, al igual que ocurre en la mayor parte de estudios analizados, todos quedan psicométricamente englobados bajo el mismo concepto unidimensional corroborando el razonamiento anteriormente expresado.

5.3.2.3. Validez de criterio del cuestionario de confianza.

Se estableció la validez de criterio comparando la medición de este instrumento con un criterio externo, en este caso con los resultados, obtenidos en los mismos sujetos (Validez concurrente), del cuestionario de confianza en el proveedor de salud *WAKE FOREST*.

Se obtuvo una alta correlación entre ambos ($r=0,905$) que aportó evidencia para la validez de criterio de este instrumento.

En los estudios de validación de los instrumentos de confianza no se realiza validez concurrente con otros instrumentos que evalúen también confianza, sí se establecen asociaciones con otras variables como la humanidad del médico¹⁴⁸ ($r=0,68$), la no adherencia al tratamiento ($r=-0,22$) y el apoyo social ($r=0,25$)¹⁴⁵, la recomendación a un amigo ($r=0,74$) y la posibilidad de elección de profesional médico ($r=0,71$)¹⁴⁶ e incluso con el deseo de cambiar de seguro sanitario ($r=0,13$)¹⁵⁶.

5.3.2.4. Fiabilidad del cuestionario de confianza.

Este cuestionario presentó un alfa de Cronbach para la totalidad de la escala de 0,962 (consistencia excelente). Este estadístico no aumentaba al eliminar ninguno de los 14 ítems que finalmente lo constituyen y la correlación entre los mismos estaba, en todos los casos,

por encima del valor de referencia. Por tanto existe entre todos los ítems una sinergia positiva que incrementa el nivel de fiabilidad de la escala.

Este alto valor de alfa está en consonancia con los altos valores de consistencia interna encontrados en otros instrumentos que miden la confianza en el profesional médico como el cuestionario de Kao et al¹⁵² que presenta un alfa de 0,94, la escala de Leisen et al¹⁵¹ con una alfa de 0,93, la escala de Anderson et al¹⁵⁰ con un alfa de 0,90, la escala de Bova et al¹⁴⁴ que estudia la confianza en los proveedores de salud en población de pacientes adultos infectados por VIH y que presenta un alfa de 0,92, el cuestionario de Egede et al¹⁴⁵ que en general estudia la confianza en el proveedor de salud y en las aseguradoras y que presenta un alfa de 0,89, el cuestionario de Zheng et al¹⁵⁶ que estudia la confianza en las instituciones sanitarias y que también obtiene un valor de alfa elevado, de 0,92 y el cuestionario de Thom et al¹⁵⁵, que estudia la confianza que el profesional médico deposita en sus pacientes y que presenta un valor de alfa de 0,93. También, de otro lado, se identifican en la literatura instrumentos de la confianza con valores de fiabilidad considerablemente menores al obtenido en este estudio como el cuestionario de Rose et al¹⁵³ que valora la desconfianza en el Sistema de Salud y que presenta un alfa de 0,77, el de Shea et al¹⁴⁹ que estudia lo mismo que el anterior y que presenta un alfa de 0,83 y el instrumento de Radwin et al¹⁴⁷ que estudia la confianza en el profesional enfermero y que presenta un coeficiente alfa de 0,82.

Se obtuvo, por tanto, un cuestionario original que permite medir la confianza en el profesional fisioterapeuta. Se trata de un instrumento de aplicación ágil, para cualquier tipo de paciente, de fácil lectura, del tipo autocumplimentado o cumplimentado por un entrevistador/a, fiable, con alta validez de contenido y de criterio y con una validez de constructo que confirma la unidimensionalidad de esta variable.

5.4. ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN PRELIMINAR DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO *WAKE FOREST PHYSICIAN TRUST SCALE*.

Tras una revisión detallada de la literatura, se seleccionó el cuestionario *WAKE FOREST* de confianza en el proveedor de salud que, aunque es un cuestionario genérico, aplicable a cualquier profesional sanitario, fue desarrollado y validado en una muestra de pacientes que opinó fundamentalmente sobre el profesional médico. Nuestra intención fue obtener la validación en idioma español de esta escala para poder llevar a cabo la validez de criterio del cuestionario de confianza en el profesional fisioterapeuta desarrollado en esta investigación.

5.4.1. Conceptualización, traducción, pilotaje y ajuste del cuestionario *WAKE FOREST*.

La validez de contenido de este instrumento de medida vino determinada por el trabajo de elaboración y desarrollo previo de los autores del cuestionario original en idioma inglés. Los autores originales realizaron una revisión profunda de la literatura, una revisión por un panel de 8 expertos (todos académicos de distintas disciplinas: política, derecho y salud) que evaluaron el modelo conceptual propuesto y la batería de 78 ítems iniciales, 2 grupos de enfoque que contó con un total de 21 participantes y 8 entrevistas en profundidad a pacientes.

Para la adaptación al español de este instrumento de medida se partió de la versión corta del cuestionario original (10 ítems) y fue sometido a un proceso de traducción-retrotraducción por 4 traductores expertos.

A continuación, se analizó por 5 jueces-expertos desde el punto de vista gramatical y semántico aportando ligeras modificaciones y se sometió al mismo pilotaje que el resto de cuestionarios (a las 15 entrevistas de pacientes y a la muestra piloto de 58 pacientes de los tres centros de fisioterapia seleccionados). Los buenos resultados en relación a la opinión de los pacientes (preguntas que resultaron claras, no demasiado largas...), los primeros buenos datos psicométricos y *el test de legibilidad de Fernández Huerta* que fue de 67,3, hizo que no fuera necesario un nuevo ajuste de esta versión.

Finalmente, este cuestionario quedó idéntico a su respectiva versión original: 10 ítems con 5 alternativas de respuesta tipo Likert (donde la polaridad inferior es "Totalmente en desacuerdo" y la superior es "Totalmente de acuerdo").

5.4.2. Validación del cuestionario *WAKE FOREST* en una muestra amplia.

5.4.2.1. Capacidad discriminante de los ítems.

La capacidad discriminante de los ítems se ajusta, en su mayoría, a los criterios establecidos como recomendaciones estándar.

Todas las alternativas de respuesta estaban representadas en los datos. No existieron frecuencias de endose superiores al 80% pero sí frecuencias inferiores al 20%. Este cuestionario presenta 2 ítems que son equivalentes, muy parecidos, al cuestionario de confianza en el profesional fisioterapeuta. Uno de ellos, que evalúa el grado en el que el paciente opina si el fisioterapeuta es cuidadoso en su trabajo ("*Mi fisioterapeuta es extremadamente minucioso y cuidadoso*"), fue el que obtuvo la frecuencia de endose más baja en el cuestionario de confianza y de la misma manera, es el ítem que obtiene la frecuencia de endose más baja en la validación de este cuestionario *WAKE FOREST*, en base al mismo razonamiento.

5.4.2.2. Validez de constructo del cuestionario *WAKE FOREST*.

En la adaptación al español del cuestionario de confianza *WAKE FOREST* del presente estudio, el análisis factorial mostró que la confianza se presenta como un concepto unidimensional al igual que la versión original. El porcentaje de varianza total explicada (67,1%), que todos los ítems presentan cargas en este factor por encima de 0,7, y el buen ajuste del modelo en el análisis factorial confirmatorio determinan la validez de constructo de la versión española de este cuestionario.

El cuestionario original¹⁴⁶ parte de un modelo teórico con 5 dimensiones propuesto en base a una revisión de la literatura, a la opinión de un panel de 8 expertos y a un estudio

cualitativo de 2 grupos focales con 21 participantes. Las 5 dimensiones de partida fueron: Fidelidad, Competencia, Honestidad, Confidencialidad y Confianza General que quedaron englobadas en 78 ítems iniciales. Tras el primer pilotaje, el número de ítems disminuyó a 26 y finalmente, tras el estudio psicométrico, el cuestionario se redujo a 10 ítems. El análisis factorial concluyó 2 factores, uno que englobaba a los ítems formulados en positivo y otro que englobaba a los ítems formulados en negativo (desconfianza) que no se habían recodificado de forma inversa. Por tanto, los autores concluyeron una única dimensión que explicaba el 89% de la varianza total. Estos últimos 10 ítems que se comportan de manera unidimensional engloban 4 de las 5 dimensiones teóricas propuestas en un principio (Fidelidad, Competencia, Honestidad y Confianza General). Asimismo, la versión holandesa de este cuestionario¹⁵⁷ concluyó una estructura unidimensional que explicaba el 63,45% del total de la varianza, valor equiparable al resultado de nuestro estudio.

5.4.2.3. Fiabilidad del cuestionario WAKE FOREST.

La adaptación al español del cuestionario de confianza *WAKE FOREST* presentó un alfa de Cronbach para la totalidad de la escala de 0,941 lo que indicó una alta consistencia interna. Tan sólo si se eliminara el ítem que hace referencia a la falta de atención prestada por el fisioterapeuta ("*A veces mi fisioterapeuta no me presta toda la atención cuando intento decirle algo*"), este coeficiente experimentaría un ligero aumento. No se eliminó este ítem porque se consideró importante y porque se pretendía obtener un cuestionario equivalente y con la misma estructura que el cuestionario original. Se obtuvo, además, buena correlación entre todos los ítems (por encima del valor de referencia).

En el cuestionario original¹⁴⁶, se obtuvieron 2 valores de alfa para el total de la escala porque el estudio se llevó a cabo en 2 tipos de muestra, una regional y otra nacional. Para ambas, el valor de este coeficiente fue muy alto, de 0,92 y de 0,93 respectivamente. La versión holandesa¹⁵⁷ de este cuestionario obtuvo un valor de alfa de 0,88. Todos estos valores son equiparables a los resultados obtenidos en nuestra muestra de estudio.

Por tanto, las características clinimétricas de la adaptación transcultural de la versión española del cuestionario *WAKE FOREST* permiten afirmar la correcta equivalencia con la versión original.

Se obtuvo la adaptación transcultural y validación al idioma español del cuestionario de confianza en el proveedor de salud *WAKE FOREST*. Se trata de un instrumento de aplicación ágil, para cualquier tipo de paciente, de fácil lectura, del tipo autocumplimentado o cumplimentado por un entrevistador/a, fiable y válido con idénticas propiedades psicométricas a la versión original.

5.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO EN EL PROCESO DE VALIDACIÓN DE LOS DIFERENTES CUESTIONARIOS.

Una de las limitaciones del estudio es que no se han considerado algunos aspectos de la fiabilidad, como es la estabilidad temporal medida mediante el procedimiento test-retest. Para determinar que los cuestionarios son estables, es necesario obtener la misma puntuación del fenómeno en cuestión, medido en dos instantes diferentes del tiempo si no se han producido cambios en él.

No tiene sentido utilizar este método cuando puede estar previsto un cambio en los sujetos o en la medición de rasgos o actitudes más inestables, con alta probabilidad de cambio. En este sentido, sería posible que la información terapéutica percibida y la proporcionada pudieran cambiar tras la propia aplicación del cuestionario. Por ejemplo, el paciente, al sentirse interrogado, podría preguntar a su fisioterapeuta, sentir la necesidad de verificar cierta información...y el fisioterapeuta, al cumplimentar el correspondiente cuestionario, podría tomar conciencia de aspectos deficitarios en la información que proporciona... pudiéndose modificar la información terapéutica percibida y la proporcionada en un período de tiempo muy breve lo que disminuiría, por tanto, la estabilidad del cuestionario en concreto por causas no inherentes al mismo.

La información percibida, la satisfacción y la confianza son "estados" no "rasgos" de los propios pacientes, por ello son vulnerables a cambios, a veces en cortos períodos de tiempo. Si en una determinada sesión de fisioterapia, el fisioterapeuta se esfuerza en dar explicaciones amplias y claras, en ofrecer un trato exquisito y en mostrar mucho interés por el paciente, la información percibida, la satisfacción con el servicio y la confianza del paciente puede verse incrementada de manera muy considerable. Por este motivo, no se planteó evaluar la estabilidad test-retest que podría haberse visto afectada por la propia vulnerabilidad al cambio (a veces rápido) de las variables de estudio.

En la literatura, los cuestionarios de información terapéutica analizados no evalúan la estabilidad test-retest y sólo 4 de todos los cuestionarios de confianza analizados evalúan este parámetro obteniendo valores aceptables pero no demasiado elevados ($r=0,59$, $r=0,73$, $r=0,75$ y $r=0,76$)^{144,146,148,156}. El cuestionario original de satisfacción *MedRisk* no realiza test-retest y sí lo hace el cuestionario original *WAKE FOREST* en una sub-muestra, dos meses más tarde, obteniendo un valor de correlación de $r=0,75$.

En relación a la equivalencia de los cuestionarios y al sesgo del encuestador o evaluador, para disminuir la carga subjetiva del mismo, se establecieron las opciones de respuesta a cada pregunta con alternativas de respuesta precisas y cerradas y éstas se puntuaron de forma predeterminada, consiguiendo una evaluación objetiva. En los 10 centros públicos participantes y en 7 de los 15 centros privados, el procedimiento de recogida de datos fue cumplimentación de los cuestionarios a través de entrevista. El entrevistador fue el mismo en todos estos centros, de esta manera se evitaba la cumplimentación errónea o incompleta de los ítems. En el resto de centros privados se instruyó a una persona responsable del centro en cuestión estableciéndose de manera clara y concreta los criterios de valoración para obtener la recogida de datos de manera equivalente. La buena labor de los entrevistadores se puso de manifiesto porque la frecuencia de cumplimentación errónea fue muy escasa. Tan sólo hubo que descartar un cuestionario por no estar bien cumplimentado.

En relación al sesgo del observado, se propició que los pacientes contestaran con sinceridad cumplimentado el cuestionario en lugar apartado del espacio destinado a la terapia física y con tiempo suficiente para ello.

No se ha establecido la sensibilidad al cambio de estos instrumentos de medida, el propio diseño del estudio no permite evaluar esta característica. Estudios futuros con un diseño metodológico prospectivo, deberán poner de manifiesto que estos instrumentos de Información, Satisfacción y Confianza pueden detectar cambios en estas variables cuando éstos realmente se producen.

5.6. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE AMBAS MUESTRAS (PACIENTES Y FISIOTERAPEUTAS)

5.6.1. Adecuación de la muestra de estudio.

Se hace necesario resaltar que la muestra seleccionada (pacientes y fisioterapeutas) representa adecuadamente a la totalidad de la población de estudio: pacientes usuarios de servicios de fisioterapia de centros públicos o de centros privados y profesionales fisioterapeutas que desempeñan su ejercicio en los mencionados tipos de centros asistenciales.

Todos los centros participantes fueron seleccionados de manera aleatoria teniendo en cuenta las técnicas de muestreo por estratos con fijación proporcional. La proporción de pacientes asignada a cada tipo de centro (10 pacientes/consulta privada; 15 pacientes/centro de salud; 20 pacientes/sala de hospital) se consideró representativa del mismo.

El número de pacientes que acuden a consultas de fisioterapia privadas es, además de un dato desconocido a nivel global, muy variable en función de muchos factores (número de habitantes del entorno en el que se encuentra localizado el centro, dimensiones del mismo, número de fisioterapeutas contratados, tipo de tratamientos que oferta...) existiendo pequeñas consultas de fisioterapia que no tratan a más de 7-8 pacientes por día hasta centros con mayores recursos humanos y materiales que abarcan un número superior de tratamientos de fisioterapia al día (40 o más). Por ello, una proporción de 10 pacientes de fisioterapia por centro privado se consideró representativa de este tipo de centros.

En relación a los centros de salud de la sanidad pública, según los datos obtenidos de la publicación "Información Básica del Servicio Andaluz de Salud" del 2010²⁴⁸, 58541 pacientes andaluces recibieron tratamientos individualizados, durante el año 2010, de un total de 277 fisioterapeutas de todos los centros de salud de Andalucía que cuentan con este servicio. Esto implica una ratio de 211 pacientes por fisioterapeuta y año, es decir una media de 18 pacientes al mes suponiendo que la duración del tratamiento de fisioterapia del paciente sea de aproximadamente un mes. De otro lado, si atendemos a un estudio observacional descriptivo ecológico del 2010 que se realizó teniendo en cuenta todas las salas de fisioterapia de los centros de salud de Andalucía²⁴⁹, con información extraída de la base de datos del SIGAP (Sistema de Información para la Gestión de Atención Primaria) perteneciente a la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, se obtuvo que la media de pacientes tratados por un fisioterapeuta de Atención Primaria era de 22 ± 9 pacientes al mes (en sesiones diarias, por tanto 22 ± 9 pacientes al día) y que las salas de los centros de salud en las que trabaja un solo fisioterapeuta representan el 74,7% del total. Por todo ello, en nuestro estudio, una proporción de 15 pacientes por centro se consideró representativa de las salas de fisioterapia de los centros de salud.

En relación a los centros hospitalarios, la proporción del número de pacientes que acuden diariamente a las salas de fisioterapia también es un dato con amplia variabilidad. De esta manera y en función del tamaño del hospital, los recursos humanos y materiales, la cartera de servicios y la complejidad casuística existen grandes hospitales regionales, de especialidades y hospitales de tamaño medio que son los comarcales tipo I y II que cuentan, todos ellos, con servicio de fisioterapia donde el rango de pacientes atendidos es muy variable. Teniendo en cuenta que en nuestro estudio se necesitaba un total de 80 pacientes procedentes de este tipo de centros, se decidió tomar una proporción de 20 pacientes por centro que, además de considerarse representativa, implicaba la participación mínima de 4 hospitales.

Se completaron, en todos los casos (en los 25 centros participantes) la fijación proporcional de pacientes que se consideró representativa de cada centro. La selección sistemática de pacientes fue homogénea para todos los centros. Se seleccionó de manera consecutiva a los participantes desde que el servicio empezaba a funcionar a primera hora de la mañana o de la tarde, según las características logísticas del centro, y hasta completar la proporción de muestra estimada. Ningún sujeto se negó a participar en la investigación (tasa de respuesta del 100%). Asimismo, todos los fisioterapeutas de los correspondientes destinos participaron en el estudio.

La selección aleatoria de los 25 centros participantes del estudio y la representatividad de la proporción del número de pacientes seleccionados en cada uno de ellos nos permite afirmar que la muestra seleccionada representa adecuadamente a la totalidad de la población de estudio.

5.6.2. Características de la muestra de pacientes. Características globales y por tipo de centro.

Atendiendo a las características de la muestra de pacientes, la distribución por género fue totalmente homogénea. La distribución por edad y por nivel académico de la población de estudio representa de manera adecuada a los usuarios de los diferentes centros de fisioterapia de la población de referencia. Un estudio descriptivo multicéntrico llevado a cabo en 17 salas de fisioterapia de centros públicos de la provincia de Jaén en 2010⁴⁹ presentaba una muestra de 287 pacientes de fisioterapia con características equiparables a la muestra del presente estudio. En este estudio del año 2010 las características demográficas de la muestra de pacientes fueron: 52,1 % de mujeres, edad media de 52 años; 17,1% pacientes sin estudios; 34,1% con estudios primarios y un 19,5% con estudios superiores. Estos datos son similares a los del presente estudio: 51,1 % de mujeres, edad

media de 49,5 años; 17,4% de pacientes sin estudios, 36 % con estudios primarios y 22,5% con estudios superiores.

Además, el nivel académico de la población estudiada está distribuido de manera muy similar a la distribución de la población adulta andaluza que presenta la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía (edición 2011)²⁵⁰. Según este documento, el 31,9% de la población andaluza posee, al menos, el graduado escolar o el certificado de escolaridad frente al 36% de la muestra del presente estudio que manifestó poseer estudios primarios. El 18,2% de la población andaluza posee estudios secundarios frente al 24% de la muestra del presente estudio y el 24,4% de la población andaluza posee estudios universitarios frente al 22,5% de los pacientes de nuestra muestra de estudio. Por tanto, la distribución de la población de estudio en relación al nivel académico es coherente con los datos de la población adulta andaluza a este respecto.

Atendiendo al tipo de centro (centro privado, centro de salud y hospital) no se encontraron diferencias en relación al género de los pacientes, sí en relación al nivel académico de los participantes. El porcentaje de pacientes con estudios superiores fue significativamente mayor en centros privados mientras que los centros de salud concentraron un alto porcentaje (81,8%) de pacientes sin estudios o con estudios primarios. En los hospitales la distribución en función del nivel académico fue más homogénea. El porcentaje de pacientes sin estudios o con estudios primarios de los servicios de fisioterapia de los centros de salud participantes (29 y 52% respectivamente) fue muy similar al obtenido en un estudio descriptivo llevado a cabo en las salas de fisioterapia de los centros de salud de Murcia²⁵¹ en el que los porcentajes se situaron en 17% para los pacientes sin estudios y en 52% para los pacientes con estudios primarios. Otro estudio descriptivo realizado en centros privados de fisioterapia de Irlanda¹¹² pone de manifiesto el alto porcentaje de pacientes con estudios secundarios o superiores (54,2% en total) que acuden a este tipo de centros, porcentaje equiparable a nuestra muestra de estudio que fue de 65%.

En relación al tipo de centro y resto de variables, las diferencias se establecieron entre centros privados y públicos pero no entre los dos tipos de centros públicos. Los centros privados presentaron menor edad de los pacientes (casi una década menor), mayor patología de columna siendo la patología de hombro y rodilla-pie la más frecuente en los centros públicos, menor número de sesiones, que es un dato lógico por el desembolso que realiza el paciente, pero mayor duración de las mismas (en su mayoría por encima de 51 minutos). En relación al dolor y estado de salud percibido, los pacientes de centros privados manifestaron menos dolor (un punto menos en la escala numérica del dolor) y encontrarse “mucho mejor” que los pacientes que asistían a los centros públicos.

No existen datos publicados que realicen esta comparativa entre centros privados y públicos de fisioterapia en España. Sí encontramos, en algunos estudios descriptivos en fisioterapia, algunos datos que son equiparables a los resultados obtenidos en nuestra muestra de estudio. En este sentido, la edad media de los pacientes de atención primaria de nuestra población de estudio (55 años) y el número de sesiones medio (18) es comparable al obtenido en un estudio descriptivo del servicio de fisioterapia de varios centros de salud de la provincia de Almería²⁵² en el que la edad media de los pacientes se situó en 63 años y el número medio de sesiones recibidas fue 22. Otro estudio descriptivo que realiza una comparación entre los pacientes con lumbalgia que acuden a servicios públicos de fisioterapia en Irlanda y los que acuden a consultas privadas encuentran, también, pacientes de mayor edad y mayor número de sesiones de tratamiento en la sanidad pública¹⁸².

En relación a la distribución en función de la localización de la patología y tipo de centro, varios estudios²⁵³ confirman la alta frecuencia de la patología de hombro en atención primaria encontrada en nuestra población de estudio. Entre ellos, se puede destacar un estudio descriptivo realizado en 2009²⁵⁴, en 7 salas de fisioterapia de atención primaria del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería que tenía como objetivo conocer la actividad asistencial de las mismas. Este estudio pone de manifiesto, entre otras características, que la patología de partes blandas de hombro es una de las más frecuentes en los centros de salud, suponiendo el 21,7% del total. Otro estudio descriptivo realizado en las 5 salas de

fisioterapia de los centros de salud del Distrito Sanitario Jaén²⁵⁵ determina, de igual manera, que la localización de la patología más frecuente por la que el paciente recibe tratamiento fisioterápico en atención primaria es el hombro. Un estudio descriptivo llevado a cabo en 25 centros privados de fisioterapia de Sidney¹⁷⁴ en una muestra de 320 pacientes, también encuentra que la patología más frecuente de estos centros privados son las algias lumbares. Del mismo modo, otro estudio descriptivo realizado en centros de fisioterapia privados de Irlanda¹¹² puso de manifiesto que las algias de columna era la patología más frecuente y que el número medio de sesiones en estos centros privados era de 8,3. Resultados equiparables a nuestra muestra de estudio.

5.6.3. Características de la muestra de fisioterapeutas. Características globales y por tipo de centro.

En relación a la población de fisioterapeutas, la distribución por edad y por años de ejercicio profesional representa de manera adecuada a los profesionales de los diferentes centros de fisioterapia de la población de referencia. Se obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre los centros privados y los públicos en relación a la edad de los fisioterapeutas y, como cabría esperar, en relación a los años de carrera profesional. La edad media de los fisioterapeutas de centros privados fue de 29 años mientras que la edad media de los fisioterapeutas que trabajaban en centros públicos era aproximadamente 5 años superior. Si atendemos sólo a centros públicos, no se encontraron diferencias en relación a la edad de los profesionales fisioterapeutas que trabajaban en centros de salud o en centros hospitalarios. La variable años de ejercicio profesional se comporta de igual manera. Estos datos se encuentran en consonancia con la proyección profesional de los titulados jóvenes recién egresados que encuentran en centros privados de fisioterapia una mayor probabilidad de desarrollo profesional²⁵⁶.

En relación al tipo de centro y la variable duración de la sesión de fisioterapia, se encontraron diferencias significativas entre los centros privados y los públicos (no entre ambos tipos de centros públicos). Un alto porcentaje de fisioterapeutas de centros privados manifestaron dedicar a sus pacientes más de 51 minutos mientras que las sesiones cortas

de fisioterapia (de menos de 10 minutos de atención directa con el paciente) fueron más frecuentes en los centros públicos. Son resultados que se encuentran en total consonancia con lo manifestado por los pacientes a este respecto.

Se encontraron diferencias significativas entre los 3 tipos de centros asistenciales en relación al nivel académico de los pacientes: nivel bajo de estudios en centros de salud, nivel medio de estudios en salas de hospitales y mayor porcentaje de estudios superiores en centros privados.

Se encontraron diferencias significativas entre centros privados y ambos tipos de centros públicos: en centros privados los pacientes fueron más jóvenes, presentaron fundamentalmente algias de columna, manifestaron menos dolor y mayor percepción de mejora de su estado de salud, y hubo, en estos centros, menor número de sesiones pero mayor tiempo de dedicación a cada sesión.

En relación a la muestra de fisioterapeutas se encontraron profesionales más jóvenes en centros privados que manifestaron mayor tiempo de dedicación a cada sesión de fisioterapia.

5.6.4. Información Terapéutica Percibida e Información Terapéutica Proporcionada.

Los resultados de este estudio nos permiten afirmar que el nivel de información terapéutica percibida por los pacientes atendidos en servicios de fisioterapia de Andalucía Oriental es aceptable con un índice de 65% (IC 95%: 62,94-68,75) y más de un 40 % de pacientes que afirmaron haber recibido mucha información, aunque presenta un margen para la mejora. Del mismo modo, el nivel de información proporcionado por los fisioterapeutas con un índice de 74% (IC 95%:69,9-79,52) y más de 58% de fisioterapeutas que manifestaron proporcionar mucha información, también se consideró aceptable pero, igualmente, con margen para mejorar.

Al no existir en la literatura un cuestionario que evalúe el nivel de información percibido por los pacientes que acuden a cualquier centro de fisioterapia, tan sólo podemos contrastar estos datos con ítems aislados de cuestionarios de satisfacción o de evaluación de la calidad asistencial que incluyen cuestiones que aluden a la información terapéutica. En un estudio descriptivo de valoración de la satisfacción del usuario de fisioterapia en atención primaria realizado en el Distrito Sanitario Jaén²⁵⁵, el 55% de los pacientes consideraron "Muy buena" la información (en términos generales) que le había dado su fisioterapeuta. Otro estudio descriptivo llevado a cabo en los servicios de fisioterapia de los centros de salud de Murcia²⁵¹ para evaluar la calidad asistencial de los mismos, utilizó un cuestionario amplio que ponía de relieve algunos aspectos relacionados con la información. En este estudio, el 64,5% de los pacientes manifestaron que su fisioterapeuta les informó sobre la causa de su dolor, el 90% consideró que la información proporcionada por su fisioterapeuta le resultó fácil de entender y el 96% afirmó que habían recibido, por parte de su fisioterapeuta, recomendaciones para realizar en casa. El estudio de Layzell (2001)²⁵⁷ en el que se entrevistó a 120 pacientes de servicios de fisioterapia del Reino Unido puso de manifiesto que el 89% de los sujetos participantes consideraron claras las explicaciones proporcionadas por el fisioterapeuta.

En el presente estudio el aspecto de información percibida mejor puntuado por los pacientes fue el referido al conocimiento del nombre y forma de contacto con el profesional fisioterapeuta que le atiende, lo cuál parece lógico al ser una información básica. El aspecto mejor valorado por los fisioterapeutas fue el relacionado con explicar ejercicios y recomendaciones para realizar en el domicilio, coincidiendo con el previamente mencionado estudio realizado en Murcia²⁵¹. Por otro lado, pacientes y fisioterapeutas coinciden en el aspecto peor valorado que es el relacionado al proceso de consentimiento informado. Pensamos que esto pone de manifiesto que el otorgamiento del consentimiento informado en fisioterapia es una práctica poco extendida. Un resultado similar se obtuvo en el estudio realizado en 2010 en 17 salas de fisioterapia de la provincia de Jaén en el que se puso de manifiesto que de los 287 pacientes participantes, ninguno había prestado su consentimiento por escrito⁴⁹.

5.6.5. Relación entre la Información Percibida y la Proporcionada.

Se obtuvo una asociación estadísticamente significativa, de signo positivo y con una fuerza de asociación moderada ($r=0,434$) entre la información percibida por los pacientes y la información que sus fisioterapeutas consideraron que proporcionaron. Al contrastar la diferencia entre ambas variables para cada uno de los 25 centros participantes, se obtuvo que, en la mayoría de los centros (18 de los 25), los pacientes percibían menos información que la que los fisioterapeutas manifestaban que proporcionaban, hasta un 30,97% menos. De ello, se deriva la idea de que los fisioterapeutas deben de hacer mayores esfuerzos para proporcionar información terapéutica que deberá de ser, además de completa, clara y adaptada al nivel científico y de comprensión del paciente. Un estudio cualitativo realizado con grupos focales en los que participaron 32 profesionales sanitarios que trabajaban con pacientes amputados, puso de manifiesto que estos profesionales percibían suministrar más información de la que realmente proporcionaban²⁵⁸. Otro estudio realizado en una muestra de 928 pacientes hospitalizados²⁵⁹ encontró una falta de concordancia entre la necesidad de información demandada por los pacientes y la proporcionada por el personal sanitario.

La información percibida por los pacientes de la muestra de estudio y la proporcionada por los fisioterapeutas se consideró aceptable aunque con margen para la mejora. Ambos tipos de información se asocian de forma significativa y positiva pero en la mayoría de los centros participantes los pacientes manifestaron percibir menos información que la que los fisioterapeutas manifestaron proporcionar.

5.6.6. Satisfacción con la atención recibida (*MedRisk*).

El nivel de satisfacción medio de la población de estudio fue del 77% (IC 95%: 75,51-79,04). Más de un 50% de los pacientes manifestaron mucha satisfacción con el servicio de fisioterapia. La satisfacción es un concepto muy estudiado en la disciplina de fisioterapia y se encuentran en la literatura diversos estudios descriptivos que ponen de manifiesto, de igual manera, los buenos resultados obtenidos. El nivel de satisfacción medio obtenido en el estudio de validación del cuestionario de Monnin et al (en Suiza)⁸⁶ fue de 74,9%, muy cerca del valor obtenido en nuestra investigación.

En el ya mencionado estudio descriptivo de valoración de la satisfacción del usuario de fisioterapia en atención primaria realizado en el Distrito Sanitario Jaén²⁵⁵, el 69% de los pacientes consideraron que "en conjunto, la satisfacción con la sala de fisioterapia" fue "muy buena". El estudio de Caserley-Feeny¹¹² realizado en una muestra de 131 pacientes de la sanidad privada irlandesa obtuvo que el 91% de los participantes consideraron la experiencia de fisioterapia "muy buena" o "excelente". Butler et al (2008)²⁶⁰ en un estudio longitudinal en una muestra de 1831 pacientes con lumbalgia en Estados Unidos obtuvieron un 86% de participantes "satisfechos" o "muy satisfechos" con el cuidado de fisioterapia recibido. El ya mencionado estudio de Layzer²⁵⁷ en el Reino Unido obtuvo un 83% de pacientes satisfechos con los servicios de fisioterapia. El estudio descriptivo de Knight¹⁷⁴ realizado en 25 centros privados de Sídney obtuvo un 76% de pacientes con una alta satisfacción global con la atención recibida y el estudio de Machado²⁶¹ realizado en tres centros de fisioterapia de la ciudad de Teresina (Brasil) en una muestra de 376 pacientes obtuvo un porcentaje de 75,5% de pacientes satisfechos con la atención del servicio de fisioterapia.

Nuestra muestra de pacientes dio una puntuación alta a su satisfacción global con la atención de fisioterapia recibida (un 4,26 en una escala de 1 a 5, en la que 5 puntos es el máximo). Este elevado valor medio es comparable a los valores medios obtenidos en otros

estudios descriptivos que utilizan la misma escala. En este sentido, se hace preciso mencionar el estudio descriptivo realizado en una muestra de 422 pacientes de consultas públicas y privadas de Canadá realizado por McDonald et al (2002)²⁶² que obtuvo un valor medio de satisfacción global de $4,61 \pm 0,02$ según esta escala. El estudio de Hills et al (2007)⁸⁹ realizado en una muestra de 279 pacientes de salas de fisioterapia de centros públicos de Inglaterra obtuvo un valor medio de $3,77 \pm 0,040$. Estudios descriptivos que han utilizado el mismo cuestionario de satisfacción *MedRisk* han obtenido valores similares, como el estudio realizado en 2011 en 7 clínicas privadas de Australia²⁶³ con una muestra de 316 pacientes que obtuvo un valor medio para este ítem global de 4,54 y la versión española original de este cuestionario realizada en población hispana de la ciudad de Nueva York que obtuvo un valor medio también elevado, de $4,84 \pm 0,56$. Resultados, todos ellos equiparables y en consonancia a nuestra muestra de estudio.

El aspecto mejor valorado por los pacientes del presente estudio fue el respeto recibido por el profesional fisioterapeuta que lo atendía ("*Mi fisioterapeuta es respetuoso*") con un valor medio de 4,69 (en la escala anteriormente mencionada de 1 a 5), lo cual es lógico y esperable ya que uno de los pilares básicos en cualquier relación interpersonal es el trato basado en el respeto. Este aspecto fue también el mejor valorado en la versión española original de este cuestionario¹¹⁴ con un valor medio de 4,80. El aspecto peor valorado fue el relacionado con la facilidad de encontrar aparcamiento junto al centro de fisioterapia en cuestión. Este aspecto también fue el que menos correlacionó con la satisfacción total en la versión española original¹¹⁴. En general, los ítems que evalúan accesibilidad dentro del constructo satisfacción, como el relacionado con el aparcamiento, suelen obtener las puntuaciones más bajas^{86-87,114-115} convirtiéndose este dominio en uno de los problemas fundamentales de muchos centros sanitarios.

5.6.7. Confianza en el profesional fisioterapeuta

El nivel de confianza medio del total de la muestra fue alto, de 77% (IC 95%:75,23-79,59). Más de un 60% de pacientes manifestó tener mucha confianza en el profesional

fisioterapeuta que lo asistía. Al no existir en la literatura estudios que hayan medido la confianza en el profesional fisioterapeuta, contrastamos, aunque con cautela, estos datos con valores obtenidos en estudios que miden la confianza en otros profesionales proveedores de salud. El nivel de confianza medio obtenido en la validación del cuestionario original WAKE FOREST¹⁴⁶ fue $77\pm 15,5\%$, en el estudio de Anderson¹⁵⁰ fue de $78,9\pm 14,2\%$, en el estudio de Safrán¹⁵⁴ fue de $75,7\pm 16\%$, en el estudio de Thom¹⁴⁸ fue de $75,3\pm 14,2\%$ y en los estudios de Kao¹⁵² y Radwin¹⁴⁷ fueron algo superiores, de $87,5\pm 15,3\%$ y $90\pm 16,4\%$ respectivamente. Un estudio descriptivo reciente, de 2012¹⁶³, realizado en un hospital universitario de la India con una muestra de 198 pacientes que cumplimentaron, a través de entrevista, el cuestionario de Anderson et al¹⁵⁰ de confianza en el profesional médico, obtuvo datos muy equiparables a nuestra población de estudio: el 61,11% de los encuestados manifestó mucha confianza en su médico mientras que el 38,89% mostró diversos grados menores de confianza. La adaptación holandesa del cuestionario WAKE FOREST¹⁵⁷, realizada en una muestra de 201 pacientes de una clínica universitaria que, también, valoraron la confianza en el profesional médico, obtuvo valores altos, de 4,27 según la escala 1: "Totalmente en desacuerdo" y 5: "Totalmente de acuerdo". En nuestro estudio el valor medio de la confianza global (valorado a través del ítem global "En general, tengo plena confianza en mi fisioterapeuta") fue 4,21 según esta misma escala. El estudio de validación del cuestionario de confianza en las instituciones sanitarias de Zheng¹⁵⁶ contiene también este mismo ítem que obtuvo un valor medio de $3,81\pm 0,75$. Por tanto, resultados muy comparables.

Si atendemos a los datos del Barómetro Sanitario del 2010, en la dimensión *Experiencia del paciente*, aparecen dos cuestiones que valoran de manera global (en una escala del 1 al 10) la confianza en el médico. De un lado, se valora la confianza que transmite el médico de atención especializada que alcanzó en 2010 para Andalucía el valor de 7,26 (algo por encima de la media española situada en el 7,13) y de otro, la confianza que transmite el médico de atención primaria que obtuvo un valor de 7,26 (prácticamente en la media española situada en el 7,54)²⁶⁴.

En el presente estudio el aspecto de la confianza mejor valorado por los pacientes fue el relacionado al modo de trabajo "cuidadoso y minucioso" del fisioterapeuta con un valor medio de 4,35 en la escala de 1 a 5. Un ítem equiparable del cuestionario original *WAKE FOREST*¹⁴⁶ ("*Your doctor or care provider is extremely thorough and careful*") obtuvo un valor medio muy similar de 4.17 ± 0.73 . El aspecto de la confianza peor valorado por los pacientes fue manifestar la necesidad de buscar una segunda opinión sobre el tratamiento de fisioterapia. Es lógico esperar que los niveles más bajos de confianza se asocien con la voluntad de buscar una segunda opinión. El estudio de Hall¹⁴⁶ establece, en la disciplina médica, esta correlación entre alta confianza y deseo de no buscar una segunda opinión.

Se obtuvo, en la muestra de pacientes, altos valores de satisfacción y confianza. Más de un 50% de pacientes manifestó "Mucha Satisfacción" con la atención de fisioterapia y más de un 60% manifestó tener "Mucha Confianza" en el profesional fisioterapeuta que lo atendía.

5.7. FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS VARIABLES DE ESTUDIO: INFORMACIÓN TERAPÉUTICA, SATISFACCIÓN Y CONFIANZA.

Para determinar los factores que influyen el grado de información terapéutica percibida, la satisfacción y la confianza de los pacientes se realizó en primer lugar un análisis bivariante con el resto de posibles variables influyentes.

A continuación, se realizó para cada una de estas variables de estudio un análisis multivariante con un modelo de regresión logística binaria. El objetivo de este análisis fue conocer las verdaderas variables influyentes analizando la posible confusión entre variables así como el posible efecto de interacción entre ellas.

Se decidió dicotomizar por encima del percentil 75 y por debajo del mismo las correspondientes variables de estudio debido, de un lado, a la distribución de las mismas en la muestra (más de un 40 % de pacientes con mucha información, más de un 50% con mucha satisfacción y más de un 60% con mucha confianza) y de otro lado, porque nos interesa conocer los indicadores que apunten hacia los máximos valores de información, satisfacción y confianza del proceso asistencial. En un sistema sanitario, cuya legitimación social descansa en la información, en la satisfacción y en la confianza, se entiende que generar la experiencia más positiva de los pacientes en su contacto con los servicios debe de considerarse el objetivo principal a alcanzar en todos los centros que proporcionan atención sanitaria.

Para cada variable de estudio se establecieron 2 modelos. El "Modelo 1" en el que se introdujeron todas las variables influyentes que habían mostrado asociación significativa en el análisis simple y el "Modelo 2" en el que se incluyeron, además de las anteriores, las 2 variables de estudio (información, satisfacción o confianza, según el caso) como variables influyentes de la que se estaba estudiando en el análisis en cuestión. La intención era determinar su grado de asociación e influencia.

Finalmente, se comprobó el grado de asociación entre las 3 variables mediante correlaciones parciales.

Todo este análisis permitió establecer asociaciones reales entre variables pero es necesario tener en cuenta que el propio diseño del estudio (corte transversal) hizo que no fuera posible determinar la temporalidad de la asociación (qué variable precede o aparece antes en el tiempo).

5.7.1. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA INFORMACIÓN TERAPÉUTICA.

Se encontró, en el análisis bivariante, que la información percibida por los pacientes no se asoció con el género, la localización de la patología ni el número de sesiones y estaba asociada de forma estadísticamente significativa con las siguientes 6 variables:

-Tipo de centro. El índice medio de información percibida de los pacientes de centros privados fue significativamente superior al resto de pacientes. Este índice fue del 77% en contraste con el índice en centros hospitalarios que fue casi la mitad, de 44 %. El índice de información en centros de salud, se situó entre ambos valores, fue del 65%.

-Edad. Los resultados apuntan a que la información percibida fue menor cuanto mayor era la edad de los pacientes.

-Nivel de estudios. Los pacientes con mayor nivel de estudios manifestaron mayores porcentajes de mucha información.

-Duración de la sesión. La mayor duración de la sesión de fisioterapia se asoció con mayor información percibida.

-Dolor. La mayor percepción del dolor (dolor severo) se asoció con menores porcentajes de información percibida.

-Estado de Salud. Los resultados indican que los pacientes que manifestaron sentirse mejor son los que expresaron mayores porcentajes de información percibida.

El análisis multivariante determinó que, de todas estas posibles variables influyentes, las que finalmente explicaban la variabilidad de la población a la hora de manifestar mucha información percibida fueron el tipo de centro (más información en centros privados), la menor edad y la mejora en el estado de salud.

Pierden, por tanto, su efecto influyente el nivel de estudios, la duración de la sesión y el dolor. En relación al nivel de estudios, es probable que sea una variable fuertemente confundida por la edad ya que los pacientes de mayor edad suelen presentar menores niveles académicos. Algunos estudios no encuentran asociación entre nivel académico e información percibida⁷⁷ pero otros sí establecen la asociación inversa entre nivel de estudios

e información¹⁶⁹⁻¹⁷⁰. En relación a la duración de la sesión, cabría esperar que a mayor tiempo de duración de la sesión, aumentara la probabilidad de transmisión de información como así lo indica el análisis bivalente pero es una variable que por sí misma tampoco explicaría que la transmisión de información se haya realmente producido. En este caso, podría estar confundida por el tipo de centro ya que son los centros privados los que presentan, de forma clara, la mayor duración de tiempo de sesión (casi todos los tiempos cercanos a una hora). En la literatura no se han asociado estas variables. En relación al dolor, aunque es una variable en sí misma influyente en la información percibida, no quedó en el modelo porque está fuertemente confundida por el estado de salud ya que ambas variables se asocian de forma lógica e intuitiva²⁶⁵. A pesar de que el dolor es una variable compleja en su concepción, queda absorbida por otra variable, más compleja si cabe, que es la percepción de la mejora en el estado de salud.

Con respecto a las variables que se mantienen en el modelo, es decir, que mantienen una influencia real en la información terapéutica percibida, que son el tipo de centro, la edad de los pacientes y el estado de salud, se asocian con una mayor puntuación en el cuestionario de información percibida, los pacientes atendidos en centros privados, más jóvenes y que perciben una mejoría en su estado de salud.

Los resultados indican que el/la paciente que asiste a un centro privado de fisioterapia tiene 2,6 veces más posibilidades de percibir mucha información terapéutica. No se han encontrado en la literatura estudios que contrasten el nivel de información terapéutica de pacientes de fisioterapia en función del tipo de centro, en España. Algunos estudios sí documentan el déficit de información del usuario de centros hospitalarios²². Un estudio, realizado en pacientes con lumbalgia, en Irlanda, encuentra resultados contradictorios con nuestro estudio ya que establece diferencias, aunque débiles, en relación a la información proporcionada y el tipo de centro, mayor en centros públicos¹⁸². Otro estudio pone de manifiesto las necesidades de información en atención primaria en el Reino Unido²⁶⁶.

La mayor información en centros privados con respecto a los públicos puede venir determinada por las propias características de funcionamiento de los mismos en nuestro país. Los pacientes de centros públicos asisten a las salas de fisioterapia con un diagnóstico médico, las técnicas de tratamiento pre-establecidas y el número de sesiones pre-fijado. Sin embargo, los pacientes de consultas privadas, suelen acudir a las mismas sin un diagnóstico preciso lo que fomenta mayores explicaciones por parte del fisioterapeuta sobre la posible causa, manifestaciones clínicas del proceso de enfermedad, pronóstico... existe, de otro lado, más libertad de elección de tratamiento por lo que se hace necesario informar al paciente sobre las técnicas que se le van aplicar e incluso ofrecer la posibilidad de varias alternativas terapéuticas... además, el paciente de consultas privadas, demandará mayor información sobre el número de sesiones necesarias por el costo que lleva asociado cada una de ellas. Todas estas circunstancias, propias de centros privados favorecen, en gran medida, la proporción de mayor información terapéutica.

- Por cada año de edad disminuye en un 2,8% la probabilidad de puntuar por encima del percentil 75 en el cuestionario de información percibida.

La menor capacidad de comprensión, atención y memoria asociada a la edad y el hecho de que los pacientes mayores sean, en muchas ocasiones, los que menor nivel académico presentan, convierten a la edad en un claro factor influyente en la menor información percibida. Por tanto, se pone de relieve la necesidad de adaptar la información terapéutica a la edad del paciente.

El estudio de McKinnon et al¹⁶⁷, realizado en una muestra de 433 pacientes de fisioterapia que fueron entrevistados telefónicamente en Canadá, determinó que los pacientes de mayor edad (>65 años) destacaron, de manera significativa, la necesidad de explicaciones más claras y comprensibles por parte de sus fisioterapeutas para poder comprender mejor todo lo relacionado con su proceso de salud. En otro estudio reciente (2010)¹⁶⁴ se grabaron 79 encuentros de fisioterapeutas con sus pacientes mientras proporcionaban información sobre resultados de resonancias magnéticas de la región lumbar. Tras el encuentro, los pacientes

evaluaron la información proporcionada obteniéndose una fuerte correlación negativa entre calidad de la información y edad del paciente. Otros estudios, sin embargo, no encuentran tal asociación^{77,165}.

- Por cada aumento de 1 punto en la escala de estado de salud, aumenta en un 73% la probabilidad de puntuar más del percentil 75 en el cuestionario de información percibida.

El propio diseño del estudio no permite establecer temporalidad, es decir, no podría afirmarse que la mejora en el estado de salud preceda a la información percibida. Los resultados sí indican una asociación real entre percepción de mejoría e información. Son variables que pueden influirse recíprocamente pero, de una manera lógica y esperada, será la información la que precederá, en la mayoría de los casos a la sensación de mejora. Los pacientes que estén bien informados sobre la causa, manifestaciones clínicas frecuentes de su patología...sobre recomendaciones y consejos incrementarán su probabilidad de percibir mejora con el tratamiento. Algunos estudios con una metodología adecuada, ensayos clínicos aleatorizados, han puesto de relieve que la mejor comunicación y el mayor nivel de información percibida durante la sesión de fisioterapia se asocian a un mejor estado de salud^{25,35-36,38}. Los estudios de Zaproudina¹⁷⁵, dos ensayos clínicos realizados en pacientes con cervicalgia (n=105) y lumbalgia (n=131) para comprobar la efectividad de varias técnicas de terapia manual, encontraron una asociación significativa entre información durante la sesión (medida con un cuestionario propio de 5 ítems) y la mejora en el estado de salud percibido al final de todas las sesiones de tratamiento (r=0,47 y r=0,30 respectivamente).

Fig. 51. Variables que influyen en la información terapéutica percibida.



-Al incluir en el modelo las variables satisfacción y confianza como variables influyentes de la información terapéutica percibida, ambas variables quedaron en la ecuación junto con todas las anteriores, lo que demuestra la estabilidad del modelo. La varianza explicada del total del modelo fue del 50,03%.

Los resultados indican que los pacientes muy satisfechos tienen 5,9 veces más probabilidad de manifestar mucha información y los pacientes con mucha confianza tienen 3,5 veces más posibilidad de manifestar mucha información percibida.

Al igual que ocurre con el estado de salud, en este caso tampoco se podría establecer temporalidad, es decir, no podría afirmarse que la satisfacción y la confianza precedan, en el tiempo, a la información percibida, sólo que existe una asociación real y significativa entre estas variables y que probablemente se influyan de forma recíproca.

La asociación entre estas variables Información-Satisfacción e Información-Confianza se discuten en el último apartado.

Si atendemos a la información proporcionada por los fisioterapeutas, el análisis bivariente no encontró asociación entre la información proporcionada y el género, edad y años de carrera profesional del fisioterapeuta.

Sólo se encontró que la información proporcionada estaba asociada de manera estadísticamente significativa al tipo de centro. En los 3 tipos de centros del estudio predominaron los fisioterapeutas que manifestaron proporcionar mucha información a sus pacientes; si bien, en centros hospitalarios existía un porcentaje considerable de profesionales que expresaron aportar poca o ninguna información a los pacientes a los que atendían. Este resultado está en consonancia con los resultados encontrados en la muestra de pacientes.

La mayor información terapéutica percibida por el paciente en fisioterapia se asocia con asistir a centros privados, con edades más jóvenes, con la mejora del estado de salud percibido y con niveles altos de satisfacción y de confianza

5.7.2. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN

El análisis bivariante no encontró asociaciones entre satisfacción y género, localización de la patología y número de sesiones. Se encontró que la satisfacción con la atención en fisioterapia estaba asociada de forma estadísticamente significativa con las siguientes 6 variables:

- Tipo de centro. La satisfacción de los pacientes de centros privados fue significativamente superior al resto de pacientes. Los índices de satisfacción fueron: 85% para centros privados, 73% para centros de salud y 64% para pacientes de los centros hospitalarios.
- Edad. En los pacientes mayores desciende ligeramente los porcentajes de alta satisfacción.
- Nivel de estudios. Los resultados indican la siguiente dirección de asociación: a menor nivel de estudios, menor grado de satisfacción.
- Duración de la sesión. Los pacientes atendidos con sesiones de mayor duración manifestaron mayores niveles de satisfacción.
- Dolor. En los pacientes con dolor severo aumenta la sensación de poca satisfacción.

-Estado de salud. Los resultados indican una clara asociación positiva entre mejora del estado de salud y la satisfacción con la atención en fisioterapia.

Tras el análisis multivariante, las variables que mantienen su influencia sobre la satisfacción con la atención en fisioterapia, fueron el nivel de estudios y el estado de salud percibido. Se asoció con una mayor satisfacción en el cuestionario *MedRisk*, el mayor nivel de estudios (estudios superiores o secundarios) y el incremento en la mejora del estado de salud percibido por el paciente.

Pierden, por tanto, su efecto influyente en la satisfacción, la duración de la sesión, el tipo de centro, la edad, y el dolor. Todas ellas son variables que, aparentemente influyen la satisfacción tal como pone de manifiesto el análisis bivariante y algunos de los documentos disponibles en la literatura. Sin embargo, cuando son analizadas en conjunto su relación con la variable de estudio puede llegar a desaparecer como es el caso que nos ocupa. En relación a la duración de la sesión, habrá sido absorbida por el tipo de centro ya que claramente los centros privados son los que presentan mayor duración de las sesiones (alto porcentaje por encima de 51 minutos). A su vez, la variable tipo de centro creemos ha sido absorbida por el nivel académico ya que en la muestra de estudio existe un claro desajuste en la distribución de los sujetos en función del tipo de centro y el nivel de estudios: el 81,1% de los pacientes de centros de salud eran pacientes sin estudios o sólo con estudios primarios frente al 34,4% de pacientes de centros privados. En relación a la edad, es probable que sea, también, una variable confundida por el nivel de estudios ya que precisamente los pacientes con menor nivel académico son los de mayor edad. En cuanto al dolor, al igual que ocurre en el caso de la información y en base al mismo razonamiento, habrá sido absorbida por el estado de salud.

En la literatura se encuentran resultados contradictorios ya que algunos estudios establecen asociaciones entre satisfacción y edad en el sentido de que a mayor edad, mayor satisfacción^{112,166-167} pero otros no encuentran tal asociación¹⁶⁸. Otros estudios encuentran asociación entre satisfacción y centros privados¹⁸³⁻¹⁸⁴, entre satisfacción y mayor duración de

la sesión¹⁷³⁻¹⁷⁴ y entre satisfacción y menor dolor²⁶⁷. Es necesario tener en cuenta que la mayoría de estos estudios establecen asociaciones simples, sin realizar análisis estadísticos multivariantes en los que probablemente algunas asociaciones se perderían.

Con respecto a las variables que se mantienen en el modelo, es decir, que mantienen una influencia real en la satisfacción, que son el mayor nivel de estudios y el estado de salud (percepción de mejoría):

Los resultados indican que el/la paciente con un nivel de estudios medio o superior tiene 3,82 veces más posibilidades de manifestar mucha satisfacción que el paciente con estudios primarios o sin estudios.

La relación manifiesta entre bajo nivel académico y menor grado de satisfacción puede estar en relación a las expectativas creadas por el paciente sobre la atención de fisioterapia que va a recibir. Es probable que los pacientes con menor nivel de estudios tengan un mayor desconocimiento de la disciplina de fisioterapia en general y una menor cultura sobre la misma generando, consecuentemente, unas expectativas que no se ajusten a la percepción real de la atención recibida. Esta discrepancia entre lo esperado y lo real puede conllevar a una disminución del nivel de satisfacción. Un estudio reciente¹⁶⁹ (2011) realizado en una muestra de 138 pacientes con cáncer puso de manifiesto, a través de regresión múltiple, que el nivel de estudios era un fuerte predictor significativo de la mayor necesidad de información sobre el proceso de esta enfermedad. Otro estudio realizado en una muestra amplia (n=2538 pacientes de atención primaria) puso de manifiesto que los pacientes con menor nivel de estudios son menos propensos a tener sus expectativas satisfechas¹⁷². De otro lado, se ha documentado, aunque en profesionales médicos, mayores esfuerzos por parte del profesional para dar mejor atención a aquellos pacientes de un nivel educativo más alto²⁶⁸⁻²⁶⁹ lo cual podría considerarse otra hipótesis explicativa.

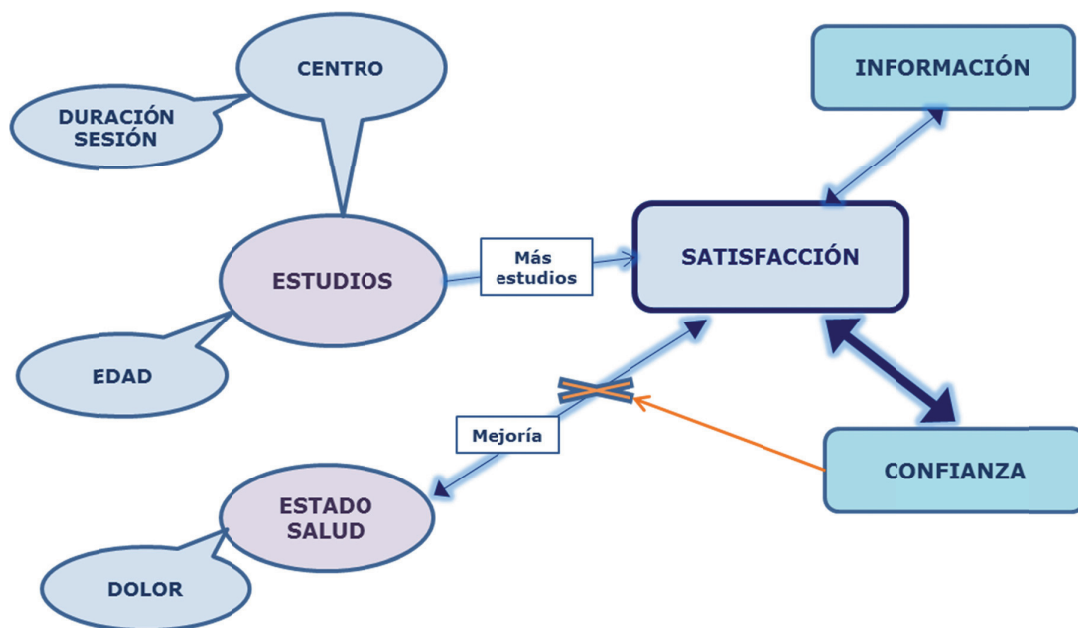
Los resultados indican que la mejora en el estado de salud aumenta la probabilidad de percibir altos niveles de satisfacción. En nuestro estudio se ha pretendido evaluar la satisfacción con la atención y no la satisfacción con los resultados terapéuticos pero cabe

resaltar que uno de los criterios de inclusión era que el paciente llevara, al menos, 5 sesiones de tratamiento por lo que podría haber aparecido en muchos casos, la mejora en su estado de salud aumentando, gracias a ello, el grado de satisfacción.

Estudios que han evaluado diferentes tratamientos de fisioterapia han encontrado asociación positiva entre mejoría clínica y satisfacción tanto con los resultados terapéuticos como con la atención de fisioterapia recibida¹⁷⁷.

Un estudio descriptivo realizado en Escocia¹⁶⁶, en una muestra de 2249 pacientes a los que se les envió un cuestionario de satisfacción que evaluaba la atención sanitaria recibida mostró, a través del análisis de regresión múltiple, que el estado de salud autopercebido se asociaba de forma significativa pero leve con la satisfacción global. Una revisión sistemática reciente (2011)²⁷⁰ que analiza en más de 15 estudios seleccionados, los factores que influyen la satisfacción del paciente en fisioterapia, concluye que los determinantes de la satisfacción son, además de la relación de confianza, la mejora en el estado de salud aunque ésta se asoció de manera más inconsistente con la satisfacción.

Fig. 52. Variables que influyen en la satisfacción con la atención en fisioterapia.



Al incluir en el análisis de regresión, las variables información y confianza como variables influyentes de la satisfacción, ambas variables quedaron en el modelo junto con el nivel de estudios (dejando de ser significativa la variable estado de salud) y la varianza explicada fue del 61,5%.

Los pacientes que se sienten muy informados tienen 6,07 veces más probabilidad de manifestar mucha satisfacción y los pacientes con mucha confianza tienen 13,13 veces más posibilidad de manifestar mucha satisfacción con el servicio de fisioterapia al que asisten.

La elevada asociación entre mejora del estado de salud y confianza, hizo que al incluir en el modelo la confianza y ponerse de manifiesto la alta influencia de ésta en la satisfacción, el estado de salud quedara como variable confundida o absorbida de la confianza y por ello desapareció del modelo final.

La relación entre las variables Satisfacción-Información y la alta asociación entre Satisfacción-Confianza se discuten en el último apartado.

La mayor Satisfacción con la atención en Fisioterapia se asocia con mayor nivel de estudios, con mejora del estado de salud y con niveles altos de Información y de Confianza. La alta asociación Satisfacción-Confianza llega a desplazar, incluso, a la percepción de mejora del estado de salud.

5.7.3. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA CONFIANZA

Se encontró, en el análisis bivariante, que la confianza en el profesional fisioterapeuta no se asoció con el género, la localización de la patología ni el número de sesiones y estaba asociada de forma estadísticamente significativa con las siguientes 6 variables:

-Tipo de centro. La confianza de los pacientes de centros privados fue significativamente superior al resto de pacientes. Los índices de la confianza por tipo de centro fueron, 87% para centros privados, 74% para centros de salud y 61% para salas de fisioterapia de hospitales.

-Edad. En todos los grupos de edad, la categoría mucha confianza fue la más representada, pero a mayor edad este porcentaje disminuyó ligeramente.

-Nivel de estudios. El menor nivel académico se asocia con menores niveles de confianza apareciendo, en el estudio, porcentajes considerables de poca confianza en pacientes con estudios primarios o sin estudios.

-Duración de la sesión. Aparece una clara dirección de asociación: a mayor duración de la sesión de fisioterapia (dedicación por parte del fisioterapeuta), mayor confianza del paciente.

-Dolor. En los pacientes con más dolor (dolor severo) aumenta la probabilidad de manifestar poca confianza.

-Estado de salud. La asociación con el estado de salud fue clara y muy notoria: los pacientes que manifestaron sentirse mucho mejor o mejor, manifestaron altos porcentajes de mucha confianza.

Tras el análisis multivariante, las variables influyentes que finalmente explican la variabilidad de la muestra respecto a la variable confianza, son la duración de la sesión de fisioterapia y el estado de salud percibido. Se asoció con mayor confianza en el fisioterapeuta la mayor duración de la sesión, entendiendo que es el tiempo en el que el fisioterapeuta atiende personalmente al paciente, y la percepción de mejoría en el estado de salud.

Pierden, por tanto, su efecto influyente el tipo de centro, la edad, nivel de estudios y el dolor. Como ya se ha mencionado, la edad y nivel de estudios son variables altamente relacionadas ya que los pacientes de mayor edad suelen presentar menores niveles académicos y en este caso ambas han sido confundidas por el tipo de centro. Los centros privados han presentados mayores porcentajes de pacientes jóvenes y con mayor nivel académico mientras que los centros públicos presentaron pacientes mayores con menor nivel de estudios. A su vez, la variable tipo de centro ha sido absorbida por la duración de la sesión, que es la variable que finalmente queda en la ecuación, ya que claramente los centros privados son los que presentan mayor duración de las sesiones (casi todos los tiempos cercanos a una hora). De nuevo, la variable dolor, como en los casos anteriores, y

en base al mismo razonamiento, ha sido absorbida por el estado de salud.

Por tanto, las variables sociodemográficas, edad y nivel de estudios pierden su influencia en la confianza. Estos resultados están en consonancia con lo encontrado en la literatura en la que la mayoría de estudios disponibles no encuentran asociación entre edad y confianza^{144-145,153,163} y tampoco entre nivel de estudios y confianza^{144-145,148,153,163}. En relación al tipo de centro, igualmente, se ha documentado la no asociación con la confianza¹⁴⁵.

Con respecto a las variables que se mantienen en el modelo, es decir, que mantienen una influencia real en la confianza, que son la mayor duración de la sesión y el estado de salud (percepción de mejoría):

Los resultados indican que por cada minuto que se incremente la duración de la sesión de fisioterapia aumenta en un 2% la posibilidad de que el paciente manifieste mucha confianza. El mayor tiempo de trato personal con el fisioterapeuta fomentará la creación del vínculo emocional de la relación interpersonal entre ambos y el paciente se sentirá más atendido y percibirá mayor interés por parte del fisioterapeuta que lo asiste, contribuyendo todo ello, a aumentar la confianza.

Un estudio multicéntrico de opinión de la atención sanitaria realizado en Sidney¹⁷⁴ incluía una pregunta de respuesta abierta en la que los pacientes manifestaron los principales aspectos negativos de la atención de fisioterapia. La respuesta más frecuente fue la demanda de mayor tiempo de tratamiento con el fisioterapeuta que se valoró como el aspecto más importante del mismo. Otro estudio pone de relieve la asociación entre confianza y duración de la relación interpersonal¹⁵⁷ ($r=0,28$). En el estudio original de validación del cuestionario *WAKE FOREST*¹⁴⁶ se obtuvo una correlación significativa aunque no demasiado alta ($r=0,13$) entre la confianza y el tiempo, en años, de relación interpersonal entre médico-paciente.

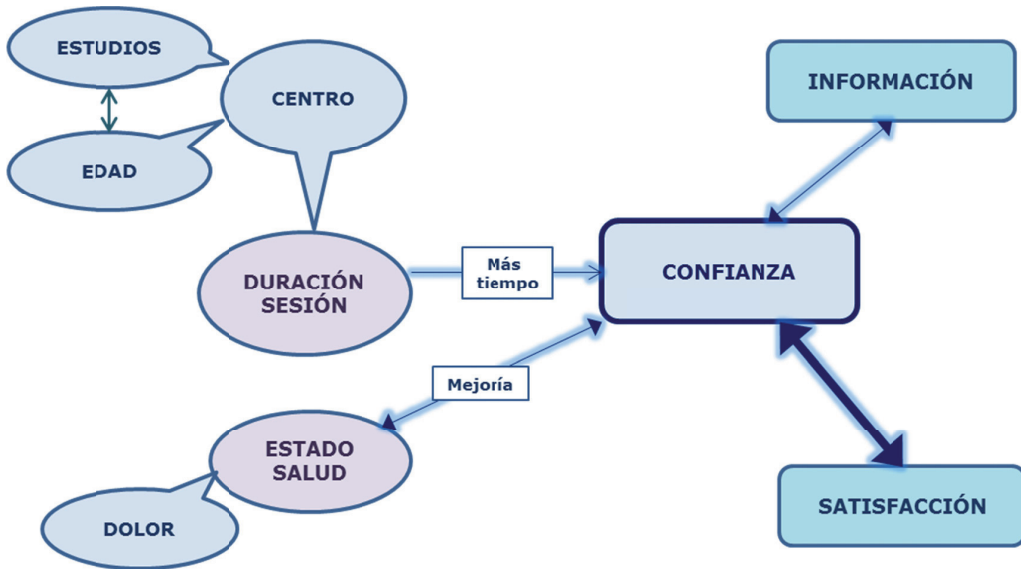
Por cada aumento de 1 punto en la escala de estado de salud, aumentaría en un 58% la probabilidad de manifestar mucha confianza.

En relación al estado de salud, está documentada la asociación entre confianza (relación interpersonal terapeuta-paciente) y mejora en el estado de salud y resultados terapéuticos exitosos^{139-140,179,181}. En la disciplina de fisioterapia varios estudios encuentran esta asociación.

Ya se ha comentado que el diseño del estudio no permite establecer temporalidad, es decir, no podría afirmarse que la mejora en el estado de salud preceda a la confianza. Los resultados sí indican una asociación real entre percepción de mejoría y confianza. Son variables que pueden influirse recíprocamente y en ambos sentidos. De un lado, la mejora en el estado de salud, aumentará de forma lógica y esperada la confianza en el fisioterapeuta, pero también generar confianza en el paciente constituye un pilar básico en la obtención de resultados terapéuticos positivos.

El estudio de Schonberg¹³⁷ realizado en 86 pacientes con lesión cerebral adquirida que se sometieron a un tratamiento de fisioterapia de 14 semanas, se encontró una relación entre confianza (medida con el *Working Alliance Inventory-WAI*¹³⁵) y el éxito terapéutico obtenido, de $r=0,63$. Ferreira et al¹⁴¹ encontró, en una muestra de 240 pacientes con lumbalgia, que la alianza terapéutica (igualmente evaluada con el *WAI*) era un predictor significativo de la mejora en la función física ($b=0,17$) y el estado de mejora percibido. Un curioso estudio en el que se grabó y analizó la conducta de profesionales fisioterapeutas en 48 sesiones de tratamiento con pacientes geriátricos¹⁸⁰, se obtuvo una asociación significativa entre mejor relación interpersonal y mejoras en las actividades de la vida diaria al alta ($r=0,60$) y tras 3 meses de seguimiento ($r=0,58$). Asimismo, se encontró una asociación significativa entre falta de interés y distanciamiento del fisioterapeuta y disminución por parte del paciente de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria.

Fig. 53. Variables que influyen en la confianza depositada en el profesional fisioterapeuta.



Al incluir las variables información y satisfacción como variables influyentes de la confianza, ambas variables quedaron en la ecuación junto con las anteriores lo que demuestra la estabilidad del modelo y la varianza explicada fue del 62,6%.

Los resultados indican que los pacientes muy informados tienen 3,09 veces más probabilidad de manifestar mucha confianza y los pacientes muy satisfechos tienen 12,7 veces más posibilidad de manifestar mucha confianza en el profesional fisioterapeuta que lo atiende.

La relación entre las variables Confianza-Información y la alta asociación entre Confianza-Satisfacción se discuten a continuación.

La mayor confianza en el fisioterapeuta se asocia con mayor duración de la sesión de fisioterapia, con la mejora del estado de salud y con niveles altos de información y de satisfacción.

5.8. CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES INFORMACIÓN, SATISFACCIÓN Y CONFIANZA.

Los resultados obtenidos en este estudio han puesto de manifiesto que las variables satisfacción con la atención en fisioterapia y confianza en el fisioterapeuta están fuertemente correlacionadas, mientras que las correlaciones entre información terapéutica y satisfacción, por un lado; y entre información terapéutica y confianza por otro, tienen una correlación débil (una vez eliminado el efecto de la tercera variable).

Si consideramos las relaciones entre **Información-Satisfacción**, nuestros resultados difieren de los hallados en la literatura que documentan una fuerte asociación entre estas variables en la disciplina de fisioterapia^{68,174,185} y en otras disciplinas sanitarias^{185,189,192,190}. La mayoría de los estudios no miden el grado de asociación entre información y satisfacción y en ninguno de ellos se realizan correlaciones parciales que pongan de manifiesto que la acción de otras variables, como la confianza, pueden actuar disminuyendo el alto grado de asociación aparente entre información-satisfacción. Por este motivo, es frecuente encontrar, en los estudios disponibles, asociaciones altas entre estas dos variables. En este sentido, el estudio de Knight¹⁷⁴ establece una alta asociación entre información sobre aspectos positivos y negativos del tratamiento de fisioterapia y la satisfacción global del mismo ($r=0,71$). Estudios en otras disciplinas como el de Ommen¹⁸⁷ realizado en una muestra de 2197 pacientes de 6 hospitales alemanes, también estableció una moderada asociación entre información y satisfacción de $r=0,574$.

Aunque no con tanto grado o fuerza de asociación, sí existe una relación significativa entre información y satisfacción de manera que ambas variables se influyen. La información es crucial en el proceso de atención al paciente mejorando la relación del paciente con el entorno terapéutico y dando respuesta a una necesidad básica del paciente que es conocer su proceso de enfermedad. La información proporcionada por el fisioterapeuta podrá lograr que las expectativas del paciente sean más reales y así disminuir su nivel de frustración si la calidad de la atención o los resultados clínicos no fueran los inicialmente esperados. Por tanto, una información que describa con precisión el servicio de fisioterapia puede resultar de una expectativa real del mismo y consecuentemente una evaluación de la satisfacción más favorable que si no se facilita o se facilita poca información. Un paciente bien informado tendrá unas expectativas sobre la atención recibida más acordes con la realidad, lo cual contribuirá a mejorar su nivel de satisfacción.

Información-Confianza: Se ha documentado, también, la asociación entre información y confianza^{128,185} aunque no en la disciplina de fisioterapia. Al no existir instrumentos fiables y válidos que permitan medir el nivel de información terapéutica y la confianza en la disciplina de fisioterapia, no se encuentran resultados numéricos de esta asociación. Incluso en otras disciplinas, no siempre se valora de forma adecuada estas variables para poder relacionarlas, ni se establecen correlaciones parciales que pongan de manifiesto que la asociación entre ambas se ve afectada considerablemente por la variable satisfacción. Un estudio que sí utilizó instrumentos fiables y válidos²⁰¹ realizado en una muestra de pacientes con una patología específica (un tipo de anemia) concluyó una asociación significativa y positiva entre información y confianza, de manera que un aumento de un 10% en la información se asoció con un aumento de un 3,76% en la escala de confianza. Otros estudios también ponen de relieve que una escasa información terapéutica puede conllevar a un descenso significativo de la confianza¹²⁸. El ya mencionado estudio de Ommen¹⁸⁷ estableció una asociación entre información y confianza de $r=0,615$ pero en ninguno de ellos se analiza cómo interfiere la variable satisfacción en la asociación entre ambas.

El estudio de Laveist¹²⁸ que utilizó varios modelos de regresión logística, en una muestra de 327 pacientes, para determinar los factores que predecían la falta de utilización de los servicios médicos, estableció que la desconfianza era una de las variables principales que predecían la falta de interés por la información, consejos o recomendaciones médicas ($b=1,56$). El estudio de Haskard¹⁹² en el que se grabaron 246 consultas médicas de atención primaria puso de relieve la estrecha relación entre comunicación afectiva y cercana y mayor confianza entre médico-paciente.

Al igual que en el caso anterior, aunque la alta asociación aparente entre información-confianza se ve disminuida al considerar otras variables como la satisfacción, sí existe, aunque de menor grado, una asociación significativa entre ambas. Una información clara y suficiente por parte del fisioterapeuta sobre el proceso terapéutico permitirá mejorar la confianza en la capacidad de éste para realizar el tratamiento adecuadamente. Asimismo, una relación de confianza entre fisioterapeuta-paciente permitirá que la comunicación entre ambos sea más distendida y fluida y propiciará que el paciente sienta más libertad a la hora de realizar consultas sobre su proceso de salud.

Satisfacción-Confianza: se confirma una elevada asociación entre satisfacción y confianza tanto en el análisis de correlaciones ($r=0,706$) como en el análisis multivariante. Son variables con un alto nivel de influencia mutua entre sí, mucho más que la influencia de la variable información con cada una de ellas. La alta asociación entre estas variables podría deberse a que cuando la atención sanitaria se percibe como de alta calidad (mucha satisfacción con la atención) el paciente estará más predispuesto a percibir que el profesional que le atiende debe de ser un "buen profesional" facilitándose la creación de un sentimiento de confianza hacia el mismo. De igual modo, una vez establecido el vínculo de confianza entre fisioterapeuta-paciente es más improbable que aparezca una percepción de insatisfacción con la atención recibida.

Un estudio reciente realizado en una muestra de 432 pacientes¹⁸⁶ establece una alta asociación entre satisfacción y confianza en el fisioterapeuta pero ésta fue evaluada con un único ítem.

Como la confianza es un atributo escasamente evaluado en fisioterapia, tenemos que acudir a otras disciplinas para conocer cómo se relacionan ambas variables en los estudios disponibles. El estudio de Thom et al¹⁴⁸ realizado en una muestra de 414 pacientes de 20 consultas médicas establece que altos valores de confianza iniciales o basales son predictivos de una alta satisfacción tras 6 meses de tratamiento. Este estudio obtuvo un resultado de correlación equiparable a nuestra población de estudio, de $r=0,73$.

En el estudio de validación de la versión holandesa¹⁵⁷ del cuestionario de confianza *WAKE FOREST* se obtuvo una correlación con la satisfacción de $r=0,64$ y en el mismo estudio original de validación del *WAKE FOREST*¹⁴⁶ la correlación fue $r=0,51$. En el estudio de validación del cuestionario de confianza de Egede¹⁴⁵ la correlación con la satisfacción fue $r=0,67$ y en el estudio de validación del cuestionario de confianza de Zheng¹⁵⁶ esta correlación también fue alta ($r=0,52$). En el estudio de validación del cuestionario de Leisen¹⁵¹, la correlación entre ambas variables fue aún mayor, $r=0,90$ y en el ya mencionado estudio descriptivo de Ommen¹⁸⁷ la asociación entre confianza y satisfacción fue igualmente alta $r=0,725$. Un estudio descriptivo realizado en Escocia¹⁶⁶, en una muestra de 2249 pacientes a los que se les envió un cuestionario de satisfacción que evaluaba la atención sanitaria recibida mostró, a través del análisis de regresión múltiple, que el soporte emocional interpersonal entre paciente-terapeuta (que podría interpretarse como la confianza) se asoció fuertemente con la satisfacción siendo uno de los principales determinantes de la misma. Una revisión sistemática reciente (2011)²⁷⁰ que analiza en más de 15 estudios seleccionados, los factores que influyen la satisfacción del paciente en fisioterapia, concluye que uno de los determinantes fundamentales de la satisfacción es la relación interpersonal con el fisioterapeuta (relación de confianza).

Se encontraron asociaciones significativas y positivas entre las 3 variables de estudio. La correlación entre Información-Satisfacción y entre Información-Confianza disminuye considerablemente una vez eliminado el efecto de la tercera variable. Sin embargo las variables Satisfacción-Confianza están fuertemente asociadas.

CONCLUSIONES

6.-CONCLUSIONES

1. El cuestionario "*INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA EN PACIENTES DE FISIOTERAPIA*" es un instrumento útil y ágil, aplicable a cualquier paciente, que permite medir, de manera fiable y válida, la información percibida. Presenta una excelente consistencia interna, una alta validez de contenido y una estructura factorial que indica la unidimensionalidad del mismo.
2. El cuestionario "*INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PROPORCIONADA POR EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA*" se muestra como un instrumento homólogo al anterior, útil, ágil, fiable y válido y con equiparables propiedades psicométricas: alta consistencia interna y una estructura unidimensional.
3. La adaptación transcultural de la versión española del cuestionario *MedRisk* de satisfacción en fisioterapia se presenta como una herramienta útil, ágil, altamente fiable y válida con una estructura tridimensional similar, aunque no idéntica, a la versión original de este instrumento de medida. Esta estructura tridimensional es equiparable a otras adaptaciones lingüísticas de este mismo cuestionario.
4. El cuestionario "*CONFIANZA DEPOSITADA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA*" es un instrumento útil, ágil, altamente fiable y válido que permite medir la confianza en el fisioterapeuta. Presenta una excelente consistencia interna, una alta validez de contenido y de criterio (al correlacionar con el cuestionario *WAKE FOREST* de confianza en el proveedor de salud) y una estructura factorial que indica la unidimensionalidad del mismo.

5. La adaptación transcultural y validación al idioma español del cuestionario de confianza en el proveedor de salud *WAKE FOREST* se presenta como un instrumento altamente fiable y válido con idénticas propiedades psicométricas a la versión original en idioma inglés.

6. Los centros privados de fisioterapia presentan diferencias significativas frente a los públicos en cuanto a la menor edad de los pacientes, mayor nivel académico de los mismos, patología frecuentemente localizada en la columna, menos dolor y más sensación de mejoría de los pacientes, así como menor número de sesiones pero mayor tiempo de dedicación a cada sesión. Asimismo, los centros privados también presentan diferencias frente a los públicos en cuanto a la menor edad y menos años de carrera profesional de los fisioterapeutas.

7. Más de un 40% de pacientes manifestó percibir "muchísima información" y más de un 58% de fisioterapeutas manifestó proporcionar "muchísima información" asociándose ambas variables de manera significativa, moderada y positiva aunque en la mayoría de centros participantes (18 de 25) los pacientes manifestaron percibir menos información de la que los fisioterapeutas manifestaron proporcionar. Más de un 50% de pacientes manifestó "muchísima satisfacción" con la atención de fisioterapia y más de un 60% manifestó tener "muchísima confianza" en el profesional fisioterapeuta que lo atendía.

8. La mayor información terapéutica percibida por el paciente se asocia con centros privados de fisioterapia, pacientes más jóvenes, con la mejora del estado de salud percibido y con niveles altos de satisfacción y de confianza.

9. La mayor satisfacción con la atención de fisioterapia se asocia con mayor nivel de estudios y con niveles altos de información y de confianza.

10. La mayor confianza en el profesional fisioterapeuta se asocia con mayor duración de la sesión de fisioterapia, con la mejora en el estado de salud y con niveles altos de información y de satisfacción.

11. Las tres variables de estudio se asocian de manera significativa y positiva, existiendo una correlación débil de la información con las dos restantes y una alta asociación entre satisfacción y confianza.

BIBLIOGRAFÍA

-
- 1.** Pantoja-Zarza L. El consentimiento Informado. Sólo un requisito legal? *Rev Esp Reumatolog*; 2004, 31 (8):475-8.
 - 2.** Elkin S. Informed consent: requirements for legal and ethical practice. *Physiotherapy Theory and Practice* 2001; 17:97–105.
 - 3.** Gabard DL, Martin MW. Physical therapy ethics. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company; 2003. pp. 49–68 (chapter 3).
 - 4.** Jones JH. Bad blood: the Tuskegee syphilis experiment. New York: Simon & Shuster; 1993.
 - 5.** Informe Belmont, de 30 de Septiembre de 1978 (The National Commission for the Protection of Humans Subjects of Biomedical and Behavioral Research). Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Informe_Belmont
 - 6.** Delany C M, Edwards I, Jensen GM, Skinner E. Closing the Gap Between Ethics Knowledge and Practice Through Active Engagement: An Applied Model of Physical Therapy Ethics. *Phys Ther*. 2010; 90:1068-1078
 - 7.** Ishikawa H, Kiuchi T. Health literacy and health communication. *Biopsychosoc Med* 2010 Nov 5; 4:18.
 - 8.** Simón Lorda, P. Júdez Gutiérrez, J. Consentimiento Informado. *Med Clin* 2001; 117(3):99-106.
 - 9.** Collazo E. Consentimiento Informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. *Cir Esp* 2002; 71(6): 319-24.
 - 10.** Documento final del Grupo de Expertos en Información y Documentación Clínica. Anales del Sistema Sanitario de Navarra.1998; 21 (3).
 - 11.** Martínez F, Ibáñez JM, Fontanet M, et al. Derechos del usuario del hospital: conocimiento y percepción sobre su cumplimiento por parte de los profesionales. *Rev. Calidad Asistencial*. 2008; 23:72–82.

12. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE 29/04/1986). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>

13. Ley 41/2002, de 14 de noviembre (BOE 15-11-2002), Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

14. Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (página de internet). (consultado 11 de julio de 2011). Disponible en: <http://www.consejo-fisioterapia.org/>

15. Fernández Martínez, Silvia. Responsabilidad Profesional del Fisioterapeuta (Tesis Doctoral). Madrid: Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid; 2008.

16. Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Guilabert M. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. *Gac Sanit.* 2010; 24(3):247-250.

17. Mirallas-Martínez JA. Medicina Defensiva y Consentimiento Informado en Rehabilitación. *Rehabilitación.* 2003; 37(2):65-6.

18. Maderuelo-Fernández JA, Hernández-García I, González-Hierro M, Velázquez-San Francisco I. Necesidades de información de los usuarios de Atención Primaria desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Un estudio Delphi. *Gaceta Sanitaria* 2009 10; 23(5):365-372.

19. Msps.es (página de Internet). Ministerio de Sanidad y Consumo. Barómetro Sanitario. Información Anual (actualizado 11 julio de 2011, consultado 11 de julio de 2011). Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>

20. Guerrero-Zaplana J. Las reclamaciones por la defectuosa asistencia sanitaria. Edición 5ª. Editorial Lex Nova. Valladolid 2006. Pág. 218.

21. Rouanne M, Le Bret T. Patient information and professional responsibility: reversal of jurisprudence of the Court of cassation. *Prog Urol.* 2012 Jan;22(1):67-9.

-
- 22.** Amezcua M, Cintado JJ, Del Río S, Martos E, Pérez F, Terol J. La falta de conocimientos del usuario sobre su proceso: un problema frecuente en la asistencia ambulatoria especializada. *Biblioteca Lascasas*, 2007; 3(2).
- 23.** Slade SC, Molloy E, Keating JL. 'Listen to me, tell me': a qualitative study of partnership in care for people with non-specific chronic low back pain. *Clin Rehabil.* 2009 Mar; 23(3):270-80.
- 24.** Tippett S. Teach about proper use of physical therapy: patients need to know their role for best outcome. *Patient Educ Manag.* 2008; 15(10):114-115.
- 25.** Frost H, Lamb SE, Doll HA, Carver PT, Stewart-Brown S. Randomised controlled trial of physiotherapy compared with advice for low back pain. *BMJ* 2004 Sep 25;329(7468):708.
- 26.** Entwistle VA, Watt IS. Disseminating information about health care effectiveness: a survey of consumer health information services. *Quality in Health Care.* 1998; 7:124-129.
- 27.** Valiño C, Pedre M, Pita M C. ¿Llega la información a nuestros pacientes de la forma que deseamos? *Enferm Científ.* May-jun 2003. (4-8): 254-255.
- 28.** Smith HK, Manjaly JG, Yousri T, Upadhyay N, Taylor H, Nicol SG, Livingstone JA. Informed consent in trauma: Does written information improve patient recall of risks? A prospective randomised study. *Injury.* 2011 Jul 20.
- 29.** Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2.
- 30.** Barrio IM, Simón P, Melguizo M, Escalona I, Marijuán MI, Hernando P. Validación de la Escala INFLESZ para evaluar la legibilidad de los textos dirigidos a pacientes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.* 2008; 31 (2): 135-152.
- 31.** The Health and Social Care Information Centre (sede web). England. [Actualizada el 20 de marzo de 2012, acceso el 20 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.ic.nhs.uk/>

- 32.** Charnock D, Shepperd S, Needham G, Gann R. DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *J Epidemiol Community Health*. 1999 Feb; 53(2):105-111.
- 33.** Moulton, B, Franck, L, Brady, H. Ensuring quality information for patients: Development and preliminary validation of a new instrument to improve the quality of written health care information. *Health Expectations*. 2004; 7 (2):165-175.
- 34.** Luk A, Aslani P. Tools used to evaluate written medicine and health information: document and user perspectives. *Health Educ Behav*. 2011 Aug; 38(4):389-403.
- 35.** Coudeyre E, Givron P, Vanbiervliet W, Benaim C, Herisson C, Pelissier J, et al. The role of an information booklet or oral information about back pain in reducing disability and fear-avoidance beliefs among patients with subacute and chronic low back pain. A randomized controlled trial in a rehabilitation unit. *Ann Readapt Med Phys*. 2006 Nov; 49(8):600-608.
- 36.** Little P, Roberts L, Blowers H, Garwood J, Cantrell T, Langridge J, et al. Should we give detailed advice and information booklets to patients with back pain? A randomized controlled factorial trial of a self-management booklet and doctor advice to take exercise for back pain. *Spine* 2001 Oct 1; 26(19):2065-2072.
- 37.** Schneiders AG, Zusman M, Singer KP. Exercise therapy compliance in acute low back pain patients. *Man Ther*. 1998 Aug; 3(3):147-52.
- 38.** Kongsted A, Qerama E, Kasch H, Bach FW, Korsholm L, Jensen TS, Bendix T. Education of patients after whiplash injury: is oral advice any better than a pamphlet? *Spine*. 2008 Oct 15;33(22):E843-8.
- 39.** Windsor PM, Potter J, McAdam K, McCowan C. Evaluation of a fatigue initiative: information on exercise for patients receiving cancer treatment. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2009 Aug; 21(6):473-82.
- 40.** Hesse B, Nelson D, Kreps GL, Croyle R. Trust and Sources of Health Information: The Impact of the Internet and Its Implications for Health Care Providers: Findings From the First Health Information National Trends Survey. *Arch Intern Med*. 2005; 165:12-26.

-
- 41.** Fundación Orange (página de internet). Informe anual sobre el desarrollo de la SI en España 2011. 2012 (Consultado 20 de febrero de 2012). Disponible en: <http://plannermedia.posterous.com/informe-anual-sobre-el-desarrollo-de-la-si-en>
- 42.** Pfizer.es (página de internet). Ocho de cada diez internautas españoles acuden a la red para buscar información sobre salud. Sep-2010. (Consultado 11 de julio de 2011). Disponible en: https://www.pfizer.es/ocho_cada_diez_internautas_espanoles_acuden_red_buscar_informacion_salud.html
- 43.** Mira-Solves JJ, Llinás-Santacreu G, Lorenzo-Martínez S, Aibar-Remón C. Uso de Internet por médicos de primaria y hospitales y percepción de cómo influye en su relación con los pacientes. *Atención Primaria*. 2009. 41(6):308–314.
- 44.** Pellise F, Sell P. Patient information and education with modern media: the Spine Society of Europe Patient Line. *Eur Spine J*. 2009 Aug; 18 Suppl 3:395-401.
- 45.** Delany CM. Respecting patient autonomy and obtaining their informed consent: ethical theory-missing in action. *Physiotherapy* 2005; 91(4):197-203.
- 46.** Carpenter C, Richardson B. Ethics knowledge in physical therapy: a narrative review of the literature since 2000. *Phys Ther Rev*. 2008; 13:366–374.
- 47.** Kolber M, Lucado AM. Risk management strategies in physical therapy: Documentation to avoid malpractice. *Int J Health Care Qual Assur*. 2005; 18(2):123-130.
- 48.** American Physical Therapy Association. Guide for Professional Conduct, American Physical Therapy Association. 2004. Alexandria, VA.
- 49.** Osuna-Pérez MC, López-Ruiz MC, Díaz-Fernández A, Sánchez-Alcalá M. Consentimiento informado, Fisioterapia y sanidad pública. Un estudio descriptivo transversal multicéntrico. *Cuest fisioter*. 2010; 39(2):95-103.

- 50.** Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía (página de internet). Noticias. La importancia del consentimiento informado en fisioterapia. (actualizado 7 de mayo de 2010), (consultado 11 de noviembre de 2011). Disponible en:
http://www.colfisio.org/comunicacion_y_prensa/noticias/310_La_Importancia_del_Consentimiento_informado_en_Fisioterapia.html
- 51.** Carlesso L, Bartlett DJ, Padfield B, Chesworth BM. Cervical manipulation and informed consent: Canadian manipulative physiotherapists' opinions on communicating risk. *Physiother Can.* 2007; 59(2):86-98.
- 52.** Guerrero J. El consentimiento informado: su valoración en la jurisprudencia: Ley básica 41/2002 y las Leyes autonómicas (formularios, legislación y jurisprudencia). 1ªed. Valladolid: Lex Nova; 2004.
- 53.** Pastor F. Aspectos médico-legales del ejercicio de la Medicina General. Información y Consentimiento. *Semergen* 2005; 31(5):223-229.
- 54.** Fenety A, Harman A, Hoens A, Basset R. Informed consent practices of physiotherapists in the treatment of low back pain. *Manual Therapy.* 2009; 14 (6):654-660.
- 55.** Clifford R, Everett, MD, Dmitry Novoseletsky, MD, Sarah Cole, SPT, Jason Frank, SPT. Informed consent in interventional spine procedures. How much do patients understand? *Pain Physician.* 2005; 8:251-255.
- 56.** Delany CM. In private practice, informed consent is interpreted as providing explanations rather than offering choices: a qualitative study. *Aust J Physiother.* 2007;53(3):171-7.
- 57.** Sabate E. WHO Adherent Meeting Report. Geneva. World Health Organization. 2001.
- 58.** Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004. (Consultado 20 de febrero de 2012) Disponible en:
<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>
- 59.** Kolt GS, Brewer BW, Pizzari T, Schoo AMM, Garrett N. The Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale: a reliable scale for use in clinical physiotherapy. *Physiotherapy.* 2007; 93(1): 17-22.

-
- 60.** McLean SM, Burton M, Bradley L, Littlewood C. Interventions for enhancing adherence with physiotherapy: a systematic review. *Man Ther.* 2010 Dec; 15(6):514-521.
- 61.** Jack K, McLean SM, Moffett JK, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: a systematic review. *Man Ther.* 2010 Jun; 15(3):220-8.
- 62.** Ferro R, Vives MC. Un análisis de la adherencia al tratamiento en fisioterapia. *Fisioterapia* 2004; 26(6):333-339.
- 63.** Tijou I, Yardley L, Sedikides C, Bizo L. Understanding adherence to physiotherapy: Findings from an experimental simulation and an observational clinical study. *Psychology and Health.* 2010; 25(2):231-247.
- 64.** Grindley EJ, Zizzi SJ, Nasypany AM. Use of protection motivation theory, affect, and barriers to understand and predict adherence to outpatient rehabilitation. *Phys Ther.* 2008 Dec; 88(12):1529-1540.
- 65.** Rhodes RE, Fiala B. Building motivation and sustainability into the prescription and recommendations for physical activity and exercise therapy: the evidence. *Physiother Theory Pract.* 2009 Jul; 25(5-6):424-41.
- 66.** Frances S. The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. *NZ Journal of Physiotherapy.* 2003; 31(2):60-66.
- 67.** Lequerica AH, Kortte K. Therapeutic engagement: A proposed model of engagement in medical rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 2010; 89(5):415-422.
- 68.** Escolar-Reina P, Medina-Mirapeix F, Gascon-Canovas JJ, Montilla-Herrador J, Valera-Garrido JF, Collins SM. Self-management of chronic neck and low back pain and relevance of information provided during clinical encounters: an observational study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009 Oct; 90(10):1734-1739.
- 69.** Escolar-Reina P, Medina-Mirapeix F, Gascón-Cánovas JJ, Montilla-Herrador J, Jimeno-Serrano FJ, de Oliveira Sousa SL, del Baño-Aledo ME, Lomas-Vega R. How do care-provider and home exercise program characteristics affect patient adherence in chronic neck and back pain: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2010 Mar. 10;10:60.

- 70.** Chan D, Can F. Patients' adherence/compliance to physical therapy home exercises. *Fizyoterapi Rehabilitasyon* 2010; 21(3):132-139.
- 71.** Lequerica AH, Donnell CS, Tate DG. Patient engagement in rehabilitation therapy: Physical and occupational therapist impressions. *Disabil Rehabil* 2009; 31(9):753-760.
- 72.** Medina-Mirapeix F, Escolar-Reina P, Gascon-Canovas JJ, Montilla-Herrador J, Jimeno-Serrano FJ, Collins SM. Predictive factors of adherence to frequency and duration components in home exercise programs for neck and low back pain: an observational study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2009 Dec; 9;10:155.
- 73.** Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from inpatient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care* 2002; 14(5): 353-8.
- 74.** Barrio-Cantalejo IM, Simon-Lorda P, Sanchez Rodriguez C, Molina-Ruiz A, Tamayo-Velazquez MI, Suess A, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Picker Patient Experience Questionnaire-15 for use in the Spanish population. *Rev Calid Asist* 2009 Sep-Oct; 24(5):192-206.
- 75.** Simón-Lorda P, Barrio-Cantalejo IM, Sánchez MC, Tamayo MI, Molina-Ruiz A , Suess A, et al. Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. *An Sist Sanit Navar.* 2007; 30:191-8.
- 76.** Kriston L, Scholl I, Lars Hölzel L, Simon D, Loh A, Härter M. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling* 2010; 80: 94-99.
- 77.** Hennell SL, Brownsell C, Dawson JK. Development, validation and use of a patient knowledge questionnaire (PKQ) for patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2004 Apr; 43(4):467-471.
- 78.** García Delgado P, Gastelurrutia Garralda MA, Baena Parejo MI, Fisac Lozano F, Martínez Martínez F. Validation of a questionnaire to assess patient knowledge of their medicines. *Aten Primaria.* 2009 Dec; 41(12):661-8.

-
- 79.** Kennedy AT, Weiser KT, Crowell MD, Talley NJ, Lacy BE. Functional dyspepsia: Validation and results of a novel survey instrument to evaluate patient knowledge and perceptions. *J Clin Gastroenterol*. 2009 Nov-Dec; 43(10):933-40.
- 80.** Trebuchon F, Duracinsky M, Chassany O, Delaire C, Eydoux E, Longin J, Demoly P. Validation of a questionnaire for assessment of asthma patient knowledge and behaviour. *Allergy*. 2009 Jan; 64(1):62-71.
- 81.** Briggs AL, Jackson TR, Bruce S, Shapiro NL. The development and performance validation of a tool to assess patient anticoagulation knowledge. *Res Social Adm Pharm*. 2005 Mar; 1(1):40-59.
- 82.** Lainscak M, Keber I. Validation of self assessment patient knowledge questionnaire for heart failure patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005 Dec; 4(4):269-72.
- 83.** Hess GE, Davis WK. The validation of a diabetes patient knowledge test. *Diabetes Care*. 1983 Nov-Dec; 6(6):591-6.
- 84.** Roush SE, Sonstroem RJ. Development of the Physical Therapy Outpatient Satisfaction Survey (PTOPS). *Phys Ther*. 1999; 79:159-170.
- 85.** Goldstein MS, Elliott SD, Guccione AA. The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. *Phys Ther*. 2000 Sep; 80(9):853-863.
- 86.** Monnin D, Perneger TV. Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. *Phys Ther*. 2002 Jul; 82(7):682-691.
- 87.** Beattie PF, Pinto MB, Nelson MK, Nelson R. Patient satisfaction with outpatient physical therapy: instrument validation. *Phys Ther*. 2002 Jun; 82(6):557-565.
- 88.** Guimar M, Pascoalinho J, Souza I. Grado de satisfacción de los usuarios de los cuidados ofrecidos en Fisioterapia, según los estudios realizados en Portugal mediante el Cuestionario de atención al usuario: análisis de contenido. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol* 2007; 10(2):72-85.

- 89.** Hills R, Kitchen S. Satisfaction with outpatient physiotherapy: a survey comparing the views of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physiother Theory Pract.* 2007 Jan-Feb; 23(1):21-36.
- 90.** Navarro Collado MJ, Pérez de Lucía B, Trénor C, Ruiz Jareño L, Pérez Igualada A, Peiró S. Validación de un cuestionario para la medida de la satisfacción en rehabilitación. *Rehabilitación.* 1998; 32 (4):255-62.
- 91.** Palmer, RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; 17-20.
- 92.** Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev Calidad Asistencial.* 2000; 15:36-42.
- 93.** Donabedian A. The quality of medical care. *Science* 1978; 200: 856-64.
- 94.** Hills R, Kitchen S. Development of a model of patient satisfaction with physiotherapy. *Physiother. Theory Pract.* 2007 Sep-Oct; 23(5):255-271.
- 95.** Mira J.J.; Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica* 2000; 114(Supl 3):26-33.
- 96.** Day R. Toward a process model of consumer satisfaction. 1977 In: Hunt HK (ed), Conceptualization and measurement of consumer satisfaction and dissatisfaction. MA, Marketing Science Institute. Cambridge. 1977 pp. 153-187.
- 97.** Oliver R. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research.* 1980; 17: 460-469.
- 98.** Staniszewska S, Ahmed S. Patient expectations and satisfaction with health care. *Nursing Standard.* 1998; 12: 34-38.
- 99.** Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc. Sci. Med.* 1982; 16:577-585.
- 100.** Linder-Pelz S. Social Psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Soc. Sic. Med.* 1982; 16:586-589.

-
- 101.** Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*. 1998; 4:12-18.
- 102.** Hills R. Patient satisfaction with outpatient physiotherapy: An examination of the needs and expectations of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. PhD thesis. 2003. King's College, University of London.
- 103.** Losada M, Rodríguez A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuad.Adm.* [online]. 2007; 20 (34):237-258.
- 104.** Hills R, Kitchen S. Satisfaction with outpatient physiotherapy: focus groups to explore the views of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physiother.Theory Pract.* 2007 Jan-Feb; 23(1):1-20.
- 105.** Patient Satisfaction Instruments: A Compendium. Alexandria, Va: American Physical Therapy Association; 1995.
- 106.** Hudak PL, Wright JG. The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine (Phila Pa.1976)* 2000; 25(24):3167-3177.
- 107.** Oermann CM, Swank PR, Sockrider MM. Validation of an instrument measuring patient satisfaction with chest physiotherapy techniques in cystic fibrosis. *Chest*. 2000; 118(1):92-7.
- 108.** Keus SH, Bloem BR, Verbaan D, de Jonge PA, Hofman M, van Hilten BJ, Munneke M. Physiotherapy in Parkinson's disease: utilization and patient satisfaction. *Journal of Neurology*. 2004; 251(6):680-7.
- 109.** Ferris LE and the Health Services Research Group. A guide to direct measures of patient satisfaction in clinical practice. *Can Med Assoc J*. 1992; 146:1727-31.
- 110.** Pascoe GC, Attkisson CC. Comparison of indirect and direct approaches to measuring patient satisfaction. *Eval Program Plann* 1983; 6:359-71.
- 111.** Curry A, Sinclair E. Assessing the quality of physiotherapy services using Servqual. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2002; 15(4/5): 197-204.

- 112.** Casserley-Feeney SN, Phelan M, Duffy F, Roush S, Cairns MC, Hurley DA. Patient satisfaction with private physiotherapy for musculoskeletal pain. *BMC Musculoskelet.Disord.* 2008 Apr. 15;9:50.
- 113.** Beattie P, Turner C, Dowda M, Michener L, Nelson R. The MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction with Physical Therapy Care: a psychometric analysis. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2005 Jan; 35(1):24-32.
- 114.** Beattie PF, Nelson RM, Lis A. Spanish-language version of the MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction with Physical Therapy Care (MRPS): preliminary validation. *Phys Ther.* 2007 Jun; 87(6):793-800.
- 115.** Cuesta AI, Osuna MC, Prieto J, Pancorbo PL, Nelson RM, Barrera M. Psychometric properties of an instrument for measuring patient's satisfaction with physical therapy (Medrisk) in spanish population: cultural diversity. *Physiotherapy.* 2011; 97(S1):246-47.
- 116.** Costa L.O.P, Costa L.D, Nelson R.M., Maher C.G, Beattie P.F, de Bie R.A, Oliveira N.D, Oliveira W.D, Azevedo D.C. Cross-cultural adaptation and clinimetric testing of the Brazilian version of the MEDRISK instrument for measuring patient satisfaction with physiotherapy care. *Physiotherapy.* 2011, Jun 97, Supplement 1: eS241.
- 117.** Hush J, Yung V, Mackey M, Wand B, Adams R, Nelson R, Beattie P. What factors determine patient satisfaction with musculoskeletal physiotherapy care in Australia? *Physiotherapy.* 2011, Jun 97, Supplement 1: eS521-22.
- 118.** Lee H, Adams R, Beattie P, Nelson R, Han J.-T, Oh T.-Y, Lee D.-J. Factor structure with a Korean-language version of the patient satisfaction with physical therapy instrument. *Physiotherapy.* 2011, Jun 97, Supplement 1: eS674-75.
- 119.** M'kumbuzi V, Nelson R, Sagahutu J.-B. Developing an internationally valid and reliable tool for measuring patient satisfaction with outpatient physiotherapy services. *Physiotherapy.* 2011, Jun 97, Supplement 1: eS817-18.
- 120.** Beattie PF, Nelson R, Murphy DR. Development and preliminary validation of the MedRisk instrument to measure patient satisfaction with chiropractic care. *J Manipulative Physiol Ther.* 2011 Jan; 34(1):23-9.

-
- 121.** David H. Thom, Mark A. Hall, L. Gregory Pawlson. Measuring Patients' Trust In Physicians When Assessing Quality Of Care. *Health Affairs* 2004 July 2004; 23(4):124-132.
- 122.** Fishbain DA, Bruns D, Disorbio JM, Lewis JE. What patient attributes are associated with thoughts of suing a physician? *Arch Phys Med Rehabil* 2007; 88(5):589-596.
- 123.** Caterinicchio R.P. "Testing Plausible Path Models of Interpersonal Trust in Patient-Physician Treatment Relationships," *Social Science in Medicine* 13A, no. 1 (1979): 81-99.
- 124.** Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract.* 2009 Apr; 59(561):e116-33.
- 125.** McKinsty B, Ashcroft RE, Car J, Freeman GK, Sheikh A. Intervenciones para mejorar la confianza del paciente en el médico y en los grupos de médicos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- 126.** Thom DH, Campbell B. Patient-physician trust: An exploratory study. *Journal of Family Practice.* 1997; 44:169-76.
- 127.** Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *The Milbank Quarterly* 2001; 79(4):613-39.
- 128.** Laveist TA, Isaac LA, Williams KP. Mistrust of health care organizations is associated with underutilization of health services. *Health Serv Res* 2009; 44(6):2093-2105.
- 129.** Balkrishnan R, Dugan E, Camacho FT, Hall MA. Trust and satisfaction with physicians, insurers and the medical profession. *Med Care* 2003; 41:1058-64.
- 130.** Bordin Es. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 1979; 16:252-60.
- 131.** Horvath AO. The alliance. *Psychotherapy.* 2001; 38:365-372.

- 132.** Alexander, L, Luborsky, L. The Penn Helping Alliance Scales. En: L. S. Greenberg y W. M. Pincus (Eds.). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford. 1986. pp.325-366.
- 133.** Hartley D, Strupp, H (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. En: J. Masling (Ed.). *Empirical studies in analytic theories*. Hillsdale. Nueva Jersey: Erlbaum. 1983. pp.1-37.
- 134.** Gaston L, Ring JM. Preliminary results on the inventory of therapeutic strategies. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 1992; 1(2):135-146.
- 135.** Horvath A, Greenberg L. Development and validation of the working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *J Counsel Psychol*. 1989; 38:139-149.
- 136.** Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Phys Ther* 2010 Aug; 90(8):1099-1110.
- 137.** Schonberger M, Humle F, Teasdale TW. Subjective outcome of brain injury rehabilitation in relation to the therapeutic working alliance, client compliance and awareness. *Brain Inj*. 2006; 20:1271-1282.
- 138.** Higdon L. Patient Hostility, the Working Alliance, and Treatment Outcome in a Work Hardening Center. Chicago, IL: The Herman M. Finch University of Health Sciences, The Chicago Medical School; 1997:120.
- 139.** Mirsky J. Anger expression, Working Alliance, and Treatment Outcome following multidisciplinary chronic pain treatment. In: *Illinois Institute of Technology*. Chicago, IL: Illinois Institute of Technology; 2002:118.
- 140.** 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*. 2007; 26:684-692.

-
- 141.** Ferreira PH, Ferreira ML, Maher CG, et al. The therapeutic alliance between physiotherapists and patients predicts outcome in chronic low back pain. In: International Forum X Primary Care Research on Low Back Pain; June 13-17, 2009; Boston, Massachusetts. 2009:131.
- 142.** Corbella S, Botella L, Gómez A, Herrero O, Pacheco M. Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Anales de Psicología*. 2011 mar (27).
- 143.** Van der Schee E, Braun B, Calnan M, Schnee M, Groenewegen PP. Public trust in health care: a comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales. *Health Policy* 2007 Apr; 81(1):56-67.
- 144.** Bova C, Fennie KP, Watrous E, Dieckhaus K, Williams AB. The health care relationship (HCR) trust scale: development and psychometric evaluation. *Res Nurs Health*. 2006 Oct; 29(5):477-88.
- 145.** Egede, Leonard E. Development and testing of the Multidimensional Trust in Health Care Systems Scale. *J Gen Intern Med*. 2008 Jun; 23(6):808-15.
- 146.** Hall MA, Zheng B, Dugan E, Camacho F, Kidd KE, Mishra A, et al. Measuring patients' trust in their primary care providers. *Med Care Res Rev* 2002 Sep; 59(3):293-318.
- 147.** Radwin LE, Cabral HJ. Trust in Nurses Scale: construct validity and internal reliability evaluation. *J Adv Nurs*. 2010 Mar; 66(3):683-9.
- 148.** Thom, D H, Ribisl KM, Stewart AL, Luke DA. The Stanford Trust Study: Further Validation and Reliability Testing of the Trust in Physician Scale. *Medical Care* 1991; 37:510-7.
- 149.** Shea JA, Micco E, Dean LT, McMurphy S, Schwartz JS, Armstrong K. Development of a revised Health Care System Distrust scale. *J Gen Intern Med* 2008 Jun; 23(6):727-732.
- 150.** Anderson LA, Dedrick RF. Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychol Rep*. 1990 Dec; 67 (3 Pt 2):1091-1100.

- 151.** Leisen B, Hyman MR. An improved scale for assessing patients' trust in their physician. *Health Mark Q.* 2001; 19(1):23-42.
- 152.** Kao, A, Green DC, Zaslavsky AM, Koplan JP, Cleary PD. The Relationship Between Method of Physician Payment and Patient Trust. *Journal of the American Medical Association.* 1998; 280:1708-14.
- 153.** Rose A, Petters N, Shea JA, Armstrong K. Development and testing of the Health Care System Distrust Scale. *Journal of General Internal Medicine.* 2004; 19:57-63.
- 154.** Safran D, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DA, Lieberman N, Ware JE. The Primary Care Assessment Survey: Tests of data quality and measurement performance. *Medical Care.* 1998; 36:728-39.
- 155.** Thom DH, Wong ST, Guzman D, Wu A, Penko J, Miaskowski C, et al. Physician trust in the patient: development and validation of a new measure. *Ann Fam Med.* 2011 Mar-Apr; 9(2):148-154.
- 156.** Zheng B, Hall MA, Dugan E, Kidd KE, Levine D. Development of a scale to measure patients' trust in health insurers. *Health Serv Res* 2002 Feb; 37(1):187-202.
- 157.** Bachinger SM, Kolk AM, Smets EM. Patients' trust in their physician-psychometric properties of the Dutch version of the "Wake Forest Physician Trust Scale". *Patient Educ Couns.* 2009 Jul; 76(1):126-131.
- 158.** Hall MA, Camacho F, Dugan E, Balkrishnan R. Trust in the medical profession: conceptual and measurement issues. *Health Serv Res* 2002 Oct; 37(5):1419-1439.
- 159.** Hall MA. Researching medical trust in the United States. *J Health Organ Manag.* 2006; 20(5):456-467.
- 160.** Bova C, Route PS, Fennie K, Ettinger W, Manchester GW, Weinstein B. Measuring patient-provider trust in a primary care population: Refinement of the health care relationship trust scale. *Res Nurs Health.* 2012 Apr 17.
- 161.** Barlow JH, Stapley J, Ellard DR, Gilchrist M. Information and self-management needs of people living with bleeding disorders: a survey. *Haemophilia.* 2007 May; 13(3):264-70.

-
- 162.** Kennedy DM, Robarts S, Woodhouse L. Patients are satisfied with advanced practice physiotherapists in a role traditionally performed by orthopaedic surgeons. *Physiother Can.* 2010; 62(4):298-305.
- 163.** Banerjee A, Sanyal D. Dynamics of doctor-patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement. *J Family Community Med.* 2012 Jan; 19(1):12-9.
- 164.** Gulbrandsen P, Madsen HB, Benth JS, Laerum E. Health care providers communicate less well with patients with chronic low back pain, a study of encounters at a back pain clinic in Denmark. *Pain.* 2010 Sep;150(3):458-61.
- 165.** Jenkinson C, Coulter A, Gyll R, Lindstrom P, Avner L, Hoglund E. Measuring the experiences of health care for patients with musculoskeletal disorders (MSD): development of the Picker MSD questionnaire. *Scand J Caring Sci* 2002 Sep; 16(3):329-333.
- 166.** Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care.* 2002 Dec; 11(4):335-339.
- 167.** McKinnon AL. Client satisfaction with physical therapy services: Does age make a difference? *Phys Occup Ther Geriat.* 2001; 19:23-37.
- 168.** Normann B, Moe S, Salvesen R, Sørgaard KW. Patient satisfaction and perception of change following single physiotherapy consultations in a hospital's outpatient clinic for people with multiple sclerosis. *Physiother Theory Pract.* 2012Feb; 28(2):108-18.
- 169.** Matsuyama RK, Wilson-Genderson M, Kuhn L, Moghanaki D, Vachhani H, Paasche-Orlow M. Education level, not health literacy, associated with information needs for patients with cancer. *Patient Educ Couns.* 2011; 85(3):229-236.
- 170.** Khoshnevisan A, Yekaninejad MS, Pakpour AH, Mardani A. Misunderstanding prescription physician's oral instructions in patients with low back pain. *Acta Med Iran.* 2010 Nov Dec; 48(6):407-11.
- 171.** Bonsall K, Cheater FM. What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review. *Int J Nurs Stud.* 2008 Jul; 45(7):1090-102.

- 172.** Fiscella K, Goodwin MA, Stange KC. Does patient educational level affect office visits to family physicians? *J Natl Med Assoc.* 2002 Mar; 94(3):157-65.
- 173.** Stephens B, Gross DP. The influence of a continuum of care model on the rehabilitation of compensation claimants with soft tissue disorders. *Spine.*2007; 32:2898–2904.
- 174.** Knight PK, Cheng AN, Lee GM. Results of a survey of client satisfaction with outpatient physiotherapy care. *Physiother Theory Pract.* 2010 Jul; 26(5):297-307.
- 175.** Zaproudina N, Hanninen OO, Airaksinen O. Effectiveness of traditional bone setting in chronic neck pain: randomized clinical trial. *Manipulative Physiol Ther.* 2007; 30:432-437.
- 176.** Zaproudina N, Hietikko T, Hanninen OO, Airaksinen O. Effectiveness of traditional bone setting in treating chronic low back pain: a randomized pilot trial. *Complement Ther Med.* 2009; 17;23-28.
- 177.** French HP, Keogan F, Gilsenan C, Waldron L, O'Connell P. Measuring patient satisfaction with exercise therapy for knee osteoarthritis: evaluating the utility of the physiotherapy outpatient survey. *Musculoskeletal Care.* 2010 Jun; 8(2):61-7.
- 178** Desmeules F, Roy JS, Macdermid JC, Champagne F, Hinse O, Woodhouse LJ. Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord.* 2012; 21;13(1):107.
- 179.** Goldstein MS, Morgenstern H, Hurwitz EL, Yu F. The impact of treatment confidence on pain and related disability among patients with low-back pain: Results from the University of California, Los Angeles, low-back pain study. *Spine Journal.* 2002; 2 (6):391-399.
- 180.** Ambady N, Koo J, Rosenthal R, Winograd CH. Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients health outcomes. *Psychol Aging.* 2002; 17:443-452.
- 181.** Lee YY, Lin JL. The effects of trust in physician on self-efficacy, adherence and diabetes outcomes. *Soc Sei Med.* 2009; 68:1060-1068.
- 182.** Casserley-Feeney SN, Bury G, Daly L, Hurley DA. Physiotherapy for low back pain: differences between public and private healthcare sectors in Ireland. A retrospective survey. *Man Ther.* 2008 Oct; 13(5):441-9.

-
- 183.** Seibert JH, Brien JS, Maaske BL, et al. Assessing patient satisfaction across the continuum of ambulatory care: a revalidation and validation of care-specific surveys. *J Ambul Care Manage.* 1999; 22:9–26.
- 184.** Casserley-Feeney SN, Daly L, Hurley DA. The access randomized clinical trial of public versus private physiotherapy for low back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2012; 15;37(2):85-96.
- 185.** Bath B, Janzen B. Patient and referring health care provider satisfaction with a physiotherapy spinal triage assessment service. *J Multidiscip Health.* 2012; 5:1-15.
- 186.** Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy.* 2012 Jun;98(2):131-7.
- 187.** Ommen O, Wirtz M, Janssen C, Neumann M, Ernstmann N, Pfaff H. Validation of a theory-based instrument measuring patient-reported psychosocial care by physicians using a multiple indicators and multiple causes model. *Patient Educ Couns.* 2010; 80(1):100-106.
- 188.** Horne R, Hankins M, Jenkins R. The Satisfaction with Information about Medicines Scale (SIMS): a new measurement tool for audit and research. *Qual Health Care.* 2001 Sep; 10(3):135-140.
- 189.** Harrington J, Noble LM, Newman SP. Improving patients' communication with doctors: A systematic review of intervention studies. *Patient Educ Couns* 2004; 52(1):7-16.
- 190.** Dierssen-Sotos T, Rodríguez-Cundín P, Robles-García M, Brugos-Llamazares V, Gómez-Acebo I, Llorca J. Factores que determinan la alta satisfacción del usuario con la asistencia hospitalaria. *Anales Sis San Navarra.* 2009; 32 (3): 317-325.
- 191** Reeve S, May S. Exploration of patients' perspectives of quality within an extended scope physiotherapists' spinal screening service. *Physiother Theory Pract* 2009 Nov; 25(8):533-543.
- 192.** Haskard Zolnieriek KB, DiMatteo MR, Mondala MM, Zhang Z, Martin LR, Messiha AH. Development and validation of the Physician-Patient Humor Rating Scale. *J Health Psychol.* 2009 Nov; 14(8):1163-1173.

- 193.** Schoeb V, Burge E. Perceptions of Patients and Physiotherapists on Patient Participation: A Narrative Synthesis of Qualitative Studies. *Physiother Res Int*. 2012 Jun; 17(2):80-91.
- 194.** Parry RH, Brown K. Teaching and learning communication skills in physiotherapy: what is done and how should it be done? *Physiotherapy*. 2009 Dec; 95(4):294-301.
- 195.** Parry R. Practitioners' accounts for treatment actions and recommendations in physiotherapy: when do they occur, how are they structured, what do they do? *Sociol Health Illn*. 2009; 31(6):835-53.
- 196.** Barkin S, Balkrishnan R, Janeen M, Hall, MA. Effect of Language Immersion on Communication with Latino patients. *North Carolina Medical Journal*. 2003; 64(6):258-262.
- 197.** Oien AM, Steihaug S, Iversen S, Raheim M. Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2011; 25(1):53-61.
- 198.** Laerum E, Indahl A, Skouen JS. What is "the good back-consultation"? A combined qualitative and quantitative study of chronic low back pain patients' interaction with and perceptions of consultations with specialists. *J Rehabil Med* 2006 Jul; 38(4):255-262.
- 199.** Ruiz-Moral R, Perez-Rodriguez E, Perula-Torres L, Torre J. Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Educ Couns* 2006 Dec; 64(1-3):242-248.
- 200.** Ruiz-Moral R, Prados-Castillejo J, Alba-Jurado M, Bellón-Saameño J, Pérula-Torres L. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. *Aten Primaria* 2001; 27:469-77.
- 201.** Haywood C, Lanzkron S, Ratanawongsa N, Bediako SM, Lattimer L, Powe NR, et al. The association of provider communication with trust among adults with sickle cell disease. *J Gen Intern Med*. 2010 Jun; 25(6):543-548.
- 202.** Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. B.O.J.A. número. 74, de 4 de julio del 1998. Pág 8305. B.O.E. núm. 185, de 4 de agosto del 1998. Pág. 26395.
- 203.** Ley 5/2003, de 9 octubre, de declaración de voluntad vital anticipada de Andalucía BOE número 279, del 31 de octubre del 2003. Pág. 41231. BO Junta de Andalucía, número 210, 31 de octubre 2003. Pág. 22728.

204. Ley 6/2002, de 15 abril, de Salud de Aragón. BOE número 121, de 21 de mayo de 2002. Pág. 18061. BO. Aragón, número 46, de 19 de Abril 2002. Pág. 3741.

205. Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias. BOPA, número 162, de 13 de julio del 1992. BOE núm.211 ,2 de septiembre del 1992. Pág. 30272

206 Ley 5/2003, de 4 abril, de Salud de las Islas Baleares. BOE número 110, del 22 de abril del 2003. Páginas 17438–17455. BO. Islas Baleares número 55, de 8 de mayo del 2003 Página 25.

207. Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. BOC número 96, de 5 de agosto de 1994. Página 1241.

208. Ley 7/2002, de 10 diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria. BOE número 6, de 7 de enero 2003. Páginas 551–577. BO. Cantabria, número 242, de 18 diciembre 2002. Página 10973.

209. Ley 8/2003, de 8 abril, sobre derechos y deberes de la personas en relación con la salud de Castilla y León. BOE número 103, de 8 de abril de 2003. Págs. 16650–16659. BO de Castilla y León número 71, de 14 de abril de 2003. Pág. 6.

210. Ley 21/2000, de 29 diciembre, de Autonomía del Paciente y Derechos de Información y Documentación Clínica de Cataluña. BOE número 29, de 2 de febrero 2001. Págs. 4121–4125. DO. de la Generalidad de Cataluña número 3303, de 11 de enero de 2001.

211. Ley 3/2005, de 8 julio, de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente de Extremadura. BOE número 186, de 5 de agosto de 2005. Págs. 27513–27524. DO. de Extremadura número 82, 16 de Julio 2005.

212. Ley 3/2005, de 7 marzo que modifica la Ley 3/2001, de 28 de marzo 2001, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes de Galicia. BOE número 93, de 19 de abril de 2005. Págs. 13364–13368. DO de Galicia número 55, de 21 marzo de 2005.

213. Ley 3/2001, de 28 mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes de Galicia. BOE número 158, de 3 de Julio de 2001. Págs. 23537–23541. DO. de Galicia número 111, de 8 de junio de 2001.

214. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Madrid. BOE número 55, de 5 de marzo de 2002. Págs. 8846–8881. BOCM 26 de diciembre de 2001, corrección de errores BOCM 21 de enero y 22 de marzo de 2002.

215. Ley Foral 11/2002, de 6 mayo, de Derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica de Navarra. BOE número 129, de 30 de mayo de 2002. Págs. 19249-19253.

216. Ley 1/2003, de 28 enero, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana. BOE número 48, de 25 de febrero 2003. Págs. 7587 – 7595. DO. Generalidad Valenciana número 4430, de 31 de enero de 2003.

217. Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha. BOE número 50, de 27 de febrero de 2001. Pág. 7299.

218. Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. BOE número 243, de 11 de octubre de 1994. Pág. 31658.

219. Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euskadi. BOPV número 138, de 21 de julio de 1997. Pág.12538.

220. Ley 2/2002, de 17 de abril de Salud de La Rioja. BOE número 106, de 3 de mayo de 2002. Pág. 16216.

221. Colegio Oficial de Fisioterapeutas de las Islas Baleares (página de internet). Código Deontológico. (consultado 11 de enero de 2012). Disponible en:

<http://www.colfisiobalear.org/servicios-codigo.php>

222. Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco (página de internet). Código Deontológico. (consultado 11 de enero de 2012). Disponible en:

<http://www.cofpv.org/fisioterapeutas-institucional.html>

223. Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Cantabria (página de internet). Código Deontológico. (consultado 11 de enero de 2012). Disponible en:

<http://www.colfisiocant.org/>

-
- 224.** Colegio Profesional de Fisioterapeutas del Principado de Asturias (página de internet). Código Deontológico. (consultado 11 de enero de 2012). Disponible en:
<http://www.cofispa.org/>
- 225.** Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla la Mancha (página de internet). Código Deontológico. (consultado 11 de enero de 2012). Disponible en:
http://www.colegionfisio-clm.org/codigo_deontologico.php
- 226.** Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Extremadura (página de internet). Código Deontológico. (consultado 11 de enero de 2012). Disponible en:
http://www.cofext.org/codigo_deontologico.htm
- 227.** Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Madrid (página de internet). Código Deontológico. (consultado 11 de enero de 2012). Disponible en:
https://www.cfisiomad.org/Pages/fines_funciones.aspx
- 228.** Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Canarias (página de internet). Código Deontológico. (consultado 11 de enero de 2012). Disponible en:
http://www.fisiocanarias.org/info_institucional.php
- 229** Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia (página de internet). Código Deontológico. (consultado 11 de enero de 2012). Disponible en:
http://www.cofiga.org/el_colegio/codigo_deontologico
- 230.** Colegio de Fisioterapeutas de Cataluña (página de internet). Código Deontológico. (consultado 11 de enero de 2012). Disponible en:
<http://www.fisioterapeutes.org/codideontologic/>
- 231.** Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía (página de internet). Código Deontológico. (consultado 11 de enero de 2012). Disponible en:
http://www.colfisio.org/php/codigo_deontologico.php
- 232.** Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (página de internet). Código Deontológico. (consultado 11 de enero de 2012). Disponible en:
<http://www.colfisiocv.com/index.php/colegio/codigodeontologico>
- 233.** Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Región de Murcia (página de internet). Código Deontológico. (consultado 11 de enero de 2012). Disponible en:
<http://www.cfisiomurcia.com/>

234. Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Aragón (página de internet). Código Deontológico. (consultado 11 de enero de 2012). Disponible en:

http://www.colfisioaragon.org/01_infoinstitucional.php

235. Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León (página de internet). Código Deontológico. (consultado 11 de enero de 2012). Disponible en:

<http://www.cpficyl.com/codigodeontologico.htm>

236. Colegio Oficial de Fisioterapeutas de La Rioja (página de internet). Código Deontológico. (consultado 11 de enero de 2012). Disponible en:

<http://www.coflarioja.org/el-colegio/estatutos/>

237. Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Navarra (página de internet). Código Deontológico. (consultado 11 de enero de 2012). Disponible en:

<http://www.cofn.net/codigo-deontologico>

238. Fernández Huerta J. Medidas sencillas de lecturabilidad. *Consigna* 1959; (214):29-32.

239. Mary R. Lynn. Determination and quantification of Content Validity. *Nursing Research*. 1986; 35(6):382-86.

240. Varo Jaime. Control y Mejora de la Calidad. En: Varo Jaime. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Ediciones Díaz Santos, Madrid, 1993. pág.251.

241. Pineault R, Daveluy C. La Planificación Sanitaria. Conceptos, Métodos, Estrategias. Barcelona: Masson, 1987.

242. Costello Anna, Osborne Jason. Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 2005; 10 (7):1-9.

243. Nunnally JC, Bernstein IJ. *Validez*. McGraw Hill, 1995, pág:92-127.

244. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modelling. A Multidisciplinary Journal*. 1999; 6:1-55.

- 245.** Evans, D, Edejer T, et al. Measuring quality: from the system to the provider. *International Journal Quality Health Care*. 2001; 13(6):439-46.
- 246.** De Vellis RF. Reliability. In De Vellis RF (Ed.) Scale development. Theory and applications. New York. SAGE Publications,1991; pág:24-42.
- 247.** Beattie PF, Nelson RM, Heintzelman M. The relationship between patient satisfaction with physical therapy care and global rating of change reported by patients receiving worker's compensation. *Physiother Theory Pract*. 2011 May; 27(4):310-8.
- 248.** Servicio Andaluz de Salud. Información Básica 2010[en línea]. Sevilla, 2011 (consultado 16 de marzo de 2011). Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listado.asp?mater=7>
- 249.** Mesa-Ruiz AM, López-Liria R, Garrido-Fernández P, Rocamora-Pérez P, Fernández-Sánchez M, Pérez S. Presión asistencial y demora en las salas de fisioterapia de atención primaria en Andalucía. *Fisioterapia*. 2010; 32(3):103-110.
- 250.** Nivel de estudios de la población adulta. Sistema andaluz de indicadores de la educación. Edición 2011. Consejería de educación. Junta de Andalucía. (Consultado 2 de marzo de 2012). Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/educacion/>
- 251.** Meseguer-Henarejos AB, Medina-Mirapeix F, Escolar-Reina P, Montilla-Herrador J, Hernández-Cascales N, Hidalgo-García MC. Calidad percibida en la fisioterapia de atención primaria: situación y oportunidades de mejora en la atención a la cervicalgia. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol* 2008;11(2):68-80
- 252.** Mesa-Ruiz AM, Martínez-Sánchez MI, Romero-Pérez MC, Barroso-García P. Actuación del fisioterapeuta en atención primaria en relación con los procesos asistenciales integrados. *Cuest fisioter*. 2007, 34 (2):31-42.
- 253.** García Díaz MF, Medina Sánchez M. Evolución y características de los pacientes con hombro doloroso en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 35:192-8.
- 254.** Mesa-Ruiz AM, Martínez-Sánchez MI, Reche-Galera V, Barroso-García P, Rocamora-Pérez P, Peinado-Nievas MJ. Evaluación de la actividad fisioterapéutica ante la implantación de las pautas de actuación conjunta de los equipos básicos de atención primaria y los dispositivos de apoyo a la rehabilitación. *Cuest fisioter*. 2009, 39(1):36-46.

- 255.** Alcalá-Santiago F, Catalán-Matamoros DJ, Gámiz-Gordo R, Martín-Sánchez MC. Satisfacción del usuario de Fisioterapia en Atención Primaria. *Cuest fisioter.* 2006, 33 (3):71-8.
- 256.** Lucha-López MO, Tricás-Moreno JM, Jiménez-Lasanta AI, García-Rivas B, Domínguez-Oliván P, Herranz-Bercedo F. Fisioterapia y futuro. Cómo lo ven los profesionales? *Cuest fisioter.* 1998; 9:1-12.
- 257.** Layzell M. Back pain management: a patient satisfaction study of services. *Br J Nurs.*2001; 10:800-807.
- 258.** Mortimer CM, MacDonald RJ, Martin DJ, McMillan IR, Ravey J, Steedman WM. A focus group study of health professionals' views on phantom sensation, phantom pain and the need for patient information. *Patient Educ Couns.* 2004 Aug; 54(2):221-6.
- 259.** Suhonen R, Nenonen H, Laukka A, Välimäki M. Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. *J Clin Nurs.* 2005;14(10):1167-76.
- 260.** Butler RJ, Johnson WG. Satisfaction with low back pain care. *Spine J.* 2008; 8:510-521.
- 261.** Machado NP, Nogueira LT. Evaluation of Physical Therapy Service user satisfaction. *Rev Bras Fisioter.* 2008; 12(5):401-408.
- 262.** MacDonald CA, Cox PD, Bartlett DJ. Productivity and client satisfaction: a comparison between physical therapists and student-therapist pairs. *Physiother Can.* 2002; 54:92-101.
- 263.** Yung V, Mackey M, Wand B, Adams R, Nelson R, Beattie P. Patient Satisfaction with musculoskeletal physiotherapy care in Australia is high. *Physiotherapy.* 2011 Jun; 97, Supplement 1: 1376-7.
- 264.** Escuela Andaluza de Salud Pública. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (página de internet). Edición 2012. (Consultado 19 de marzo de 2012) Disponible en: www.calidadsaludandalucia.es
- 265.** Cai C, Pua YH, Lim KC. Correlates of self-reported disability in patients with low back pain: the role of fear-avoidance beliefs. *Ann Acad Med Singapore.* 2007 Dec; 36(12):1013-20.

-
- 266.** McIntosh A, Shaw CF. Barriers to patient information provision in primary care: patients' and general practitioners' experiences and expectations of information for low back pain. *Health Expect.* 2003 Mar;6(1):19-29
- 267.** Moschny A, Platen P, Trampisch U, Endres H, Hinrichs T. Back pain, pain therapy and satisfaction with therapy, analyses in a cohort of elderly primary health care patients. *Gesundheitswesen.* 2011 May; 73(5):e89-96
- 268.** Bertakis KD, Azari R. Determinants and outcomes of patient-centered care. *Patient Educ Couns.* 2011 Oct; 85(1):46-52.
- 269.** Kelly-Irving M, Delpierre C, Schieber AC, Lepage B, Rolland C, Afrité A, Pascal J, Cases C, Lombrail P, Lang T. Do general practitioners overestimate the health of their patients with lower education? *Soc Sci Med.* 2011 Nov;73(9):1416-21
- 270.** Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Phys Ther* 2011;91(1):25-36.

ANEXOS

7.-ANEXOS

ANEXO 1. DERECHO A LA INFORMACIÓN TERAPÉUTICA. LEYES AUTONÓMICAS Y CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS

Identificación de los derechos de Información de los usuarios en las distintas leyes autonómicas.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

-Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía²⁰²

Artículo 6. Derecho de los usuarios, entre otros "A que se les dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

-Ley 5/2003, de 9 octubre, de declaración de voluntad vital anticipada de Andalucía²⁰³: Derecho de los usuarios, entre otros, a recibir "La información sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva"

"La recepción en términos comprensibles (el paciente y sus familiares o allegados) de información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento"

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

-Ley 6/2002, de 15 abril, de Salud de Aragón²⁰⁴

Derecho de los usuarios, entre otros, "A recibir información sobre el proceso asistencial, a la confidencialidad de los datos referentes a su salud y al acceso a la historia clínica

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ASTURIAS

-Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias²⁰⁵

Artículo 49. Derecho de los usuarios, entre otros "A que se les dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

COMUNIDAD AUTÓNOMA BALEAR

-Ley 5/2003, de 4 abril, de Salud de las Islas Baleares²⁰⁶

Derecho de los usuarios, entre otros; "Asimismo, todos tienen derecho a recibir información sanitaria en la forma más idónea para su comprensión y en una de las lenguas oficiales de la comunidad autónoma, y asegurarse de que aquella sea inteligible por los pacientes."

Artículo 11. Derecho a la Información Asistencial. "El paciente tiene derecho a que se le facilite en términos comprensibles información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluidos el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento." Los profesionales asistenciales que le atienden y le aplican una técnica o un procedimiento concreto también han de asumir la responsabilidad en el proceso de información al paciente"...

Artículo 12. Consentimiento Informado. Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado el consentimiento específico y libre y haya sido previamente informada.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

-Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias²⁰⁷

Artículo 6.- Derechos de los ciudadanos. "A que se le dé, en términos comprensibles a él y, en su caso, a sus familiares, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento."

"A la libre elección entre las opciones que le presente el médico, siendo preciso el consentimiento previo por escrito del paciente para la realización de cualquier intervención"

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

-Ley 7/2002, de 10 diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria²⁰⁸

Artículo 26. Derechos relacionados con la información general sobre los servicios sanitarios.

La autoridad sanitaria velará por el derecho de los ciudadanos a recibir, por cualquier medio de comunicación, información sanitaria clara, veraz, relevante, fiable, equilibrada, actualizada y de calidad, que posibilite el ejercicio autónomo y responsable de la facultad de elección y la participación activa del ciudadano en el mantenimiento o recuperación de su salud.

En los centros sanitarios, los usuarios tendrán derecho a recibir información sobre:

La identidad de los profesionales bajo cuya responsabilidad se presta la atención sanitaria..."

Artículo 30. Derecho al consentimiento informado.

El consentimiento previo e inequívoco del usuario mayor de edad constituye un requisito indispensable para la realización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico. ...deberá estar precedido de la información precisa, clara y completa por parte del equipo responsable del mismo.

Artículo 39. "El paciente tiene derecho a ser informado de los resultados de las pruebas diagnósticas y terapéuticas"

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

-Ley 8/2003, de 8 abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud de Castilla y León.²⁰⁹

"La información, con el fin de ayudar a cada persona a tomar decisiones sobre su propia salud, será veraz, razonable y suficiente, estará referida al diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, y comprenderá la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias de cada intervención."

"Todos los centros, servicios y establecimientos tendrán en cuenta que una adecuada información constituye una parte fundamental de toda actuación asistencial."

"Como regla general la información se proporcionará verbalmente, dejando constancia en la historia clínica, siendo obligado entregarla en forma escrita en los supuestos exigidos por la normativa aplicable. La información se facilitará en términos comprensibles, adecuados a las necesidades de cada persona y con antelación suficiente para que ésta pueda reflexionar y elegir libremente."

Artículo 33. Consentimiento informado. "Con el fin de acreditar el respeto a las decisiones sobre su propia salud de sus usuarios, todos los centros, servicios o establecimientos sometidos a la presente Ley deberán recabar el consentimiento por escrito del paciente, o de quien deba sustituir su decisión, antes de realizar intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, procedimientos sanitarios que supongan riesgos e inconvenientes notorios y previsibles, susceptibles de repercutir en la salud del paciente o del feto, si fuera el caso de una mujer embarazada".

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA

-Ley 21/2000, de 29 diciembre, de Autonomía del Paciente y Derechos de Información y Documentación Clínica de Cataluña²¹⁰.

“Artículo 2. Formulación y alcance del derecho a la información asistencial.”

“En cualquier intervención asistencial, los pacientes tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre la propia salud. No obstante, es necesario respetar la voluntad de una persona de no ser informada.”

“Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información.

También deben asumir responsabilidad en el proceso de información los profesionales asistenciales que le atienden o le aplican una técnica o un procedimiento concreto.”

Artículo 6. El consentimiento informado.

“Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre y haya sido previamente informada del mismo, de acuerdo con lo establecido por el artículo 2.

El documento de consentimiento debe ser específico para cada supuesto.”

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

-Ley 3/2005, de 8 julio, de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente de Extremadura²¹¹.

Artículo 4. Derecho a la información asistencial “La información deberá hacer referencia a todas las actuaciones asistenciales, constituyendo parte fundamental de las mismas, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas y abarcará como mínimo la finalidad y la naturaleza de la actuación, así como sus riesgos y consecuencias.

Asimismo, la información facilitada al paciente deberá contemplar el nombre, titulación y la especialidad de los profesionales sanitarios que le atienden, así como la categoría y función de éstos, si así estuvieran definidas en su centro o institución.”

Artículo 23. Definición de consentimiento informado. La prestación del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del médico responsable. El consentimiento deberá recabarse por el médico responsable de la asistencia al paciente o por el que practique la intervención o aplique el procedimiento al paciente.

“...cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención, más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.”

COMUNIDAD AUTÓNOMA GALLEGA

-Ley 3/2005, de 7 marzo que modifica la Ley 3/2001, de 28 de marzo 2001, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes de Galicia²¹².

-Ley 3/2001, de 28 mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes de Galicia²¹³.

Artículo 3. “El paciente tiene derecho a decidir libremente, tras recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.”

“A los efectos de la presente Ley, se entiende por consentimiento informado la conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito, previa obtención de la información adecuada, para la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico que afecte a su persona y que comporte riesgos importantes, notorios o considerables.”

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

-Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Madrid²¹⁴.

Artículo 27. Derechos de los ciudadanos en relación con el sistema sanitario.

"El ciudadano tiene derecho a ser verazmente informado, en términos comprensibles en relación con su propia salud, para poder tomar una decisión realmente autónoma"

COMUNIDAD AUTÓNOMA NAVARRA

-Ley Foral 11/2002, de 6 mayo, de Derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica de Navarra²¹⁵.

Artículo 2. Formulación y alcance del derecho a la información asistencial.

"La información debe formar parte de todas las actuaciones asistenciales, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas. Será verídica y debe darse de manera comprensible y adecuada a las necesidades y los requerimientos del paciente, para ayudarlo a tomar decisiones de una manera autónoma. Corresponde al Médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información. También deben asumir responsabilidad en el proceso de información los profesionales asistenciales que le atienden o le aplican una técnica o un procedimiento concreto."

Artículo 7. El consentimiento informado.

"Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre, tras haber sido previamente informada"

COMUNIDAD AUTÓNOMA VALENCIANA

-Ley 1/2003, de 28 enero, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana²¹⁶.

Artículo 6. Información asistencial. La información debe formar parte de todas las actuaciones asistenciales. La información será veraz, fácilmente comprensible y adecuada a las necesidades y los requerimientos del paciente..."

Artículo 8. El consentimiento informado. "El consentimiento debe ser específico para cada intervención diagnóstica o terapéutica que conlleve riesgo relevante para la salud del paciente"

Artículo 12. Responsabilidad de la información previa al consentimiento.

"La obligación de informar incumbe al médico responsable de la atención del paciente, sin perjuicio de aquella que corresponda a los demás profesionales dentro del ámbito de su intervención".

COMUNIDAD CASTILLA LA MANCHA

-Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha²¹⁷.

Artículo 4. Derechos de los ciudadanos. "A recibir en términos comprensibles información adecuada, continuada, verbal y escrita sobre su proceso..."

"A la libre elección entre las opciones que le presente la persona con responsabilidad sanitaria de su caso, siendo preciso el previo consentimiento informado"

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA

-Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia²¹⁸.

Artículo 3. Derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud.

“Los usuarios de los servicios de salud tendrán los derechos y deberes reconocidos en la Constitución Española en los artículos 10 y 11 de la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad y en el resto del ordenamiento jurídico”.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euskadi²¹⁹.

Artículo 10. Derechos y deberes de carácter instrumental y complementario: “Obligación de dejar constancia escrita de todo proceso diagnóstico o terapéutico, y de recabar el consentimiento correspondiente, previas las condiciones necesarias de información”.

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

Ley 2/2002, de 17 de abril de Salud de La Rioja²²⁰.

Artículo 11. Derechos relacionados con la información asistencial “El paciente tiene el derecho a conocer toda la información obtenida respecto a su salud y a disponer, en términos comprensibles para él, información veraz y adecuada referente a su salud y al proceso asistencial, incluyendo el diagnóstico, la relación riesgo/beneficio, las consecuencias del tratamiento y las del no tratamiento, las alternativas al tratamiento planteado y siempre que sea posible, el pronóstico”

Artículo 13. Derechos relacionados con la información general sobre los servicios sanitarios. “Conocer e identificar de forma clara y visible a los profesionales que le prestan la atención sanitaria”

Únicamente, Ceuta y Melilla, no han desarrollado ninguna norma previa ni posterior a la Ley 41/2002, de forma que su regulación, resulta de aplicar la citada norma Estatal.

Identificación de los derechos de Información de los usuarios en los Códigos Deontológicos de los Colegios Oficiales de Fisioterapeutas.

Colegio Oficial de Fisioterapeutas de las Islas Baleares²²¹.

Artículo 15.- “Los usuarios tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico fisioterápico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad; y el fisioterapeuta tiene el deber de facilitársela con las palabras más adecuadas. ”

Artículo 16.- "El fisioterapeuta ha de respetar el derecho del usuario de decidir respecto de su cuerpo y, por tanto, su intervención ha de estar libremente autorizada y consentida por el usuario."

Artículo 64.- "En el ejercicio libre de la profesión, el fisioterapeuta informará con carácter previo al cliente, sobre la cuantía de los honorarios por sus actos profesionales."

Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco²²².

Artículo 11.- "Los usuarios y pacientes tienen derecho a recibir información sobre el pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad, y el Fisioterapeuta debe esforzarse en facilitársela."

Artículo 14.- "El/la Fisioterapeuta ha de respetar la voluntad expresa del usuario y, por tanto, procurará que su intervención haya estado libremente autorizada y consentida por el paciente."

Artículo 59.- "En el ejercicio libre de la profesión, el/la Fisioterapeuta informará previamente el cliente sobre la cuantía de los honorarios por sus actos profesionales."

Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Cantabria²²³.

Artículo 8.- Información.

"El fisioterapeuta informará en términos comprensibles al usuario o paciente, en todo momento, acerca del tratamiento aplicado, sus riesgos, y la duración estimada del mismo.

Asimismo informará acerca de sus honorarios, cuando así sea requerido, con anterioridad al inicio de su actuación."

Artículo 19.- "El fisioterapeuta ha de respetar el derecho del paciente a su propio cuerpo, y por tanto, se asegurará que su intervención haya sido libremente consentida y autorizada por el mismo o, en su defecto, por sus parientes más próximos con capacidad de decisión.

A tal efecto, se facilitará, de forma comprensible, información al interlocutor acerca de la naturaleza y alcance del tratamiento, y el desarrollo de sus efectos, ofreciéndole toda la información adicional que solicite, incluso por escrito si así lo solicitare."

Colegio Profesional de Fisioterapeutas del Principado de Asturias²²⁴.

10.-"El/la Fisioterapeuta ha de respetar la voluntad expresa del usuario y, por tanto, procurará que su intervención haya estado libremente autorizada y consentida por el paciente."

11.- "Con el fin de hacer posible la decisión del usuario, el profesional de la fisioterapia debe facilitarle, de forma suficientemente comprensible, la naturaleza y el alcance del tratamiento y el desarrollo de sus efectos, ofreciéndole la información adicional que solicite."

Colegio Profesional de Fisioterapeuta de Castilla la Mancha²²⁵.

Artículo 17.- "Los usuarios y pacientes tienen derecho a recibir información sobre la fisioterapia, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad, y el Fisioterapeuta debe facilitarse con las palabras más adecuadas."

Artículo 19.- "El Fisioterapeuta ha de respetar el derecho del usuario de decidir respecto de su cuerpo y, por tanto, su intervención ha de estar libremente autorizada y consentida por el usuario."

Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Extremadura²²⁶.

Artículo 7.- Información. "El fisioterapeuta informará en términos comprensibles al usuario en todo momento acerca del tratamiento aplicado, sus riesgos y la duración estimada del mismo.

Asimismo informará acerca de sus honorarios, cuando así sea requerido, con anterioridad al inicio de su actuación."

Artículo 19.- "El fisioterapeuta ha de respetar el derecho del paciente a su propio cuerpo y, por tanto, se asegurará de que su intervención haya sido libremente consentida y autorizada por el mismo o, en su defecto, por sus parientes más próximos con capacidad de decisión.

A tal fin, se facilitará, de forma comprensible, información al interlocutor acerca de la naturaleza y alcance del tratamiento y el desarrollo de sus efectos, ofreciéndole toda la información adicional que solicite, incluso por escrito si así lo solicitare."

Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Madrid²²⁷.

Artículo 13.- "Los usuarios tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico fisioterápico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad; y el fisioterapeuta tiene el deber de facilitársela con las palabras más adecuadas."

Artículo 14.- "El/la fisioterapeuta ha de respetar el derecho del usuario de decidir respecto de su cuerpo y, por tanto, su intervención ha de estar libremente autorizada y consentida por el usuario."

Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Canarias²²⁸.

Artículo 11.- "Los usuarios y pacientes tienen derecho a recibir información sobre la fisioterapia, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad, y el Fisioterapeuta debe esforzarse en facilitársela."

Artículo 14: ..." el/la Fisioterapeuta ha de respetar la voluntad expresa del usuario y, por tanto, procurará que su intervención haya estado libremente autorizada y consentida por el paciente."

Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia²²⁹.

Artículo 19.- "Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su patología y el fisioterapeuta debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que pueda comprenderla, dentro del límite de sus atribuciones. En caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus familiares o tutores.

Un elemento esencial de la información debida al paciente es darle a conocer la identidad del fisioterapeuta que en cada momento le está atendiendo."

Colegio de Fisioterapeutas de Cataluña²³⁰.

Relaciones con el Usuario "El fisioterapeuta debe respetar el derecho del usuario a decidir respecto a su cuerpo y, por lo tanto, procurará que su intervención haya sido libremente autorizada y consentida por el paciente."

“Con la finalidad de facilitar la decisión del usuario, en cualquier caso, el profesional de la Fisioterapia, le debe facilitar de forma comprensible, la naturaleza y el alcance del tratamiento y el desarrollo de sus efectos, ofreciéndole la información adicional que solicite.”

Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía²³¹ (Incluye Ceuta y Melilla).

Artículo 7.- “Información. El fisioterapeuta informará en términos comprensibles al usuario en todo momento acerca del tratamiento aplicado, sus riesgos, y la duración estimada del mismo.”

Artículo 19.- “El fisioterapeuta ha de respetar el derecho del paciente a su propio cuerpo, y por tanto, se asegurará de que su intervención haya sido libremente consentida y autorizada por el mismo o, en su defecto, por sus parientes más próximos con capacidad de decisión.”

“A tal efecto, se facilitará, de forma comprensible, información al interlocutor acerca de la naturaleza y alcance del tratamiento, y el desarrollo de sus efectos, ofreciéndole toda la información adicional que solicite, incluso por escrito si así lo solicitare.”

Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana²³².

Artículo 13.- “Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico fisioterápico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad; y el fisioterapeuta tiene el deber de facilitárselas con las palabras más adecuadas y comprensibles, respetando el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente el tratamiento.”

Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Región de Murcia²³³.

Relaciones con el usuario. 10.-“El fisioterapeuta ha de respetar el derecho del usuario de decidir con respecto a su cuerpo y, por tanto, procurará que su intervención haya sido libremente autorizada y consentida por el paciente.”

11.-“En todo caso, y a fin de hacer posible la decisión del usuario, el profesional de fisioterapia le ha de facilitar, de forma comprensible, la naturaleza y el alcance del tratamiento y el desarrollo de sus efectos, ofreciéndole toda la información adicional que solicite.”

Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Aragón²³⁴.

Artículo 13- “Los usuarios tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico fisioterápico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad; el fisioterapeuta tiene la obligación de informar acerca de los extremos indicados.”

Artículo 16- “El fisioterapeuta debe obtener previo a cualquier intervención el consentimiento del usuario, libre y expreso. Si éste no se encontrase en condiciones físicas o psíquicas de prestarlo, tendrá que buscarlo a través de familiares o representante legal; y si fuera imposible recabar el mismo deberá actuar según le dicte su conciencia profesional.”

Artículo 17º- “El usuario tiene el derecho a obtener información completa de su enfermedad, tratamiento aplicado y asistencia prestada...”

Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla y León²³⁵.

Artículo 32.-“El fisioterapeuta obtendrá del paciente el consentimiento informado antes del tratamiento, el cual debe incluir: (a) la naturaleza de la intervención propuesta; (b) los riesgos materiales de daño o complicaciones; (c) las alternativas razonables a la intervención propuesta; y (d) las metas del tratamiento.”

Artículo 36.-“El fisioterapeuta está obligado a informar al cliente en cuanto al diagnóstico y pronóstico fisioterápico y objetivos del tratamiento, salvo cuánto las informaciones puedan causarle daño.”

Colegio Oficial de Fisioterapeutas de La Rioja²³⁶.

Artículo 22.-1 “Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su patología y el fisioterapeuta debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que pueda comprenderla, dentro del límite de sus atribuciones. En caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus familiares o tutores. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al profesional del equipo de salud más adecuado.”

2 “Un elemento esencial de la Información debida al paciente es darle a conocer la identidad del fisioterapeuta que en cada momento le está atendiendo”

Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Navarra²³⁷.

Artículo 7.- “Información. El fisioterapeuta informará en términos comprensibles al usuario en todo momento acerca del tratamiento aplicado, sus riesgos, y la duración estimada del mismo.”

Artículo 19.- “El fisioterapeuta ha de respetar el derecho del paciente a su propio cuerpo, y por tanto, se asegurará de que su intervención haya sido libremente consentida y autorizada por el mismo o, en su defecto, por sus parientes más próximos con capacidad de decisión.”

“A tal efecto, se facilitará, de forma comprensible, información al interlocutor acerca de la naturaleza y alcance del tratamiento, y el desarrollo de sus efectos, ofreciéndole toda la información adicional que solicite, incluso por escrito si así lo solicitare.”

ANEXO 2. VERSIÓN 1 DEL CUESTIONARIO "INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES DE FISIOTERAPIA".

1.-La información que usted tiene acerca de su diagnóstico médico es:

-Muy insuficiente -Insuficiente -Suficiente -Muy suficiente.

2.-La información que usted tiene acerca de la causa o posibles causas de su patología es:

-Muy insuficiente -Insuficiente -Suficiente -Muy suficiente.

3.-La información que usted tiene acerca de los síntomas o manifestaciones de su patología es:

-Muy insuficiente -Insuficiente -Suficiente -Muy suficiente.

4.-La información que usted tiene acerca de la identidad (nombre y localización) del fisioterapeuta que lo atiende es:

-Muy insuficiente -Insuficiente -Suficiente -Muy suficiente.

5.-La información que usted tiene acerca de la duración de su tratamiento es:

-Muy insuficiente -Insuficiente -Suficiente -Muy suficiente.

6.-La información que usted tiene acerca de las técnicas manuales empleadas en su tratamiento es:

-Muy insuficiente -Insuficiente -Suficiente -Muy suficiente.

7.-La información que usted tiene acerca de los materiales del gimnasio de fisioterapia es:

-Muy insuficiente -Insuficiente -Suficiente -Muy suficiente.

8.- La información que usted tiene acerca de los aparatos de electroterapia es:

-Muy insuficiente -Insuficiente -Suficiente -Muy suficiente.

9.- La información que usted tiene acerca del lugar de tratamiento de fisioterapia es:

-Muy insuficiente -Insuficiente -Suficiente -Muy suficiente.

10.- La información que usted tiene acerca de la ropa adecuada para la sesión de fisioterapia es:

-Muy insuficiente -Insuficiente -Suficiente -Muy suficiente.

11.- La información que usted tiene acerca del calzado adecuado para la sesión de fisioterapia es:

-Muy insuficiente -Insuficiente -Suficiente -Muy suficiente.

12.-La información que usted tiene acerca de los posibles riesgos que pueden ir asociados a una sesión de fisioterapia es:

-Muy insuficiente -Insuficiente -Suficiente -Muy suficiente.

13.-La información que usted tiene acerca de recomendaciones necesarias para realizar en su domicilio es:

-Muy insuficiente -Insuficiente -Suficiente -Muy suficiente.

14.-La información que usted tiene acerca de recomendaciones necesarias para realizar en su trabajo es:

-Muy insuficiente -Insuficiente -Suficiente -Muy suficiente.

15.-La información que usted tiene acerca del pronóstico de su patología es:

-Muy insuficiente -Insuficiente -Suficiente -Muy suficiente.

16.-La información que usted tiene acerca de los resultados esperados con el tratamiento de fisioterapia es:

-Muy insuficiente -Insuficiente -Suficiente -Muy suficiente.

17.-Sólo para pacientes de consultas privadas: La información que usted tiene acerca de los honorarios del tratamiento que está recibiendo es:

-Muy insuficiente -Insuficiente -Suficiente -Muy suficiente.

18.- En términos generales se siente usted satisfecho por la información recibida acerca de su patología y tratamiento de fisioterapia?

19.- La información que usted tiene acerca del consentimiento informado verbal o escrito en fisioterapia es:

-Muy insuficiente -Insuficiente -Suficiente -Muy suficiente.

20- En términos generales se siente usted satisfecho por su participación en la toma de decisiones en relación con su tratamiento de fisioterapia?

ANEXO 3. VERSIÓN 2 DEL CUESTIONARIO "INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES DE FISIOTERAPIA".

Fecha: _____

Fecha de nacimiento _____ **Edad** _____ años.

Sexo: M V

Grado de estudios (subraye): Sin estudios ; Primaria; Secundaria ; Superiores.

Fecha inicio del tratamiento de fisioterapia: _____

Diagnóstico médico: _____

Describa brevemente su patología: _____

Conteste cada pregunta tal como se indica: **marque con una cruz a la izquierda**. Por favor, refleje su opinión con toda libertad.

Sus respuestas permitirán conocer el grado de información que poseen nuestros pacientes.

1.-La información que usted tiene acerca del diagnóstico de su patología es:

<input type="checkbox"/>	Me han explicado de forma clara y comprensible el diagnóstico de mi patología.
<input type="checkbox"/>	Me han explicado el diagnóstico de mi patología pero no lo he entendido.
<input type="checkbox"/>	Me han nombrado únicamente el diagnóstico sin ninguna explicación
<input type="checkbox"/>	No sé cuál es mi patología. Nadie me ha informado.

2.-La información que usted tiene acerca da la causa o posibles causas de su patología es:

<input type="checkbox"/>	Me han explicado de forma clara y comprensible la causa de mi patología.
<input type="checkbox"/>	Me han explicado cuál ha sido la causa o causas de mi patología pero no lo he comprendido.
<input type="checkbox"/>	Conozco la causa de mi problema pero nadie me lo ha explicado.
<input type="checkbox"/>	No sé cuáles pueden haber sido las causas.

3.-La información que usted tiene acerca del mecanismo de producción de los síntomas o manifestaciones de su patología es:

<input type="checkbox"/>	Me han explicado de forma clara por qué se producen los síntomas y cómo evitarlos.
<input type="checkbox"/>	Me han explicado el mecanismo y la prevención de los síntomas pero no me ha quedado claro.
<input type="checkbox"/>	Me han explicado por qué se producen los síntomas pero no sé cómo evitarlos.
<input type="checkbox"/>	No me han explicado nada acerca de síntomas y manifestaciones.

4.-¿Conoce usted la identidad (nombre y cómo localizarlo laboralmente) del fisioterapeuta que le está atendiendo?

	Sí, conozco su nombre, horario de trabajo y cómo localizarlo telefónicamente.
	Sí, pero desconozco uno de los aspectos anteriores.
	Sólo conozco uno de los aspectos anteriores.
	No conozco ni el nombre, ni horario ni cómo localizarlo desde fuera del centro.

5.-¿Conoce usted la duración de su tratamiento de fisioterapia?

	Sí muy bien, conozco el número exacto de sesiones
	Bastante bien ,conozco el número aproximado de sesiones.(una arriba ó abajo)
	Tan sólo me han dicho que mi tratamiento será: corto ó largo, sin más especificaciones.
	No conozco ni tengo idea acerca de la duración de mi tratamiento.

6.-Le han explicado, de forma clara y comprensible para usted las técnicas utilizadas en su tratamiento?

	Sí muy bien, a cada técnica el fisioterapeuta me explica el objetivo de la misma.
	Bastante bien, conozco aproximadamente para qué sirven las técnicas que me aplican.
	Raramente el fisioterapeuta me explica alguna técnica.
	El fisioterapeuta no me explica nada.

7.-Le han explicado, de forma clara y comprensible para usted cómo se utilizan los materiales de consulta necesarios en su tratamiento? (pesas, aparatos del gimnasio, bolsas de hielo...)

	Sí muy bien, conozco perfectamente cómo utilizar los materiales y aprovecho bien la sesión. El fisioterapeuta siempre me supervisa.
	Conozco cómo utilizar los materiales, a veces tengo dudas y no siempre el fisioterapeuta está pendiente de mí.
	Tan sólo me han explicado una vez lo que tengo que hacer y no sé si lo hago bien ó mal.
	No me han explicado cómo utilizar nada.

8.-Ha sido informado de los posibles riesgos que pueden ir asociados al tratamiento tales como aumento del dolor, aumento de la inflamación, fatiga...?

	Sí muy bien, conozco y entiendo perfectamente estas posibles manifestaciones después de una sesión de fisioterapia.
	Conozco estas posibles manifestaciones pero no entiendo su aparición.
	Tan sólo porque he preguntado el fisioterapeuta me ha explicado algo.
	Nadie me ha explicado nada acerca de posibles riesgos.

9.-El fisioterapeuta le explica los ejercicios o medidas que usted debe de realizar en su domicilio o en su trabajo necesarios para ayudar al tratamiento?

	Sí muy bien, me explica de forma clara estas recomendaciones, me las recuerda e incluso me ha entregado documentación (tabla de ejercicios para casa).
	Me explica algunas recomendaciones pero no me quedan claras.
	Tan sólo una vez me recomendó algo para hacer en casa ó en el trabajo.
	Nunca mi fisioterapeuta me ha recomendado ni aconsejado nada.

10.-En cuanto a resultados esperados con el tratamiento de fisioterapia:

	Me han explicado de forma clara los resultados que obtendré con mi tratamiento de fisioterapia.
	Me han explicado los resultados esperados pero no me ha quedado claro.
	Simplemente me han enumerado algún resultado esperado sin más explicaciones.
	No me han informado de ningún resultado esperado.

11.- En términos generales se siente usted satisfecho por la información recibida acerca de su patología y tratamiento de fisioterapia?

	Sí muy satisfecho.
	Bastante satisfecho.
	Poco satisfecho
	Nada satisfecho.

12.¿Se ha solicitado su consentimiento sobre las medidas que se le van a aplicar en Fisioterapia?

	-Sí, mi médico ó mi fisioterapeuta tras darme la información oportuna han solicitado mi consentimiento por escrito.
	-Sí, mi médico ó fisioterapeuta han negociado verbalmente (de palabra) conmigo las modalidades de tratamiento más convenientes para mí.
	-Me han explicado que sería conveniente realizar el tratamiento prescrito.
	-No han solicitado mi consentimiento, siempre me han mantenido al margen de las decisiones relativas a mi tratamiento.

-¿Cree que, en general en este país, los pacientes están bien informados?

¿Cómo mejoraría la calidad de la información facilitada?

ANEXO 4. VERSIÓN 3 DEL CUESTIONARIO "INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES DE FISIOTERAPIA"

Todas las preguntas hacen alusión a la información que le ha proporcionado el fisioterapeuta que lo atiende. Piense en ello a la hora de contestar (MARQUE CON UNA X): SU FISIOTERAPEUTA:	Sí, de manera muy clara.	Sí, pero no lo he entendido	Sólo se ha mencionado algo al respecto	No
1.-Le ha especificado su diagnóstico de fisioterapia?				
2.-Le ha explicado la causa de su patología?				
3.-Le ha explicado los síntomas de su patología?				
4.-Le ha explicado las técnicas utilizadas en su tratamiento?				
5.- Le ha explicado otras alternativas de tratamiento?				
6.-Le ha explicado los posibles riesgos que pueden ir asociados al tratamiento (dolor, fatiga...)?				
7.- ¿Le ha explicado los ejercicios o medidas que usted debe de realizar en su domicilio o en su trabajo necesarios para ayudar al tratamiento?				
8.-Le ha explicado los resultados que obtendrá con su tratamiento?				

9.- ¿Conoce usted la identidad (nombre, horario de trabajo y cómo localizarlo telefónicamente) del fisioterapeuta que le está atendiendo?	10.- ¿Le ha especificado la duración de su tratamiento de fisioterapia?	11.- ¿Se ha solicitado su consentimiento sobre las medidas que se le van a aplicar en Fisioterapia?
Sí, conozco todos esos aspectos	Conozco el número exacto de sesiones.	-Sí, he firmado el formulario de Consentimiento Informado. (CONSENTIMIENTO ESCRITO)
Sí, conozco dos de los aspectos anteriores.	Conozco el número aproximado de sesiones (una arriba ó abajo)	-Sí, he consentido verbalmente (de palabra) el tratamiento. (CONSENTIMIENTO VERBAL)
Sólo conozco uno de los aspectos anteriores.	Tan sólo me han dicho que mi tratamiento será: corto ó largo.	-Se ha mencionado que debería consentir ó autorizar el tratamiento pero no he llegado a hacerlo.
No conozco ninguno de esos aspectos.	No tengo idea acerca de la duración de mi tratamiento.	-No, ni siquiera se ha mencionado nada a este respecto.

12.- Valor, en términos generales, la información terapéutica que ha recibido del profesional fisioterapeuta que lo/la atiende:

Muy adecuada	Bastante adecuada	Poco adecuada	Nada adecuada
--------------	-------------------	---------------	---------------

ANEXO 5. VERSIÓN 1 DEL CUESTIONARIO "INFORMACIÓN TERAPÉUTICA PROPORCIONADA POR EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA"

Todas las preguntas hacen alusión a la información que usted proporciona a sus pacientes. Piense en ello a la hora de contestar (MARQUE CON UNA X):		Sí, y me aseguro de que lo comprenden.	Sí, pero no sé si lo comprenden	Sólo menciono algo al respecto	No
1.-	Especifica (a sus pacientes) el diagnóstico de fisioterapia?				
2.-	Explica la causa de las patologías?				
3.-	Explica los síntomas de las patologías?				
4.-	Explica las técnicas utilizadas en los tratamientos?				
5.-	Informa sobre otras alternativas de tratamiento?				
6.-	Explica los posibles riesgos que pueden ir asociados al tratamiento (dolor, fatiga...)?				
7.-	¿Explica los ejercicios, medidas o recomendaciones que se deben de realizar en el domicilio o en el trabajo necesarios para ayudar al tratamiento?				
8.-	Informa de los resultados que se obtendrán con el tratamiento?				

9.- Ante un paciente que va a iniciar un tratamiento. ¿Se presenta usted con su nombre, horario de trabajo y la manera de poder localizarlo telefónicamente?		10.- ¿Especifica a sus pacientes la duración del tratamiento de fisioterapia?		11.- Solicita a sus pacientes CONSENTIMIENTO sobre las medidas terapéuticas que se le van a aplicar?	
	Sí, me presento con todos esos aspectos		Sí, con el número exacto de sesiones.		-Sí, solicito la firma del consentimiento. (Consentimiento escrito)
	Sí, pero sólo con dos de los aspectos anteriores.		Sí, con el número aproximado de sesiones (una arriba ó abajo)		-Sí, solicito el consentimiento de palabra. (Consentimiento Verbal)
	Sólo me presento con uno de los aspectos anteriores.		Sólo comento que el tratamiento será: corto ó largo.		-Menciono el consentimiento pero no lo requiero.
	No.		No.		-No.
12.- - Valore, en términos generales, la información terapéutica que proporciona a sus pacientes:					
	Muy adecuada	Bastante adecuada	Poco adecuada	Nada adecuada	

ANEXO 6. VERSIÓN 2 DEL CUESTIONARIO "SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN FISIOTERAPIA-MEDRISK"

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.- El proceso de admisión (primer día) fue adecuado.					
2.- La sala de espera es cómoda (iluminación, temperatura, muebles).					
3.- Es fácil encontrar aparcamiento junto a este centro.					
4.- Mi fisioterapeuta pasa suficiente tiempo conmigo.					
5.- Mi fisioterapeuta me explica muy bien el tratamiento que recibo.					
6.- Mi fisioterapeuta es respetuoso/a.					
7.- El auxiliar de clínica es respetuoso/a.					
8.- El resto de personal del centro es respetuoso/a.					
9.- Mi fisioterapeuta me aconseja como mantenerme saludable y evitar futuros problemas.					
10.- El centro y sus instalaciones están limpias.					
11.- El centro usa un equipo moderno.					
12.- -Mi fisioterapeuta me da instrucciones detalladas acerca de mi programa de ejercicios en casa.					
13.- Estoy completamente satisfecho/a con los servicios que recibo de mi fisioterapeuta.					
14.- Retornaría a esta consulta para futuros servicios o tratamientos.					

ANEXO 7. VERSIÓN 3 DEL CUESTIONARIO "CONFIANZA DEPOSITADA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA"

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Mi fisioterapeuta es cuidadoso/a y minucioso/a en su trabajo.					
2. Sé que mi fisioterapeuta elige el mejor tratamiento para mí.					
3. Mi fisioterapeuta me ofrece la más alta calidad de tratamiento.					
4. Creo que mi fisioterapeuta puede atender a problemas graves y complicados					
5. Mi fisioterapeuta me dará el tratamiento que necesito					
6. Pienso que mi tratamiento de fisioterapia es el adecuado					
7. Creo que mi fisioterapeuta hace todo lo que debería hacer en mi tratamiento					
8. Sé que mi fisioterapeuta tiene la capacidad de diagnosticar mi problema salud					
9. Mi fisioterapeuta es mucho mejor profesional que otros de su mismo campo o especialidad					
10. A veces mi fisioterapeuta no se preocupa de mi tratamiento					
11. Me parece que mi fisioterapeuta no hace todo lo que debería hacer en mi tratamiento.					
12. Creo que necesito una segunda opinión sobre mi tratamiento de fisioterapia					
13. Mi fisioterapeuta me dice la verdad acerca de mi problema de salud					
14. Mi fisioterapeuta nunca me engañaría acerca de mi tratamiento					
15. Mi fisioterapeuta es sincero/a explicándome las diferentes opciones de tratamiento para mí.					
16. En caso de que se cometiera algún error en mi tratamiento, creo que mi fisioterapeuta me lo diría.					

17. Mi fisioterapeuta se toma el tiempo necesario para tratarme en cada sesión					
18. Mi fisioterapeuta se toma el tiempo necesario para escucharme en cada sesión.					
19. Mi fisioterapeuta escucha con atención todos los detalles de mi problema de salud					
20. Alguna vez he pensado en cambiar de fisioterapeuta					
21. Me preocupa que mi fisioterapeuta pueda contar a otros información privada sobre mí					
22. Siempre sigo los consejos de mi fisioterapeuta					
23. Recomendaría a un amigo el/la fisioterapeuta que me atiende					
24. En general, tengo plena confianza en mi fisioterapeuta.					

ANEXO 8. VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DE CONFIANZA EN EL PROVEEDOR DE SALUD WAKE FOREST.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.- Mi fisioterapeuta hace todo lo necesario para darme el tratamiento que preciso.					
2.- A veces mi fisioterapeuta se preocupa más de lo que le conviene a él/ella que de mi tratamiento.					
3.- La habilidad profesional de mi fisioterapeuta no es tan buena como debería ser.					
4.- Mi fisioterapeuta es extremadamente minucioso y cuidadoso					
5.- Confío plenamente que mi fisioterapeuta decide las técnicas de tratamiento más adecuadas para mí.					
6.- Mi fisioterapeuta es totalmente honesto explicándome las diferentes opciones de tratamiento disponibles para mí.					
7.- Mi fisioterapeuta sólo piensa en lo mejor para mí.					
8.- A veces mi fisioterapeuta no me presta toda la atención cuando intento decirle algo.					
9.- No tengo de qué preocuparme poniendo mi salud en manos de mi fisioterapeuta.					
10.- En general, tengo plena confianza en mi fisioterapeuta					

ANEXO 9. VERSIÓN 4 DEL CUESTIONARIO "CONFIANZA DEPOSITADA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA"

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Mi fisioterapeuta es cuidadoso/a y minucioso/a en su trabajo.					
2. Mi fisioterapeuta me ofrece la más alta calidad de tratamiento.					
3. Pienso que mi tratamiento de fisioterapia es el adecuado					
4. Creo que mi fisioterapeuta hace todo lo que debería hacer en mi tratamiento					
5. Sé que mi fisioterapeuta tiene la capacidad de diagnosticar mi problema salud					
6. Mi fisioterapeuta es mucho mejor profesional que otros de su mismo campo o especialidad					
7. A veces mi fisioterapeuta no se preocupa de mi tratamiento					
8. Me parece que mi fisioterapeuta no hace todo lo que debería hacer en mi tratamiento.					
9. Creo que necesito una segunda opinión sobre mi tratamiento de fisioterapia					
10. Mi fisioterapeuta nunca me engañaría acerca de mi tratamiento					
11. Mi fisioterapeuta es sincero/a explicándome las diferentes opciones de tratamiento para mí.					
12. En caso de que se cometiera algún error en mi tratamiento, creo que mi fisioterapeuta me lo diría.					
13. Mi fisioterapeuta se toma el tiempo necesario para tratarme en cada sesión					
14. Mi fisioterapeuta se toma el tiempo necesario para escucharme en cada sesión.					
15. Mi fisioterapeuta escucha con atención todos los detalles de mi problema de salud					
16. Alguna vez he pensado en cambiar de fisioterapeuta					
17. Recomendaría a un amigo el/la fisioterapeuta que me atiende					
18. En general, tengo plena confianza en mi fisioterapeuta.					

ANEXO 10. INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ ÉTICO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

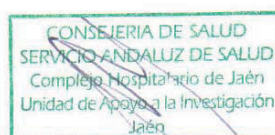
DON FRANCISCO M. LUQUE MARTÍNEZ, SECRETARIO DE LA COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

CERTIFICA:

Que ésta Comisión ha considerado emitir **informe favorable** al estudio presentado por la Investigadora Principal: D. M^a Catalina Osuna Pérez, Tutorizada por D^a Elisa Nieves Godoy del Complejo Hospitalario de Jaén, Titulado: **“INFORMACIÓN TERAPÉUTICA, CONFIANZA Y SATISFACCIÓN EN FISIOTERAPIA, PERCEPCIÓN EN LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA”**.

Lo que firmo en Jaén a 11 de Mayo de 2011

El Secretario de la Comisión de Ética e Investigación



Fdo.: D. Francisco M. Luque Martínez

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN
Avda. Ejército Español, 10. 23007 – Jaén
Unidad de Investigación
Tel. 953 00 80 77. Fax 953 00 80 77

ANEXO 11. INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ ÉTICO DEL DISTRITO SANITARIO ALMERÍA



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

DE: DIRECTORA GERENTE DEL DISTRITO

A: Catalina Osuna Pérez

ASUNTO: SOLICITUD DE PERMISO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Visto el proyecto titulado "INFORMACION TERAPEUTICA. CONFIANZA Y SATISFACCION EN FISIOTERAPIA. PERCEPCION EN LA SANIDAD PUBLICA Y PRIVADA" que se propone realizar en el Distrito de Atención Primaria Almería y cuyo investigador/a principal es Catalina Osuna Perez **resuelve conceder permiso para realizar este estudio de investigación y posterior Tesis Doctoral.** Y siempre que se atenga a lo siguiente:

Es requisito imprescindible garantizar a lo largo de todos los pasos de la investigación, incluida su posible divulgación y/o publicación, el anonimato de los afectados. Garantía ésta exigida por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298, de 14-12-1999, pp. 43088-43099).

En caso necesario se debe informar a los participantes en el estudio (ciudadanos, responsables de las unidades de gestión clínica, etc.) del objetivo del mismo, las consecuencias de su realización y los riesgos que pueda suponer, la garantía de confidencialidad, así como de su derecho a no participar si así lo deciden.

La evolución del proyecto (inicio, desarrollo, incidencias y finalización) estará sujeta a seguimiento por parte de la Unidad de Investigación del Distrito Almería informando a esta Unidad en cualquier caso y siempre de su finalización, adjuntando por escrito una memoria de actividades.

El permiso de acceso a los datos , se ajustara a los periodos descritos en el cronograma del proyecto siendo necesario volver a solicitarlo si este a expirado.

Por ultimo, se hará partcipe a la dirección gerencia del Distrito de la información generada del estudio, para su uso, si procede, en beneficio de la población estudiada.

Almería a 27 de Junio de 2011

LA DIRECTORA GERENTE DEL DISTRITO

Fdo.:



ANEXO 12. INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ ÉTICO DEL HOSPITAL DE PONIENTE



Empresa Pública Hospital de Poniente
CONSEJERÍA DE SALUD

ANTONIO MANUEL RODRÍGUEZ LEDESMA, SECRETARIO EN FUNCIONES DE LA COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE LA AGENCIA PUBLICA EMPRESARIAL SANITARIA HOSPITAL DE PONIENTE,

CERTIFICA:

Que esta Comisión ha informado favorablemente, en su reunión de 24 de mayo de 2011, la realización del Proyecto de Investigación titulado: "Información terapéutica, confianza y satisfacción en Fisioterapia. Percepción en la sanidad pública y privada". Investigadora principal: Dña. M^a Catalina Osuna Pérez.

Y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo examinado en relación con los objetivos del estudio, cumpliéndose las normas éticas esenciales que le son de aplicación, justificados los riesgos y molestias previsibles para las personas que formen parte del mismo y adecuados tanto el procedimiento como los requisitos para obtener el consentimiento informado.

Que la capacidad de la Investigadora Principal y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el Estudio y que los/las autores/as del proyecto han demostrado conocer suficientemente los antecedentes y el estado actual del tema que proponen como objeto de estudio, que han sido bien definidos sus objetivos y que cuenta con una metodología adecuada.

En El Ejido, a 26 de mayo de 2011.

VºBº Presidente

D. Jose Antonio Hernández Sáez.

Secretario

D. Antonio Manuel Rodríguez Ledesma.

EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL DE PONIENTE
Ctra. de Almerimar, s/n. - 04700 El Ejido - Almería
Telf.: 950 02 25 00 - Fax: 950 02 26 03
www.ehpo.es
C.I.F. Q-5450010 - C

MOD. 2518



ANEXO 13. INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ ÉTICO DEL DISTRITO GRANADA NORDESTE



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

RESOLUCIÓN DEL DIRECTOR GERENTE DE DISTRITO GRANADA NORDESTE

Objeto: PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Vista la solicitud realizada por D^a. M^a Catalina Osuna Pérez, profesora de la Universidad de Jaén, para la realización en el Servicio de Fisioterapia de este Distrito, del proyecto de investigación "INFORMACIÓN TERAPÉUTICA, CONFIANZA Y SATISFACCIÓN EN FISIOTERAPIA. PERCEPCIÓN EN LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA"

CONSIDERANDO:

Que esta Dirección Gerencia de Distrito es competente para autorizar la solicitud de proyectos de investigación dentro del ámbito del Distrito.

Que la solicitud cumple todos los requisitos exigidos por la normativa vigente, incluido el visto bueno del Comité de Ética Provincial.

RESUELVE

Autorizar a D^a. M^a Catalina Osuna Pérez para la realización del proyecto de investigación "INFORMACIÓN TERAPÉUTICA, CONFIANZA Y SATISFACCIÓN EN FISIOTERAPIA. PERCEPCIÓN EN LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA".

En Guadix, a 06 de julio de 2011

EL DIRECTOR GERENTE



Fdo: José Antonio Reche Blázquez

ANEXO 14. INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ ÉTICO DEL HOSPITAL DE BAZA



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

JAVIER LUIS LÓPEZ HIDALGO, PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE
INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL DE BAZA

CERTIFICA:

Que esta Comisión ha considerado valorar favorablemente el proyecto de
investigación Información terapéutica, confianza y satisfacción en fisioterapia.
Percepción de la Sanidad Pública y Privada.

Lo firmo en Baza a 31 de mayo de 2011.

Presidente de la Comisión de Investigación

Fdo: Javier Luis López Hidalgo

Hospital de Baza
Ctra. de Murcia, s/n. 18800 Baza (Granada)
Tel. 958 031 300. Fax 958 031 392

ANEXO 15. INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ ÉTICO DEL HOSPITAL SAN AGUSTÍN



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

A/a M^a Catalina Osuna Pérez :

Por la presente tengo a bien comunicarle, que tras su solicitud de autorización de inicio de proyecto de investigación en este centro, y una vez evaluado el protocolo que nos adjuntó en su día, puede proceder a llevarlo a la práctica.

Así pues debe ponerse en contacto con el director de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Física y Rehabilitación d. José Pedro Haro Martínez o en su defecto con d. José Rico Camacho, fisioterapeuta, de esta unidad.

Por otra parte le solicitamos encarecidamente que cualquier colaboración llevada a cabo por nuestros profesionales sea certificada por esa universidad.

Un saludo

Juan Carlos Fernández Rodríguez

Presidente de la Comisión de Investigación
Dr. Médico del Hospital San Agustín

Hospital San Agustín

Avda. San Cristóbal, s/n. 23700 Linares (Jaén)
Tel. 953.024200 Fax. 953.024315

ANEXO 16. INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ ÉTICO DEL DISTRITO SANITARIO JAÉN NORDESTE.



Distrito Sanitario Jaén Norte
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

DON JOSÉ RAÚL DUEÑAS FUENTES DIRECTOR DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL DISTRITO SANITARIO JAÉN NORTE

AUTORIZA:

A D^a CATALINA OSUNA PÉREZ, profesora e investigadora en la Universidad de Jaén a que realice su trabajo de Tesis Doctoral: "INFORMACIÓN TERAPÉUTICA, CONFIANZA Y SATISFACCIÓN EN FISIOTERAPIA. PERCEPCIÓN EN LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA", que pertenece al Programa de Doctorado Ciencias de la Salud dependiente del Departamento de Enfermería de esa Universidad, a la vista de los informes favorables de otros centros sanitarios públicos del Sistema Sanitario Público de Andalucía y una vez revisado el protocolo de la investigación.

Y para que conste y surta efecto donde proceda, se expide el presente documento en Linares a 11 de mayo de 2011.

 EL DIRECTOR DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Fdo. José Raúl Dueñas Fuentes

Aeda. San Sebastián, s/n. 23700. ÚRIBES JAÉN
Tel. 953 025 600. Fax Dirección: 953 025 717
Fax Atenciónal: 953 025 715. Fax Atención Usuario: 953 025 742
Fax Petición/Información/Consultas/Sumarios: 953 025 724

ANEXO 17. HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

HOJA DE INFORMACIÓN

Estimado Sr./a:

Le agradezco de antemano su disponibilidad y amable atención.

Me dirijo a usted con el propósito de invitarle a participar en el proyecto de investigación que lleva por título: "INFORMACIÓN TERAPÉUTICA, CONFIANZA Y SATISFACCIÓN EN FISIOTERAPIA. PERCEPCIÓN EN LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA". Se trata de un proyecto de tesis doctoral de la Universidad de Jaén.

Esta investigación se llevará a cabo en centros públicos y privados de fisioterapia de Andalucía Oriental (Jaén, Granada, Almería y Málaga).

De manera resumida, este estudio pretende conocer el nivel de información terapéutica, la satisfacción con el servicio de fisioterapia y la confianza en el profesional fisioterapeuta que tienen los pacientes usuarios de los distintos servicios de fisioterapia.

Para ello, se han desarrollado una serie de instrumentos de medida en forma de cuestionarios que pretenden evaluar estas variables (Información, Satisfacción y Confianza).

Su colaboración en el estudio consistirá en completar estos cuestionarios. Sólo tendrá que marcar con una X la opción de respuesta que más se ajuste a su opinión. Esto tomará escasos minutos de su tiempo, unos 12-18 minutos.

Usted tendrá a su disposición a la investigadora principal del estudio que le resolverá cualquier cuestión relacionada con el mismo y si lo prefiere, le realizará directamente la entrevista.

Podrá abandonar el estudio en cualquier momento si no se siente cómodo con las preguntas o simplemente decide no seguir contestando.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y se mantendrá rigurosamente el anonimato de los sujetos participantes.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Los resultados de la investigación y toda la producción científica al respecto, será enviada al servicio de fisioterapia del centro al que usted pertenece.

No obstante si usted está muy interesado en conocer el desarrollo, evolución del estudio y los resultados del mismo, no dude en dirigirse a la dirección de correo electrónico y teléfono que a continuación se presentan. Estaremos encantados de atenderle.

CONSENTIMIENTO:

He leído la información de esta hoja de información, o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas. Por tanto, doy mi conformidad para participar en él.

Nombre del/la Participante

Firma del/la Participante

Fecha

Muchas gracias por su colaboración,

M^a Catalina Osuna Pérez (Investigadora principal)

Profesora del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén

Correo electrónico: mcosuna@ujaen.es

Teléfono donde usted puede dirigirse: 953-213020 // 689927874

ANEXO 18. HOJA DE INSTRUCCIONES PARA EL FISIOTERAPEUTA RESPONSABLE DEL CENTRO PRIVADO PARTICIPANTE.

Estimado/a compañero/a,

Mi nombre es M^a Catalina Osuna Pérez, soy fisioterapeuta, trabajo como profesora e investigadora en la Universidad de Jaén y en la actualidad me encuentro elaborando mi trabajo de Tesis Doctoral que pertenece al Programa de Doctorado *Ciencias de la Salud* de esta Universidad.

Se trata de una iniciativa investigadora que pretende fundamentalmente validar en español una escala de medición de la Información Terapéutica en pacientes, un cuestionario de confianza en el profesional fisioterapeuta y explorar las relaciones existentes entre Información, Satisfacción y Confianza, su relación con otras variables como dolor y percepción del estado global de salud, así como con algunas variables sociodemográficas como edad y nivel de estudios.

Esta investigación se llevará a cabo en centros públicos y privados de fisioterapia de Andalucía Oriental (Jaén, Granada, Almería y Málaga). Se respetará el anonimato de los participantes y la participación será estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Tal como le comenté en mi llamada telefónica, le envío varios cuestionarios para que los pacientes de su consulta puedan rellenarlos. Para evitar el sesgo de selección le pediría, en la medida que esto sea posible, pase los cuestionarios a los pacientes que acudan de manera consecutiva el mismo día a su clínica desde primera hora de la mañana o de la tarde. El cuestionario puede autocumplimentarse en el mismo momento de entrega o pueden llevárselo a casa para rellenarlo con mayor tranquilidad. Una vez cumplimentado se doblará y guardará en este mismo sobre de envío y se le comunicará al paciente que nadie tendrá acceso a esta información más que el equipo investigador. En unos días y antes de que empiece el estudio, usted recibirá, de nuevo, mi llamada para subrayar las instrucciones de participación en el mismo. Disculpe el trastorno pero es muy importante que la recogida de datos se realice de manera adecuada.

Le envío, asimismo, una hoja de información y consentimiento informado para que los participantes la rellenen.

También le envío, algunos cuestionarios destinados a medir el nivel de información terapéutica que los fisioterapeutas proporcionan a sus pacientes. Le ruego, se lo haga llegar a los fisioterapeutas que trabajen en su centro.

Le agradezco muchísimo su disponibilidad y amable atención,

Gracias por participar y colaborar en este estudio que no pretende más que realizar un mínimo aporte al avance científico de la disciplina de Fisioterapia.

Reciba un cordial saludo,

M^a Catalina Osuna Pérez

Mi teléfono de contacto: 953-213020 // 689927874

ANEXO 19. INFORME DE COLABORACIÓN EN EL PROYECTO PARA EL FISIOTERAPEUTA RESPONSABLE



Departamento de Ciencias de la Salud

M^a Catalina Osuna Pérez, Profesora del Área de Fisioterapia (Departamento de Ciencias de la Salud) de la Universidad de Jaén, Doctoranda del Proyecto de Tesis Doctoral "INFORMACIÓN TERAPÉUTICA, CONFIANZA Y SATISFACCIÓN EN FISIOTERAPIA. PERCEPCIÓN EN LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA" dirigido por los Dres. D. Pedro Luis Pancorbo Hidalgo y D. Antonio Ignacio Cuesta Vargas, que pertenece al Programa de Doctorado *Ciencias de la Salud* del Departamento de Enfermería, y que fue aprobado por Comisión de Doctorado el 21 de mayo de 2010,

HACE CONSTAR

Que D/Dña _____, ha participado favoreciendo la recogida de datos del mencionado proyecto en la *Clínica de Fisioterapia* _____ en _____.

Y para que así conste, firma la presente en Jaén a _____ de _____ de 2011.

M^a Catalina Osuna Pérez
Profesora del Área de Fisioterapia de la Universidad de Jaén

ANEXO 20. HOJA DE INFORMACIÓN PARA LOS SUJETOS FISIOTERAPEUTAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Estimado compañero/a:

Le agradezco de antemano su disponibilidad y amable atención.

Me dirijo a usted con el propósito de invitarle a participar en el proyecto de investigación que lleva por título: "INFORMACIÓN TERAPÉUTICA, CONFIANZA Y SATISFACCIÓN EN FISIOTERAPIA. PERCEPCIÓN EN LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA". Se trata de un proyecto de tesis doctoral de la Universidad de Jaén.

Esta investigación se llevará a cabo en centros públicos y privados de fisioterapia de Andalucía Oriental (Jaén, Granada, Almería y Málaga).

De manera resumida, este estudio pretende conocer el nivel de información terapéutica, la satisfacción con el servicio de fisioterapia y la confianza en el profesional fisioterapeuta que tienen los pacientes usuarios de los distintos servicios de fisioterapia. De otro lado, se pretende conocer el nivel de información terapéutica que los profesionales fisioterapeutas perciben que proporcionan a sus pacientes.

Para ello, se han desarrollado una serie de instrumentos de medida en forma de cuestionarios que pretenden evaluar estas variables (Información, Satisfacción y Confianza).

Su colaboración en el estudio consistirá en completar uno de estos cuestionarios. Sólo tendrá que marcar con una X la opción de respuesta que más se ajuste a su opinión. Esto tomará escasos minutos de su tiempo, unos 5-8 minutos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y se mantendrá rigurosamente el anonimato de los sujetos participantes.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Muchas gracias por su colaboración,

No dude en contactar conmigo para cualquier consulta o aclaración.

M^a Catalina Osuna Pérez (Investigadora principal)

Profesora del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén

Correo electrónico: mcosuna@ujaen.es

Teléfono al que usted puede dirigirse: 953-213020 // 689927874

ANEXO 21. Matriz de correlaciones inter-elementos del cuestionario "Información Terapéutica Percibida por el paciente de fisioterapia" (Muestra piloto).

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12
Ítem 1	1,000	,692	,839	,775	,663	,666	,721	,647	,277	,280	,677	,734
Ítem 2	,692	1,000	,715	,696	,502	,662	,698	,533	,350	,387	,542	,705
Ítem 3	,839	,715	1,000	,857	,730	,782	,744	,779	,427	,258	,641	,891
Ítem 4	,775	,696	,857	1,000	,719	,772	,622	,717	,394	,357	,614	,830
Ítem 5	,663	,502	,730	,719	1,000	,788	,700	,767	,373	,394	,781	,785
Ítem 6	,666	,662	,782	,772	,788	1,000	,731	,826	,547	,390	,650	,749
Ítem 7	,721	,698	,744	,622	,700	,731	1,000	,745	,477	,058	,584	,753
Ítem 8	,647	,533	,779	,717	,767	,826	,745	1,000	,517	,220	,642	,749
Ítem 9	,277	,350	,427	,394	,373	,547	,477	,517	1,000	,125	,271	,410
Ítem 10	,280	,387	,258	,357	,394	,390	,058	,220	,125	1,000	,390	,310
Ítem 11	,677	,542	,641	,614	,781	,650	,584	,642	,271	,390	1,000	,588
Ítem 12	,734	,705	,891	,830	,785	,749	,753	,749	,410	,310	,588	1,000

ANEXO 22. Análisis factorial exploratorio. Análisis de componentes principales con los 12 ítems del cuestionario "Información Terapéutica Percibida por pacientes de fisioterapia". Varianza total explicada.

Compon ente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7,228	60,230	60,230	7,228	60,230	60,230
2	1,053	8,776	69,007	1,053	8,776	69,007
3	,709	5,907	74,914			
4	,664	5,531	80,445			
5	,429	3,573	84,018			
6	,417	3,472	87,489			
7	,361	3,006	90,496			
8	,328	2,730	93,226			
9	,268	2,235	95,460			
10	,219	1,827	97,287			
11	,185	1,544	98,831			
12	,140	1,169	100,000			

ANEXO 23. Análisis factorial exploratorio. Análisis de componentes principales con los 11 ítems finales del cuestionario "Información Terapéutica Percibida por pacientes de fisioterapia". Varianza total explicada.

Compon ente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7,161	65,097	65,097	7,161	65,097	65,097
2	,767	6,974	72,071			
3	,666	6,055	78,126			
4	,461	4,188	82,314			
5	,419	3,809	86,124			
6	,380	3,454	89,578			
7	,328	2,981	92,559			
8	,271	2,461	95,020			
9	,220	1,996	97,016			
10	,186	1,688	98,704			
11	,143	1,296	100,000			

ANEXO 24. Matriz de correlaciones inter-elementos del cuestionario "Información Terapéutica Percibida por el paciente de fisioterapia" (Muestra amplia).

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12
Ítem 1	1,000	,783	,829	,721	,596	,691	,642	,748	,450	,237	,459	,705
Ítem 2	,783	1,000	,823	,645	,633	,668	,651	,753	,427	,165	,465	,664
Ítem 3	,829	,823	1,000	,752	,662	,740	,693	,804	,494	,172	,488	,718
Ítem 4	,721	,645	,752	1,000	,599	,679	,608	,706	,393	,246	,459	,678
Ítem 5	,596	,633	,662	,599	1,000	,684	,575	,621	,360	,081	,502	,607
Ítem 6	,691	,668	,740	,679	,684	1,000	,636	,733	,403	,138	,446	,631
Ítem 7	,642	,651	,693	,608	,575	,636	1,000	,727	,468	,144	,419	,672
Ítem 8	,748	,753	,804	,706	,621	,733	,727	1,000	,453	,225	,478	,716
Ítem 9	,450	,427	,494	,393	,360	,403	,468	,453	1,000	,214	,384	,463
Ítem 10	,237	,165	,172	,246	,081	,138	,144	,225	,214	1,000	,271	,280
Ítem 11	,459	,465	,488	,459	,502	,446	,419	,478	,384	,271	1,000	,505
Ítem 12	,705	,664	,718	,678	,607	,631	,672	,716	,463	,280	,505	1,000

ANEXO 25. Matriz de correlación inter-elementos del cuestionario "Información Terapéutica Proporcionada por el fisioterapeuta". (Muestra piloto)

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12
Ítem 1	1,000	,524	,180	,204	,171	,338	,422	,293	,362	,332	,030	,343
Ítem 2	,524	1,000	,238	,308	,134	,417	,323	,340	,257	,235	,223	,346
Ítem 3	,180	,238	1,000	,228	,139	,340	,506	,278	,174	,084	,252	,126
Ítem 4	,204	,308	,228	1,000	,317	,263	,416	,363	,333	,364	,383	,265
Ítem 5	,171	,134	,139	,317	1,000	,540	,517	,274	,296	,056	,138	,192
Ítem 6	,338	,417	,340	,263	,540	1,000	,652	,414	,259	,260	,419	,405
Ítem 7	,422	,323	,506	,416	,517	,652	1,000	,408	,413	,453	,296	,527
Ítem 8	,293	,340	,278	,363	,274	,414	,408	1,000	,357	,339	,410	,402
Ítem 9	,362	,257	,174	,333	,296	,259	,413	,357	1,000	,363	,035	,216
Ítem 10	,332	,235	,084	,364	,056	,260	,453	,339	,363	1,000	,093	,362
Ítem 11	,030	,223	,252	,383	,138	,419	,296	,410	,035	,093	1,000	,226
Ítem 12	,343	,346	,126	,265	,192	,405	,527	,402	,216	,362	,226	1,000

ANEXO 26. Análisis factorial exploratorio. Análisis de componentes principales con los 12 ítems del cuestionario "Información Terapéutica Proporcionada por el fisioterapeuta". Varianza total explicada.

Compo nente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7,346	61,215	61,215	7,346	61,215	61,215
2	,950	7,914	69,129			
3	,727	6,056	75,185			
4	,597	4,973	80,158			
5	,567	4,722	84,880			
6	,395	3,296	88,175			
7	,352	2,937	91,112			
8	,294	2,447	93,559			
9	,253	2,111	95,670			
10	,214	1,781	97,451			
11	,170	1,416	98,867			
12	,136	1,133	100,000			

ANEXO 27. Análisis factorial exploratorio. Análisis de componentes principales con los 11 ítems finales del cuestionario "Información Terapéutica Proporcionada por el fisioterapeuta". Varianza total explicada.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6,870	62,456	62,456	6,870	62,456	62,456
2	,896	8,150	70,606			
3	,675	6,140	76,746			
4	,594	5,401	82,147			
5	,485	4,409	86,556			
6	,362	3,293	89,849			
7	,294	2,670	92,519			
8	,282	2,565	95,085			
9	,221	2,005	97,090			
10	,177	1,606	98,695			
11	,144	1,305	100,000			

ANEXO 28. Matriz de correlación inter-elementos del cuestionario "Información Terapéutica Proporcionada por el fisioterapeuta". (Muestra amplia)

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12
Ítem 1	1,000	,794	,787	,542	,562	,642	,746	,602	,594	,595	,498	,619
Ítem 2	,794	1,000	,811	,634	,629	,686	,733	,617	,490	,510	,621	,634
Ítem 3	,787	,811	1,000	,572	,599	,640	,743	,628	,503	,545	,486	,603
Ítem 4	,542	,634	,572	1,000	,638	,552	,591	,534	,384	,467	,429	,606
Ítem 5	,562	,629	,599	,638	1,000	,606	,563	,665	,324	,569	,430	,568
Ítem 6	,642	,686	,640	,552	,606	1,000	,712	,652	,521	,588	,379	,531
Ítem 7	,746	,733	,743	,591	,563	,712	1,000	,659	,523	,561	,462	,594
Ítem 8	,602	,617	,628	,534	,665	,652	,659	1,000	,540	,660	,504	,623
Ítem 9	,594	,490	,503	,384	,324	,521	,523	,540	1,000	,501	,192	,514
Ítem 10	,595	,510	,545	,467	,569	,588	,561	,660	,501	1,000	,337	,401
Ítem 11	,498	,621	,486	,429	,430	,379	,462	,504	,192	,337	1,000	,598
Ítem 12	,619	,634	,603	,606	,568	,531	,594	,623	,514	,401	,598	1,000

ANEXO 29. Matriz de correlación inter-elementos del cuestionario de "Satisfacción con la atención en fisioterapia *MedRisk*". (Muestra piloto)

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14
Ítem 1	1,000	-,073	,096	,180	,334	,235	,235	,057	,225	,091	,090	,217	,244	,218
Ítem 2	-,073	1,000	,166	,407	,312	,226	,266	,125	,360	,577	,712	,336	,550	,554
Ítem 3	,096	,166	1,000	,112	,220	,159	,179	,038	,309	-,109	,045	,110	,280	,278
Ítem 4	,180	,407	,112	1,000	,742	,595	,585	,431	,726	,174	,289	,741	,597	,520
Ítem 5	,334	,312	,220	,742	1,000	,585	,647	,500	,832	,286	,447	,817	,835	,727
Ítem 6	,235	,226	,159	,595	,585	1,000	,914	,649	,453	-,066	,140	,499	,461	,461
Ítem 7	,235	,266	,179	,585	,647	,914	1,000	,657	,568	,004	,179	,511	,511	,497
Ítem 8	,057	,125	,038	,431	,500	,649	,657	1,000	,407	,094	,228	,465	,374	,325
Ítem 9	,225	,360	,309	,726	,832	,453	,568	,407	1,000	,316	,366	,738	,724	,633
Ítem 10	,091	,577	-,109	,174	,286	-,066	,004	,094	,316	1,000	,721	,410	,364	,428
Ítem 11	,090	,712	,045	,289	,447	,140	,179	,228	,366	,721	1,000	,477	,673	,625
Ítem 12	,217	,336	,110	,741	,817	,499	,511	,465	,738	,410	,477	1,000	,744	,706
Ítem 13	,244	,550	,280	,597	,835	,461	,511	,374	,724	,364	,673	,744	1,000	,893
Ítem 14	,218	,554	,278	,520	,727	,461	,497	,325	,633	,428	,625	,706	,893	1,000

ANEXO 30. Análisis factorial exploratorio. Análisis de componentes principales del cuestionario *MedRisk*. Varianza total explicada.

Compo nente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7,619	54,421	54,421	7,619	54,421	54,421
2	1,633	11,661	66,083	1,633	11,661	66,083
3	1,189	8,493	74,576	1,189	8,493	74,576
4	,759	5,424	80,000			
5	,619	4,421	84,421			
6	,517	3,690	88,111			
7	,399	2,849	90,960			
8	,290	2,069	93,029			
9	,239	1,705	94,734			
10	,214	1,526	96,260			
11	,172	1,228	97,488			
12	,125	,894	98,383			
13	,117	,839	99,222			
14	,109	,778	100,000			

ANEXO 31. Fiabilidad del factor 2 del cuestionario de satisfacción *MedRisk*.

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ÍTEM 1	,539	,766
ÍTEM 2	,592	,749
ÍTEM 3	,452	,812
ÍTEM 10	,730	,712
ÍTEM 11	,635	,734

ANEXO 32. Matriz de correlación inter-elementos del cuestionario "Confianza depositada en el fisioterapeuta". (Muestra piloto).

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12
Ítem 1	1,000	,733	,843	,738	,722	,693	,835	,642	,535	,718	,695	,517
Ítem 2	,733	1,000	,855	,663	,816	,865	,696	,597	,449	,693	,627	,314
Ítem 3	,843	,855	1,000	,714	,736	,756	,741	,625	,550	,671	,635	,431
Ítem 4	,738	,663	,714	1,000	,745	,654	,814	,709	,685	,674	,710	,325
Ítem 5	,722	,816	,736	,745	1,000	,910	,860	,580	,625	,785	,733	,376
Ítem 6	,693	,865	,756	,654	,910	1,000	,801	,615	,536	,747	,713	,325
Ítem 7	,835	,696	,741	,814	,860	,801	1,000	,635	,622	,791	,788	,431
Ítem 8	,642	,597	,625	,709	,580	,615	,635	1,000	,693	,684	,568	,316
Ítem 9	,535	,449	,550	,685	,625	,536	,622	,693	1,000	,507	,568	,184
Ítem 10	,718	,693	,671	,674	,785	,747	,791	,684	,507	1,000	,677	,529
Ítem 11	,695	,627	,635	,710	,733	,713	,788	,568	,568	,677	1,000	,289
Ítem 12	,517	,314	,431	,325	,376	,325	,431	,316	,184	,529	,289	1,000
Ítem 13	,372	,228	,203	,107	,297	,311	,416	,185	,058	,481	,234	,592
Ítem 14	,424	,259	,328	,366	,334	,371	,565	,394	,281	,459	,478	,363
Ítem 15	,443	,205	,257	,505	,354	,371	,587	,465	,347	,353	,537	,407
Ítem 16	,472	,342	,406	,524	,349	,288	,494	,415	,249	,455	,543	,452
Ítem 17	,624	,641	,696	,582	,612	,670	,662	,604	,393	,729	,583	,617
Ítem 18	,616	,629	,693	,567	,598	,658	,656	,599	,377	,776	,539	,613
Ítem 19	,619	,601	,683	,569	,569	,626	,674	,595	,370	,768	,536	,579
Ítem 20	,699	,581	,641	,570	,588	,545	,714	,486	,319	,706	,495	,717
Ítem 21	,261	,118	,132	,166	,142	,083	,195	,248	,024	,370	,094	,600
Ítem 22	,273	,183	,136	,196	,214	,193	,322	,274	,165	,467	,210	,268
Ítem 23	,853	,648	,743	,646	,689	,647	,765	,707	,577	,756	,613	,647
Ítem 24	,875	,766	,823	,711	,780	,770	,823	,776	,653	,798	,711	,522

	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 20	Ítem 21	Ítem 22	Ítem 23	Ítem 24
Ítem 1	,372	,424	,443	,472	,624	,616	,619	,699	,261	,273	,853	,875
Ítem 2	,228	,259	,205	,342	,641	,629	,601	,581	,118	,183	,648	,766
Ítem 3	,203	,328	,257	,406	,696	,693	,683	,641	,132	,136	,743	,823
Ítem 4	,107	,366	,505	,524	,582	,567	,569	,570	,166	,196	,646	,711
Ítem 5	,297	,334	,354	,349	,612	,598	,569	,588	,142	,214	,689	,780
Ítem 6	,311	,371	,371	,288	,670	,658	,626	,545	,083	,193	,647	,770
Ítem 7	,416	,565	,587	,494	,662	,656	,674	,714	,195	,322	,765	,823
Ítem 8	,185	,394	,465	,415	,604	,599	,595	,486	,248	,274	,707	,776
Ítem 9	,058	,281	,347	,249	,393	,377	,370	,319	,024	,165	,577	,653
Ítem 10	,481	,459	,353	,455	,729	,776	,768	,706	,370	,467	,756	,798
Ítem 11	,234	,478	,537	,543	,583	,539	,536	,495	,094	,210	,613	,711
Ítem 12	,592	,363	,407	,452	,617	,613	,579	,717	,600	,268	,647	,522
Ítem 13	1,000	,701	,505	,350	,330	,379	,397	,576	,531	,446	,518	,437
Ítem 14	,701	1,000	,795	,443	,527	,501	,563	,515	,243	,264	,442	,464
Ítem 15	,505	,795	1,000	,498	,430	,366	,384	,425	,146	,209	,380	,405
Ítem 16	,350	,443	,498	1,000	,480	,416	,416	,681	,410	,348	,452	,395
Ítem 17	,330	,527	,430	,480	1,000	,973	,959	,706	,340	,390	,644	,645
Ítem 18	,379	,501	,366	,416	,973	1,000	,986	,726	,313	,401	,636	,663
Ítem 19	,397	,563	,384	,416	,959	,986	1,000	,721	,331	,424	,637	,665
Ítem 20	,576	,515	,425	,681	,706	,726	,721	1,000	,463	,435	,721	,711
Ítem 21	,531	,243	,146	,410	,340	,313	,331	,463	1,000	,542	,592	,321
Ítem 22	,446	,264	,209	,348	,390	,401	,424	,435	,542	1,000	,403	,268
Ítem 23	,518	,442	,380	,452	,644	,636	,637	,721	,592	,403	1,000	,907
Ítem 24	,437	,464	,405	,395	,645	,663	,665	,711	,321	,268	,907	1,000

ANEXO 33. Correlación elemento-total del cuestionario "Confianza en el profesional fisioterapeuta". (Muestra piloto)

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1	,851	,961
Ítem 2	,751	,963
Ítem 3	,800	,962
Ítem 4	,775	,962
Ítem 5	,800	,962
Ítem 6	,782	,962
Ítem 7	,882	,961
Ítem 8	,732	,963
Ítem 9	,578	,964
Ítem 10	,865	,961
Ítem 11	,742	,963
Ítem 12	,602	,965

	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 13	,488	,965
Ítem 14	,574	,964
Ítem 15	,536	,964
Ítem 16	,570	,964
Ítem 17	,820	,962
Ítem 18	,812	,962
Ítem 19	,809	,962
Ítem 20	,811	,962
Ítem 21	,382	,965
Ítem 22	,399	,965
Ítem 23	,872	,961
Ítem 24	,893	,961

ANEXO 34. Estadísticos descriptivos de cada uno de los ítems del cuestionario "Confianza en el profesional fisioterapeuta". (Muestra piloto).

	Media	Desviación típica
Ítem 1	4,38	,875
Ítem 2	4,29	,726
Ítem 3	3,86	,999
Ítem 4	4,26	,715
Ítem 5	4,28	,720
Ítem 6	4,17	,729
Ítem 7	4,02	,927
Ítem 8	4,12	1,010
Ítem 9	3,86	,826
Ítem 10	4,00	,838
Ítem 11	4,10	,742
Ítem 12	3,66	1,069

	Media	Desviación típica
Ítem 13	4,57	,565
Ítem 14	4,66	,548
Ítem 15	4,59	,593
Ítem 16	4,16	,875
Ítem 17	3,86	,805
Ítem 18	3,86	,782
Ítem 19	3,84	,790
Ítem 20	4,09	,978
Ítem 21	4,59	,622
Ítem 22	4,60	,493
Ítem 23	4,29	,859
Ítem 24	4,33	,866

ANEXO 35. Análisis factorial exploratorio. Análisis de componentes principales del cuestionario "Confianza depositada en el profesional fisioterapeuta". Varianza total explicada.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	9,519	67,996	67,996	9,519	67,996	67,996
2	,681	4,865	72,861			
3	,658	4,701	77,563			
4	,538	3,840	81,402			
5	,466	3,332	84,734			
6	,397	2,832	87,566			
7	,389	2,776	90,342			
8	,349	2,493	92,835			
9	,297	2,125	94,960			
10	,211	1,507	96,467			
11	,185	1,318	97,785			
12	,145	1,033	98,818			
13	,096	,683	99,502			
14	,070	,498	100,000			

ANEXO 36. Matriz de correlación inter-elementos del cuestionario de "Confianza depositada en el fisioterapeuta". (Muestra amplia)

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18
Ítem 1	1,000	,810	,637	,713	,533	,550	,298	,638	,550	,445	,578	,560	,761	,761	,715	,640	,753	,775
Ítem 2	,810	1,000	,687	,782	,555	,574	,326	,669	,547	,540	,642	,632	,807	,798	,717	,594	,777	,793
Ítem 3	,637	,687	1,000	,768	,540	,543	,304	,641	,519	,418	,546	,522	,692	,680	,678	,604	,697	,712
Ítem 4	,713	,782	,768	1,000	,667	,675	,316	,663	,635	,493	,631	,625	,816	,811	,764	,662	,816	,820
Ítem 5	,533	,555	,540	,667	1,000	,617	,318	,459	,500	,371	,500	,508	,584	,557	,525	,495	,625	,611
Ítem 6	,550	,574	,543	,675	,617	1,000	,309	,503	,531	,346	,526	,566	,667	,653	,586	,515	,642	,662
Ítem 7	,298	,326	,304	,316	,318	,309	1,000	,395	,283	,185	,227	,246	,327	,314	,304	,286	,361	,331
Ítem 8	,638	,669	,641	,663	,459	,503	,395	1,000	,620	,371	,495	,483	,681	,686	,642	,641	,698	,683
Ítem 9	,550	,547	,519	,635	,500	,531	,283	,620	1,000	,457	,452	,516	,621	,621	,542	,562	,604	,594
Ítem 10	,445	,540	,418	,493	,371	,346	,185	,371	,457	1,000	,635	,532	,484	,482	,442	,384	,499	,542
Ítem 11	,578	,642	,546	,631	,500	,526	,227	,495	,452	,635	1,000	,642	,637	,625	,604	,488	,650	,675
Ítem 12	,560	,632	,522	,625	,508	,566	,246	,483	,516	,532	,642	1,000	,679	,661	,600	,489	,616	,637
Ítem 13	,761	,807	,692	,816	,584	,667	,327	,681	,621	,484	,637	,679	1,000	,926	,821	,638	,814	,851
Ítem 14	,761	,798	,680	,811	,557	,653	,314	,686	,621	,482	,625	,661	,926	1,000	,886	,624	,826	,868
Ítem 15	,715	,717	,678	,764	,525	,586	,304	,642	,542	,442	,604	,600	,821	,886	1,000	,626	,776	,825
Ítem 16	,640	,594	,604	,662	,495	,515	,286	,641	,562	,384	,488	,489	,638	,624	,626	1,000	,656	,658
Ítem 17	,753	,777	,697	,816	,625	,642	,361	,698	,604	,499	,650	,616	,814	,826	,776	,656	1,000	,897
Ítem 18	,775	,793	,712	,820	,611	,662	,331	,683	,594	,542	,675	,637	,851	,868	,825	,658	,897	1,000

ANEXO 37. VERSIÓN 5. VERSIÓN FINAL DEL CUESTIONARIO "CONFIANZA DEPOSITADA EN EL PROFESIONAL FISIOTERAPEUTA"

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Mi fisioterapeuta es cuidadoso/a y minucioso/a en su trabajo.					
2. Mi fisioterapeuta me ofrece la más alta calidad de tratamiento.					
3. Pienso que mi tratamiento de fisioterapia es el adecuado.					
4. Creo que mi fisioterapeuta hace todo lo que debería hacer en mi tratamiento.					
5. Sé que mi fisioterapeuta tiene la capacidad de diagnosticar mi problema salud.					
6. Mi fisioterapeuta es mucho mejor profesional que otros de su mismo campo o especialidad.					
7. Creo que necesito una segunda opinión sobre mi tratamiento de fisioterapia.					
8. Mi fisioterapeuta es sincero/a explicándome las diferentes opciones de tratamiento para mí.					
9. En caso de que se cometiera algún error en mi tratamiento, creo que mi fisioterapeuta me lo diría.					
10. Mi fisioterapeuta se toma el tiempo necesario para tratarme en cada sesión					
11. Mi fisioterapeuta se toma el tiempo necesario para escucharme en cada sesión.					
12. Alguna vez he pensado en cambiar de fisioterapeuta.					
13. Recomendaría a un amigo el/la fisioterapeuta que me atiende.					
14. En general, tengo plena confianza en mi fisioterapeuta.					

ANEXO 38. Matriz de correlación inter-elementos de la adaptación al español del cuestionario de confianza *WAKE FOREST* (Muestra piloto).

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10
Ítem 1	1,000	,762	,743	,722	,855	,354	,696	,600	,787	,780
Ítem 2	,762	1,000	,797	,689	,699	,320	,607	,525	,651	,715
Ítem 3	,743	,797	1,000	,753	,807	,282	,625	,685	,686	,778
Ítem 4	,722	,689	,753	1,000	,718	,443	,699	,658	,697	,875
Ítem 5	,855	,699	,807	,718	1,000	,324	,656	,658	,742	,768
Ítem 6	,354	,320	,282	,443	,324	1,000	,294	,115	,484	,405
Ítem 7	,696	,607	,625	,699	,656	,294	1,000	,598	,681	,714
Ítem 8	,600	,525	,685	,658	,658	,115	,598	1,000	,571	,705
Ítem 9	,787	,651	,686	,697	,742	,484	,681	,571	1,000	,679
Ítem 10	,780	,715	,778	,875	,768	,405	,714	,705	,679	1,000

ANEXO 39. Análisis factorial exploratorio. Análisis de componentes principales de la adaptación al español del cuestionario de confianza *WAKE FOREST*. Varianza total explicada.

Compon ente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6,715	67,152	67,152	6,715	67,152	67,152
2	,800	8,002	75,154			
3	,562	5,622	80,776			
4	,452	4,519	85,295			
5	,384	3,844	89,138			
6	,283	2,835	91,973			
7	,266	2,660	94,633			
8	,216	2,165	96,798			
9	,167	1,671	98,469			
10	,153	1,531	100,000			

ANEXO 40. Matriz de correlación inter-elementos de la adaptación al español del cuestionario de confianza *WAKE FOREST* (Muestra amplia).

	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10
Ítem 1	1,000	,572	,625	,685	,762	,547	,692	,507	,728	,749
Ítem 2	,572	1,000	,715	,559	,587	,438	,550	,567	,502	,599
Ítem 3	,625	,715	1,000	,634	,668	,514	,620	,630	,585	,678
Ítem 4	,685	,559	,634	1,000	,810	,576	,821	,545	,692	,773
Ítem 5	,762	,587	,668	,810	1,000	,651	,788	,545	,718	,835
Ítem 6	,547	,438	,514	,576	,651	1,000	,571	,392	,493	,676
Ítem 7	,692	,550	,620	,821	,788	,571	1,000	,530	,692	,740
Ítem 8	,507	,567	,630	,545	,545	,392	,530	1,000	,504	,586
Ítem 9	,728	,502	,585	,692	,718	,493	,692	,504	1,000	,682
Ítem 10	,749	,599	,678	,773	,835	,676	,740	,586	,682	1,000

ANEXO 41. Puntuación general y por ítem del cuestionario de confianza en el proveedor de salud *WAKE FOREST*.

Tal como se indica en el apartado de metodología y atendiendo a la versión original de este cuestionario, se decidió que cada uno de los ítems ponderara de igual manera en la puntuación total o general del mismo.

Este cuestionario posee 5 alternativas de respuesta que se categorizaron de menor a mayor con los valores 1,2,3,4 y 5 de manera que el valor mínimo para cada ítem fue 1 y el valor máximo fue 5. Como finalmente el cuestionario quedó constituido por 10 ítems (al igual que la versión original), la puntuación total mínima posible (correspondiente a la suma de las menores puntuaciones en cada uno de los ítems) era 10 y la puntuación máxima posible (correspondiente a la suma de las mayores puntuaciones en cada uno de los ítems) era 50.

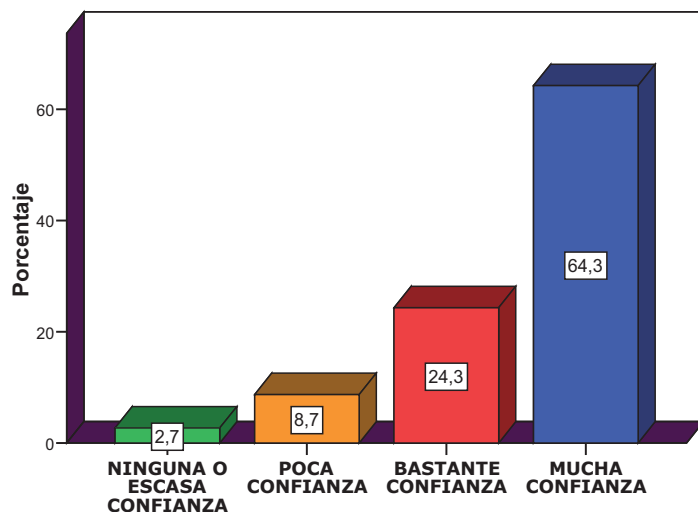
La puntuación general media en el total de la muestra fue $41,29 \pm 7,99$. El rango fue 36 (14-50). La mediana fue 43 y el rango intercuartil se situó entre 38 y 47.

Al convertir esta variable en índice porcentual, el nivel de confianza medio del total de la muestra fue del $78,23\% \pm 19,98$ (IC 95%: 76-80,34). La mediana fue 82,5% y el rango intercuartil se situó entre 70 y 92,5%.

Este índice se categorizó en una nueva variable cualitativa ordinal ("Ninguna o Escasa Confianza", "Poca Confianza", "Bastante Confianza" o "Mucha Confianza") tal como se indica en el apartado de metodología y al igual que el cuestionario de confianza original de este estudio.

De los 333 participantes, 9 pacientes, el 2,7% (IC 95%: 0,8-4,5) manifestaron no tener confianza en el profesional fisioterapeuta que lo asistía, 29 pacientes, el 8,7% del total (IC 95%: 5,5-11,8) declararon sentir "Poca Confianza" en su fisioterapeuta, 81 pacientes, el 24,3% (IC 95%: 19,5-29) manifestaron tener "Bastante confianza" y la mayoría, 214 pacientes, que equivale al 64,3% (IC 95%: 58,9-69,5) expresaron depositar "Mucha Confianza" en el profesional fisioterapeuta que lo atendía.

Distribución de la muestra en función de la variable confianza categorizada (cuestionario WAKE FOREST)



-Análisis de la variable resultado confianza (según el cuestionario WAKE FOREST) en función del tipo de centro.

Confianza WAKE FOREST (Índice %)	Valor global (N= 333)	Centros privados (N=163)	Centros de Salud (N=88)	Hospital (N=82)	Estadístico Prueba de Kruskal-Wallis (significación)
Mediana; (rango intercuartil)	82,5; (70-92,5)	90; (77,5-97,5)	82,5; (70-90)	68,75; (50-82,05)	P<0.0001
Media±desv.estándar (IC 95 %)	78,23 ±19,98 (76-80,34)	86,87 ±11,6 (85,08-88,73)	75,65 ±20,07 (71,39-79,9)	63,84 ±23,83 (58,6-69,07)	

-Análisis descriptivo de los ítems (cuestionario *WAKE FOREST*).

El ítem mejor valorado en toda la muestra fue el ítem 4 (*"Mi fisioterapeuta es extremadamente minucioso y cuidadoso"*), el peor valorado fue el Ítem 8 (*"A veces mi fisioterapeuta no me presta toda la atención cuando intento decirle algo"*). También es este mismo ítem 8 es el que mayor variabilidad presentó.

En la siguiente tabla, se presentan las características descriptivas de los ítems de este cuestionario ordenados en sentido descendente según su promedio.

Características descriptivas de los ítems del cuestionario de confianza *WAKE FOREST*

	Media	Desv. típica	Varianza	Mediana	Rango intercuartil
Ítem 4 <i>"Mi fisioterapeuta es extremadamente minucioso y cuidadoso"</i>	4,35	,829	,687	5	(4-5)
Ítem 5 <i>"Confío plenamente que mi fisioterapeuta decide las técnicas de tratamiento más adecuadas para mí"</i>	4,26	,916	,838	4	(4-5)
Ítem 10 <i>"En general, tengo plena confianza en mi fisioterapeuta"</i>	4,21	1,060	1,123	5	(4-5)
Ítem 3 <i>"La habilidad profesional de mi fisioterapeuta no es tan buena como debería ser"</i>	4,15	1,010	1,020	4	(4-5)
Ítem 1 <i>"Mi fisioterapeuta hace todo lo necesario para darme el tratamiento que preciso"</i>	4,13	,861	,742	4	(4-5)
Ítem 6 <i>"Mi fisioterapeuta es sincero/a explicándome las diferentes opciones de tratamiento para mí"</i>	4,11	,950	,902	4	(4-5)
Ítem 7 <i>"Mi fisioterapeuta sólo piensa en lo mejor para mí"</i>	4,10	,953	,909	4	(3-5)
Ítem 9 <i>"No tengo de qué preocuparme poniendo mi salud en manos de mi fisioterapeuta."</i>	4,05	,960	,922	4	(3-5)
Ítem 2 <i>"A veces mi fisioterapeuta se preocupa más de lo que le conviene a él/ella que de mi tratamiento"</i>	4,00	1,143	1,307	4	(4-5)
Ítem 8 <i>"A veces mi fisioterapeuta no me presta toda la atención cuando intento decirle algo"</i>	3,93	1,152	1,327	4	(4-5)