

Importancia de la comunicación en el establecimiento y satisfacción con el tratamiento en fisioterapia

Importance of communication in the establishment and satisfaction with physiotherapy treatment

Oscar Rodríguez Nogueira^a, Jaume Morera Balaguer^b, Antonio Moreno Poyato^c, Ana Felicitas López Rodríguez^a

^aDepartamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de León, España

^bDepartamento de Fisioterapia, Universidad CEU Cardenal Herrera, España

^cEscuela Superior Enfermería del Mar, Universitat Rovira i Virgili, España

Resumen

Introducción: La fisioterapia ha comenzado a adoptar rápidamente un modelo biopsicosocial donde se reconoce al paciente y su contexto general. Bajo este nuevo paradigma, la comunicación centrada en la persona entre los profesionales de la salud y los beneficiarios de sus cuidados es una de las claves del éxito terapéutico. **Objetivo:** describir y reflexionar acerca de la importancia de la comunicación centrada en la persona en el establecimiento y satisfacción con el tratamiento en el ámbito de la fisioterapia. **Material y métodos:** Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la comunicación centrada en la persona entre el fisioterapeuta y el paciente en las bases de datos de ciencias de la salud PEDro y Pubmed, seleccionándose los artículos que se adecuaban a los objetivos del trabajo. Se integró posteriormente la información de los artículos seleccionados junto a los conocimientos y experiencia de los autores en la materia. **Conclusiones:** La comunicación centrada en la persona es el vehículo mediante el cual se mejora la alianza terapéutica, facilitando un papel activo del paciente en la toma de decisiones terapéuticas y mejorando la satisfacción de este con el tratamiento y con los resultados clínicos. Es necesaria la creación de un instrumento de medida de dicha comunicación en el ámbito de fisioterapia.

Palabras clave: fisioterapia; comunicación; relación terapéutica; tratamiento; satisfacción.

Abstract

Introduction: Physiotherapy is fast adopting a biopsychosocial patient-centred approach where the patient is recognized and its general context. Under this new paradigm, the person-centered communication between health professionals and the beneficiaries of their care is one of the keys to therapeutic success. **Objective:** to describe and reflect on the importance of person-centered communication in the establishment and satisfaction with treatment in the field of physiotherapy. **Material and methods:** A bibliographic review of the person-centered communication between the physiotherapist and the patient was carried out in the main databases of health sciences: PEDro, Pubmed, selecting articles that fit the objectives of the study, integrating subsequently the information of the selected articles and the knowledge and experience of the authors in the matter. **Conclusions:** Patient-centered communication is the vehicle through which the therapeutic alliance is improved, facilitating an active role of the patient in making therapeutic decisions and improving patient satisfaction with treatment and clinical outcomes. It is necessary to create an instrument to measure such communication in the field of physiotherapy.

Key words: physiotherapy; communication; therapeutic relationship; treatment; satisfaction.

Introducción

La comunicación en servicios de salud está experimentando un proceso de cambio en los últimos años (Lázaro & Gracia, 2006). La tendencia actual promueve la participación del paciente en el proceso terapéutico. Esto ha provocado que la relación entre el profesional sanitario y el paciente haya dejado de estar controlada mayoritariamente por el primero, para pasar a ser una relación en la que ambos agentes participan por igual (Mead & Bower, 2000), facilitando la adquisición de un papel más activo por parte del paciente (Leal-Costa, Tirado-González, Van-Der, Román, & Rodríguez-Marín, 2016).

Bajo este nuevo paradigma biopsicosocial, la comunicación entre los profesionales de la salud y los beneficiarios de sus cuidados es una de las claves del éxito terapéutico (Besley, Kayes, & McPherson, 2011). Según diversos autores, la interacción entre el profesional sanitario y el usuario de servicios de salud es el aspecto que más influye en la percepción de calidad sobre el servicio que tiene este último (Hush, Cameron, & Mackey, 2011; Potter, Gordon, & Hamer, 2003a, 2003b), siendo la comunicación uno de los aspectos más importantes para el establecimiento de dicha interacción (Hush et al., 2011; Potter et al., 2003b).

En cuanto el paciente entra en contacto con el sistema sanitario, se establece una comunicación entre este y los profesionales de la salud que le atienden, comunicación que persigue una finalidad terapéutica, y que constituye una de las partes nucleares de la atención. Esta comunicación, por tanto, es una competencia importante que deben tener los distintos profesionales de la salud, como aseguran las principales instituciones nacionales e internacionales dedicadas a la educación (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, 2004). Dicha competencia, puede y debe adquirirse a través de la formación, tanto de grado como de postgrado, ya que no es una característica que dependa únicamente de la forma de ser de cada profesional.

La comunicación en salud se considera como una tecnología sanitaria prioritaria, ya que afecta de manera importante a la eficiencia de las actuaciones sanitarias (Leal-Costa et al., 2016), además de ser fundamental en otros resultados primordiales en cualquier intercambio sanitario (satisfacción, calidad percibida, adherencia, etc). En este sentido, establecer una comunicación terapéutica caracterizada por el entendimiento mutuo, la confianza, el respeto, la empatía, el centrarse en las necesidades del paciente y compartir la responsabilidad

se ha relacionado con una mayor satisfacción tanto del profesional sanitario como del paciente (Leal-Costa et al., 2016).

Además, para el profesional sanitario significa un intercambio de experiencias, sentimientos y pensamientos con los sujetos de su entorno, que puede tener efectos protectores de su salud física y emocional, pero también de riesgo de la misma (González & Pacheco, 2007).

En el campo de la fisioterapia, el consenso en que la calidad asistencial depende directamente de la comunicación entre fisioterapeuta y paciente es cada vez mayor (Schmidt, Gramm, & Farin, 2012). De hecho, diversos estudios indican que la fisioterapia ha comenzado a adoptar un modelo biopsicosocial (Kamper et al., 2014) donde se reconoce al paciente y su contexto general. Su desarrollo social, psicológico, cultural y ambiental, da forma a la manera en que el individuo entiende y reacciona ante su enfermedad. En esencia se basa en un sistema de salud centrado en el paciente (Sanders, Foster, Bishop, & Ong, 2013).

Debido al avance de la profesión de fisioterapia, a la adopción del modelo biopsicosocial, y a la importancia que tiene la comunicación dentro del modelo de cuidados centrado en el paciente, creemos necesaria la realización de la presente revisión, cuyos objetivos principales son describir y reflexionar en torno a la importancia de la comunicación centrada en la persona en el establecimiento y satisfacción con el tratamiento en el ámbito de la fisioterapia.

Material y métodos

Para poder dar respuesta a los objetivos del trabajo, se realizó una revisión bibliográfica sobre la comunicación centrada en la persona entre el fisioterapeuta y el paciente en las siguientes bases de datos de ciencias de la salud: PEDro, Pubmed. Se seleccionaron los artículos que se adecuaban a los objetivos planteados. Posteriormente se llevó a cabo una integración de la información de los artículos y de los conocimientos y experiencia de los autores en la materia. Las palabras claves utilizadas para la búsqueda fueron: fisioterapia, comunicación, relación terapéutica, tratamiento y satisfacción.

Resultados

Importancia de la comunicación en los cuidados centrados en la persona

Implementar los cuidados centrados en la persona es

uno de los objetivos prioritarios propuestos por el Institute of Medicine (IOM) para mejorar los cuidados en salud en el siglo 21 (Medicine, 2001). En ese sentido, Mean and Bower (Mead & Bower, 2000), en el año 2000, llevaron a cabo una revisión de la literatura sobre los cuidados centrados en la persona, creando un marco conceptual en el cual incluyeron cinco dimensiones prioritarias: la perspectiva biopsicosocial, el paciente como persona, el compartir el poder y la responsabilidad, la alianza terapéutica y el profesional como persona. Estos autores reconocen que los cuidados centrados en la persona son un plus de calidad de los cuidados de salud, y que sus elementos relevantes son la capacidad del profesional de entender las necesidades únicas de cada persona y el establecer una comunicación interpersonal saludable. En la misma línea, Morgan y Yoder (Morgan & Yoder, 2012) llevaron a cabo en el 2011 una revisión sobre el concepto de los cuidados centrados en la persona, el cual definieron como: enfoque holístico (bio-psico-social-espiritual) de cuidados respetuoso e individualizado, que permite negociar la atención y ofrecer opciones a través de una relación terapéutica en la que se empodera a la persona para participar en decisiones de salud en la medida que esta desee.

Tanto Mead y Bower (2000) como Morgan y Yoder (2012) coinciden en otorgar una importancia crucial a la comunicación y la relación terapéutica como vehículo mediante el cual poder instaurar el modelo de cuidados centrados en la persona. Para establecer esta comunicación centrada en la persona, en la que se tiene en cuenta al paciente, sus emociones, objetivos y necesidades, y se comparte el poder y las decisiones terapéuticas, el psicólogo norteamericano Carl Rogers (1951) definió como características fundamentales que debía desarrollar el terapeuta la empatía, la autenticidad y la aceptación incondicional del paciente, a las cuales se unió después la escucha activa. Dentro del marco de esta comunicación se ha prestado especial atención al concepto de Alianza terapéutica (Hall, Ferreira, Maher, Latimer, & Ferreira, 2010), donde el paciente a través de una relación de afecto positivo debe formar un equipo con el fisioterapeuta, negociar juntos los objetivos del tratamiento y cómo llevarlos a cabo. La consecución de una buena alianza terapéutica se desarrolla a través de los mismos componentes de la comunicación terapéutica centrada en el paciente (Watson & Geller, 2005).

En el ámbito de la fisioterapia Hall (2010) realizó una revisión bibliográfica para tratar de cuantificar si la alianza terapéutica tiene relación con los resultados del tratamiento en el contexto de la rehabilitación. El artículo

concluye que hay estudios, sobre todo en pacientes con dolor músculo-esquelético, que indican que la relación entre alianza y resultados terapéuticos es positiva, consiguiéndose mejores resultados terapéuticos cuanto mayor es la alianza alcanzada. La autora sugiere la necesidad de construir un instrumento de medida para este constructo en la rehabilitación física, ya que los existentes son extraídos de mediciones de psicoterapia.

Importancia de la comunicación en la instauración del tratamiento: la toma de decisiones conjunta

La toma de decisiones conjunta en cuanto a objetivos y tratamiento entre fisioterapeuta y paciente es una de las características de la alianza terapéutica. Se define como el proceso de toma de decisiones compartida conjuntamente entre los pacientes y sus proveedores de atención médica (Briss et al., 2004). Es necesario el establecimiento de un contexto de comunicación en el que la opinión de los pacientes sobre las opciones de tratamiento sea valorada y considerada como imprescindible. A partir de aquí el profesional transfiere la información técnica necesaria de manera comprensible, ayudando a los pacientes a basar sus preferencias teniendo en cuenta la mejor evidencia posible y existente. El siguiente paso es conseguir que los pacientes manifiesten sus preferencias, y en este momento el profesional introduce el componente de incertidumbre implícito en todas las decisiones de salud (Elwyn, Edwards, & Kinnersley, 1999). Según las conclusiones de una revisión Cochrane centrada en este tema realizada en 2014 existe una evidencia de alta calidad de que este abordaje ayuda en la toma de decisiones en comparación con la atención habitual, reduciendo los conflictos relacionados con el sentirse poco informados y el no actuar conforme a los propios valores. En la revisión se apunta también que se estimula al paciente a tomar parte activa en el tratamiento (Stacey et al., 2014).

A pesar de que la naturaleza de la patología puede influir en la cantidad de control que quiere tener el paciente sobre sus decisiones clínicas (Gravel, Légaré, & Graham, 2006), cada vez más personas reconocen que ellos son los que mejor pueden valorar sus capacidades, tomando en consecuencia las mejores decisiones para su salud (Kennedy, Rogers, & Gately, 2005). Esta manera de pensar es propia de pacientes que ven aumentada su creencia de autoeficacia, cognición absolutamente necesaria en determinados ámbitos, como por ejemplo durante el tratamiento de pacientes con dolor crónico (Nijs, Paul van Wilgen, Van Oosterwijck, van Ittersum, & Meeus, 2011).

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

Importancia de la comunicación en la satisfacción del paciente

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

tratamiento, al intercambio fluido de información terapéutica, a un mayor ajuste de las expectativas del paciente, y a la autorregulación y superación de metas.

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

Consideraciones finales

La fisioterapia está adoptando un modelo biopsicosocial donde la alianza terapéutica y la toma de decisiones conjunta son primordiales. El vehículo para desarrollar este nuevo modelo es una comunicación centrada en la persona, que en base a la literatura consultada, facilita la alianza terapéutica y la puesta en marcha del método de toma de decisiones conjunta, mejorando en consecuencia la satisfacción del paciente con el tratamiento y los resultados clínicos del mismo.

Sin duda, teniendo en cuenta las evidencias consultadas que indican la necesidad de instaurar una buena relación terapéutica, y dado que en la actualidad no existe ningún instrumento de medición de la misma en el ámbito de la fisioterapia, sugerimos destacar como conclusión final la necesidad de construir y validar un instrumento de medida de dicha relación terapéutica en el ámbito de fisioterapia.

Referencias Bibliográficas

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2004). Libro blanco. Título de grado en Fisioterapia. (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, Ed.). Madrid.
- Besley, J., Kayes, N., & McPherson, K. (2011). ML Roberts Prize Winner-Assessing the measurement properties of

- two commonly used measures of therapeutic relationship in physiotherapy. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 39(2230–4886), 81–91.
- Blanco, L. (2004). Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.
- Briss, P., Rimer, B., Reilley, B., Coates, R. C., Lee, N. C., Mullen, P., ... Task Force on Community Preventive Services. (2004). Promoting informed decisions about cancer screening in communities and healthcare systems. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(1), 67–80.
- Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Fleischer, C., & Greitemann, B. (2009). Patient-doctor interaction in rehabilitation: the relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 328–35. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.031>
- Elwyn, G., Edwards, A., & Kinnersley, P. (1999). Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 49(443), 477–82.
- González, B., & Pacheco, A. (2007). Problemas de comunicación percibidos por las enfermeras. *Metas de Enfermería*, 10(5), 26–30.
- Gravel, K., Légaré, F., & Graham, I. D. (2006). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implementation Science : IS*, 1(1), 16. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-16>
- Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J., & Ferreira, M. L. (2010). The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Physical Therapy*, 90(8), 1099–110. <https://doi.org/10.2522/ptj.20090245>
- Hofstede, S. N., Marang-van de Mheen, P. J., Wentink, M. M., Stiggelbout, A. M., Vleggeert-Lankamp, C. L. a, Vliet Vlieland, T. P. M., & van Bodegom-Vos, L. (2013). Barriers and facilitators to implement shared decision making in multidisciplinary sciatica care: a qualitative study. *Implementation Science : IS*, 8(1), 95. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-95>
- Hofstede, S. N., van Bodegom-Vos, L., Wentink, M. M., Vleggeert-Lankamp, C. L. A., Vliet Vlieland, T. P. M., & Marang-van de Mheen, P. J. (2014). Most important factors for the implementation of shared decision making in sciatica care: ranking among professionals and patients. *PloS One*, 9(4), e94176. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094176>
- Hush, J. M., Cameron, K., & Mackey, M. (2011). Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Physical Therapy*, 91(1), 25–36. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100061>
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J. E. M., Ostelo, R. W. J. G., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 350(9), h444. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000963.pub3>
- Kennedy, A., Rogers, A., & Gately, C. (2005). From patients to providers: prospects for self-care skills trainers in the National Health Service. *Health & Social Care in the Community*, 13(5), 431–40. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2005.00568.x>
- Kim, S. S., & Park, B. K. (2008). Patient-perceived communication styles of physicians in rehabilitation: the effect on patient satisfaction and compliance in Korea. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation / Association of Academic Physiatrists*, 87(12), 998–1005. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e318186babf>
- Lázaro, J., & Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(3), 7–17.
- Leal-Costa, C., Tirado-González, S., Van-Der, C. J., Román, H., & Rodríguez-Marín, J. (2016). Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS, 32(1), 49–59. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.3.184701>
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* (1982), 51(7), 1087–110.
- Medicine, I. of. (2001). *Crossing the Quality Chasm*. Washington, D.C.: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>
- Morgan, S., & Yoder, L. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6–15.
- Nijs, J., Paul van Wilgen, C., Van Oosterwijck, J., van Ittersum, M., & Meeus, M. (2011). How to explain central sensitization to patients with “unexplained” chronic musculoskeletal pain: Practice guidelines. *Manual Therapy*, 16(5), 413–418. <https://doi.org/10.1016/j.math.2011.04.005>
- Nuutila, L., & Salanterä, S. (2006). Children with a long-term illness: parents' experiences of care. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(2), 153–160.
- PARASURAMAN A, ZEITHAML V, B. L. (1993). *SERVQUAL: Calidad total en la gestión de servicios*. (D. de Santos, Ed.). Madrid.
- Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P. (2003a). The difficult patient in private practice physiotherapy: a qualitative study. *The Australian Journal of Physiotherapy*, 49(1), 53–61.

- [https://doi.org/doi.org/10.1016/s0004-9514\(14\)60188-4](https://doi.org/doi.org/10.1016/s0004-9514(14)60188-4)
- Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P. (2003b). The physiotherapy experience in private practice: The patients' perspective. *Australian Journal of Physiotherapy*, 49(3), 195–202. [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)60239-7](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)60239-7)
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory* by Rogers, C. R.
- Sanders, T., Foster, N. E., Bishop, A., & Ong, B. N. (2013). Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14(1), 65. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-65>
- Schmidt, E., Gramm, L., & Farin, E. (2012). [Communication preferences of patients with chronic back pain in medical rehabilitation]. *Schmerz (Berlin, Germany)*, 26(1), 69–76. <https://doi.org/10.1007/s00482-011-1105-5>
- Stacey, D., Légaré, F., Col, N. F., Bennett, C. L., Barry, M. J., Eden, K. B., ... Wu, J. H. (2014). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. In D. Stacey (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD001431). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub4>
- Tattersall, R. L. (2002). The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. *Clinical Medicine (London, England)*, 2(3), 227–9.
- Watson, J. C., & Geller, S. M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process–experiential and cognitive–behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1–2), 25–33. <https://doi.org/10.1080/10503300512331327010>