



ORIGINAL

Satisfacción y experiencias de los pacientes en centros de rehabilitación asociados con su confianza en la profesionalidad de los fisioterapeutas

F.J. Jimeno-Serrano^a, F. Medina-Mirapeix^{a,*}, P. Escolar-Reina^a y M.E. DelBaño-Aledo^b

^a Departamento de Fisioterapia, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, Murcia, España

^b Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Católica San Antonio, Murcia, España

Recibido el 28 de febrero de 2012; aceptado el 20 de junio de 2012

PALABRAS CLAVE

Confianza;
Departamento de
fisioterapia;
Hospital;
Rehabilitación;
Satisfacción del
paciente

Resumen

Introducción: Existe insuficiente conocimiento sobre qué confianza tienen los pacientes en quienes prestan cuidados de rehabilitación, sus determinantes y la asociación con la evaluación del servicio.

Objetivos: Examinar la confianza en la profesionalidad del fisioterapeuta por parte de pacientes en fases post-agudas en Unidades externas de Rehabilitación; determinar los aspectos asistenciales de los pacientes que la condicionan y su relación con la satisfacción del paciente.

Material y métodos: Estudio transversal mediante cuestionario autocumplimentado, realizado en Unidades de Rehabilitación de 3 hospitales de la red MAPFRE. Las medidas de resultado fueron: puntuación de problemas (de 0 a 100%) de las experiencias autoinformadas en 7 aspectos de los cuidados (pertenecientes al ambiente organizacional y las actitudes del profesional), satisfacción, confianza en la profesionalidad y, características sociodemográficas y de salud de los participantes.

Resultados: Participaron 465 pacientes (respuesta: 90%) con una media de 39,4 (DE = 11,9) años. La confianza fue completa en el 61,1% de los participantes. Mientras que la *odds ratio* (OR) de completa confianza se incrementa con la percepción de cambio funcional (OR = 3,77), de crece con tener experiencias problemáticas en algunos aspectos asistenciales: «educación e información» (OR = 0,99), «apoyo emocional» (OR = 0,97) e «interrupciones durante las sesiones» (OR = 0,99). La confianza presenta una correlación positiva con los niveles de satisfacción ($p < 0,01$).

Conclusiones: Son muchos los pacientes que desarrollan una completa confianza en los fisioterapeutas, especialmente los que presentan notable mejora funcional y pocas situaciones problemáticas en determinados aspectos asistenciales. Aunque no todos los aspectos asistenciales son igualmente determinantes de la confianza, esta siempre se relaciona con la satisfacción.

© 2012 Elsevier España, S.L. y SERMEF. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mirapeix@um.es (F. Medina-Mirapeix).

KEYWORDS

Trust;
Physical therapy
department;
Hospital;
Rehabilitation;
Patient satisfaction

Patients' satisfaction and experiences in rehabilitation units associated with their trust in the professionalism of the physiotherapists'

Abstract

Introduction: There is still insufficient knowledge about levels of trust in those who provide rehabilitation care, its determinants and association with service evaluation.

Objectives: To examine trust in the professionalism of the physiotherapist who treats patients in post-acute phases in external rehabilitation units. To determine the care aspects of the patients that condition it and its relation with the patients' satisfaction.

Materials and methods: A cross-sectional study using a self-administered questionnaire was carried out in the rehabilitation units of 3 private hospitals, belonging to the private network of MAPFRE. Outcome measurements were: scoring problems (from 0 to 100%) of the self-reported experiences in 7 care aspects (belonging to organizational setting and professionals' attitudes), satisfaction, trust in professionalism, and the patients' socio-demographic and health characteristics.

Results: A total of 465 patients (response 90%) took part. Mean age was 39.4 years (SD=11.9) and 61.1% of participants had full trust in their physiotherapists. While the odds ratio of full trust increases with perception of functional change (OR=3.77), it decreases with having problematic experiences in certain care aspects: "education and information" (OR=.99), "emotional support" (OR=.97) and "interruptions during the sessions" (OR=.99). Trust has a positive correlation with satisfaction ($P<.01$).

Conclusions: Many patients develop full trust in their physiotherapists, particularly those who experience functional improvement and have few problematic situations in certain care aspects. Although not all care aspects are equally decisive for trust, the latter is always associated with satisfaction.

© 2012 Elsevier España, S.L. and SERMEF. All rights reserved.

Introducción

La confianza del paciente en la profesionalidad de su médico o de otros profesionales es un elemento de notable relevancia en la calidad asistencial, porque puede influir en los resultados clínicos y la satisfacción del paciente. Se ha descrito que podría ser un factor clave en el efecto placebo, la efectividad de algunas terapias y las variaciones inexplicables de muchos resultados¹. También se ha confirmado que la confianza en el médico incrementa la probabilidad de adherencia a las recomendaciones del tratamiento¹⁻³ y la satisfacción del paciente^{3,4}.

Mucha de la bibliografía sobre confianza se ha centrado en la confianza en el médico, tanto en Atención Primaria⁵ como en especializada⁶. Los esfuerzos se han centrado en la medición de la confianza⁷⁻¹⁰, en describir los niveles de confianza^{4,7,11} y en identificar sus determinantes^{4,7,10,12,13} y las consecuencias de la misma sobre otros resultados^{3,4,11}. Así, existe actualmente evidencia de que aspectos como la edad o las experiencias de los pacientes condicionan la confianza del paciente en su médico.

En relación a la medición se han propuesto tanto medidas globales unidimensionales^{1,14,15} como medidas basadas en considerar la confianza como un constructo multidimensional. Algunas de las dimensiones más aceptadas en las cuales se cree que los pacientes basan su confianza en el médico son: la competencia profesional^{7,16-19}, la compasión^{2,7,16}, la privacidad y confidencialidad^{7,16}, seguridad⁷ y la comunicación²⁰.

El nivel de conocimiento existente en la bibliografía sobre la confianza en la asistencia médica contrasta con la

escasez existente respecto a la confianza en quienes prestan los cuidados de rehabilitación. Este tipo de cuidados son muy habituales en el sistema sanitario, y se prestan mediante intervenciones frecuentes y multidisciplinarias, siendo las intervenciones de fisioterapia unas de las más habituales. Dado que el contexto y la naturaleza de las relaciones entre los pacientes y los médicos pueden ser distintas con respecto a los profesionales que prestan cuidados de rehabilitación, es importante conocer las variaciones relativas a la confianza en quienes prestan estos cuidados.

Este estudio tiene como objetivo 3 dimensiones relevantes sobre confianza descritos en la bibliografía médica, pero en relación al fisioterapeuta que presta cuidados a pacientes en fases post-agudas en Unidades externas de Rehabilitación: 1) la frecuencia en la que los pacientes tienen completa confianza en la profesionalidad del fisioterapeuta; 2) los aspectos asistenciales y características de los pacientes que condicionan dicha confianza; y 3) la relación entre la confianza y la satisfacción del paciente, considerada como medida de resultado.

Material y métodos**Diseño de estudio**

Se realizó un estudio transversal mediante cuestionario autocumplimentado a pacientes externos recibiendo cuidados de rehabilitación por problemas musculoesqueléticos. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Murcia. El período de estudio fue un semestre

de 2008 y el ámbito, los hospitales de MAPFRE que tenían Unidades de Rehabilitación para pacientes hospitalizados y pacientes externos. De los 4 hospitales contactados, 3 participaron en la encuesta. Un hospital no participó por expreso rechazo de la dirección médica del mismo. Fueron encuestados así los pacientes de las Unidades de Rehabilitación de los 3 hospitales participantes situados en Barcelona, Madrid y Sevilla.

Población de estudio

Los criterios de inclusión fueron: personas de 18 años o más, recibiendo cuidados de rehabilitación y que pudiesen hablar, leer y entender el castellano. Se excluyeron pacientes incapaces de completar el cuestionario debido a algún déficit cognitivo.

Se fijó un tamaño de muestra de 150 personas con respuesta por cada Unidad de Rehabilitación para una confianza de los ítems del 95% y un 6% de precisión, asumiendo una proporción media de problemas por ítem del 25%. Considerando una tasa de respuesta del 70%, se contempló necesario un tamaño de muestra de 195 cuestionarios por Unidad. Conforme a todo ello, se distribuyeron un total de 585 cuestionarios.

Se utilizó el muestreo consecutivo de tipo no probabilístico. Se registraron las razones (déficit cognitivo) y el número de exclusiones. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes al inicio del tratamiento.

Mediciones

Se utilizó un cuestionario que incluía cuestiones acerca de la confianza y la satisfacción, las experiencias y las características de los pacientes.

La confianza y la satisfacción se midieron con sendos ítems. Para la confianza se preguntó por la confianza en la profesionalidad del fisioterapeuta, sobre una escala de respuesta de 5 puntos (con categorías: mucha, bastante, regular, poca, nada). La satisfacción medida fue con relación a los cuidados recibidos, usando una escala de 10 puntos, desde uno (mínima) hasta 10 (máxima). Las respuestas a ambos ítems, confianza y satisfacción, fueron recodificadas. Los puntos de corte de la recodificación se decidieron antes de examinar los datos y fueron: aquellos que referían mucha confianza se codificaron como «tener completa confianza» y aquellos que referían su satisfacción por encima de la media fueron considerados de «tener una alta satisfacción».

El desarrollo de las preguntas acerca de las experiencias de los pacientes ha sido descrito en detalle con anterioridad²¹. Brevemente, se seleccionaron y adaptaron los ítems del cuestionario en función de los instrumentos validados y estudios cualitativos previos dirigidos a identificar qué aspectos específicos de los cuidados de rehabilitación preocupaban a los pacientes externos cuando evaluaban la calidad de sus cuidados^{22,23}. Se construyó un cuestionario inicial y se usaron entrevistas de tipo pre-test cognitivo para testar la comprensión y la comodidad con sus formatos de respuesta e instrucciones. El cuestionario resultante se administró a 94 pacientes externos con problemas musculoesqueléticos que recibieron cuidados de

rehabilitación para testar sus propiedades psicométricas y el procedimiento de recogida de datos. El instrumento final de todo este proceso incluyó 23 ítems centrados en 2 áreas principales –ambiente organizacional y actitudes y comportamientos del profesional– y 7 dominios.

Los ítems del cuestionario medían si ciertos procesos o acontecimientos ocurrían durante el transcurso de un episodio específico de cuidados, de una manera similar a los instrumentos del Instituto Picker²⁴ (tabla 1). Cada ítem tenía una escala de respuesta de 5 puntos basada en categorías de frecuencia (nunca, raramente, a veces, a menudo, siempre). Estas categorías fueron recodificadas en 2 categorías (problema/no problema) para el análisis estadístico. Un problema se define como un aspecto de los cuidados de salud que podría, desde la perspectiva del paciente, ser mejorado. Por lo tanto, las respuestas «siempre» y «nunca» fueron consideradas respectivamente como la ausencia de un problema en los ítems directos e inversos.

Para cada encuestado se creó una puntuación para cada uno de los 7 dominios y de las 2 áreas del citado instrumento. Cada dominio fue puntuado de 0 (no problema) a 100 (todos los ítems valorados como problema). Como el número de preguntas en cada dominio difería, cada área fue puntuada promediando las puntuaciones de cada uno de sus dominios. Este procedimiento tuvo el efecto de hacer más comparable la contribución de las respuestas de cada dominio a la puntuación del área.

Se preguntó a los pacientes acerca de su edad (años), sexo (masculino/femenino) y el nivel de estudios alcanzado (sin estudios, graduado escolar, bachiller, técnico especialista y titulación universitaria) y 2 indicadores del estado de salud: la parte del cuerpo implicada en el proceso que llevó al paciente a rehabilitación (extremidad inferior, extremidad superior o tronco, más de una parte), y la percepción global de cambio a nivel funcional durante el episodio asistencial en una escala de 5 puntos (mucho peor, peor, sin cambios, mejor y mucho mejor). Estos dos ítems, nivel de educación y edad, fueron codificados en nuevos grupos como se indica en el apartado de resultados. Los puntos de corte fueron decididos antes de examinar los datos.

Recogida de datos

El cuestionario fue administrado durante las citas clínicas de los pacientes y al final del episodio de rehabilitación o a la quinta semana de tratamiento, lo que antes sucedió. El fisioterapeuta encargado del paciente entregó el cuestionario y una carta introductoria. Se pidió a los pacientes que depositaran el cuestionario en una caja situada en el área administrativa del centro en el día/los 2 días siguientes a su recepción. Se estableció que los proveedores no serían capaces de identificar las respuestas correspondientes a cada individuo.

Análisis estadístico

Se calcularon los estadísticos descriptivos para la confianza y la satisfacción. Para estudiar los factores asociados con la confianza de los pacientes en la profesionalidad de los fisioterapeutas usamos primero la prueba *t* de Student de significación para comparar medias de puntuación de

Tabla 1 Áreas y dominios de las experiencias de los pacientes e ítems dentro de cada dominio

Áreas	Dominios	Ítems
Actitudes y comportamientos del profesional	Información y educación	<ul style="list-style-type: none"> • No recibir información acerca del pronóstico • No recibir información acerca de la utilidad de las terapias • No recibir información sobre cómo prevenir las complicaciones clínicas durante el tratamiento
	Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Responder de manera pobre a las preguntas del paciente • El paciente no recibió estímulos para hacer frente a sus preocupaciones • El terapeuta no parecía muy interesado en la recuperación del paciente • El terapeuta parece no ser consciente de las preocupaciones/necesidades del paciente • Monitorización de los ejercicios menos frecuente de lo necesario
	Sensibilidad a los cambios del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • No tener oportunidad de hablar de las dudas/preocupaciones • Tratamiento no adaptado a la aparición o incremento del dolor • Tratamiento no adaptado a los cambios de humor del paciente • Tratamiento no adaptado a los cambios en el estado funcional
Ambiente organizacional	Duración de la atención	<ul style="list-style-type: none"> • La duración de la atención fue menor de lo esperado • El terapeuta parece tener un tiempo muy limitado para observar la práctica de los ejercicios • El paciente no es acompañado por el terapeuta para prevenir riesgos durante los ejercicios o la terapia
	Interrupciones durante los cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Hubo interrupciones porque el terapeuta tenía que ayudar a otros pacientes • Hubo interrupciones porque el terapeuta tenía que atender a otros profesionales • Hubo interrupciones porque el terapeuta atendía llamadas telefónicas u otras tareas administrativas
	Tiempos de espera durante el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Esperar porque los boxes o los aparatos estaban ocupados • Esperar porque las camillas estaban ocupadas • Esperar porque otros equipamientos estaban ocupados
	Seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir ayuda de otros pacientes para prevenir riesgos (por ejemplo, caídas) • Experimentar situaciones peligrosas (por ejemplo, caídas) debido a la falta de ayuda de los profesionales

problemas entre los pacientes con y sin completa confianza y la prueba de la Chi-cuadrado para comparar la proporción de participantes que informaron completa confianza entre los subgrupos del estudio definidos por las características de los pacientes. Finalmente, se calculó la correlación entre los

niveles de confianza y satisfacción mediante el coeficiente de Spearman (r_s). Todas estas pruebas de significación fueron bilaterales y el α se situó en 0,05. En un segundo paso, las variables que fueron significativas ($p < 0,05$) se introdujeron en un modelo multivariable de regresión logística usando

Tabla 2 Media de satisfacción de los participantes por cada uno de los niveles de confianza

Confianza en el fisioterapeuta	% (n)	Media de satisfacción (DE)
Nada	0	—
Poca	1,1 (5)	4,80 (2,17)
Regular	7,2 (33)	6,88 (1,53)
Bastante	30,6 (140)	8,54 (0,93)
Mucha	61,1 (280)	9,47 (0,73)
Total	100 (458)	8,9 (1,2)

la confianza recodificada en binaria como variable dependiente. El modelo final fue producido por medio del método de eliminación hacia atrás de las variables independientes usando el test de razón de probabilidad a nivel de significación de $p=0,05$. La bondad del ajuste del modelo de remisión fue valorada usando los métodos descritos por Hosmer y Lemeshow. Estos análisis de remisión fueron realizados para determinar la importancia relativa de las características y experiencias de los participantes sobre su confianza en la profesionalidad de los fisioterapeutas. Todos los análisis se realizaron con el programa SPSS®, versión 15.0.

Resultados

Características de los encuestados

Después de un período de 6 meses, identificamos 520 sujetos, pero 4 fueron excluidos por un déficit cognitivo. Por lo tanto, obtuvimos 516 sujetos elegibles, 465 de los cuales completaron el cuestionario (90%). La edad media de los sujetos fue 39,4 (DE=11,9) años (rango: 18-80). Hubo 131 mujeres (28,7%), 26 sin estudios (5,8%), 184 con estudios primarios (41,1%), y 238 secundarios y/o universitarios (53,1%). La zona corporal principalmente afectada por el problema que trajo al paciente al centro fue la extremidad inferior (48,1%), seguida por el tronco o extremidad superior (46,6%). Un total de 249 (54,4%) encuestados se sintió mejor tras el episodio de cuidados y 177 (38,6%) se sintieron mucho mejor.

Ocho (1,7%) y 17 (3,7%) encuestados no respondieron a preguntas relativas al sexo y nivel de educación respectivamente. Los sujetos que contestaron a la encuesta y los que no contestaron no fueron comparados para valorar el sesgo de no respuesta ante la elevada proporción de respuesta (90%).

Confianza y satisfacción

Un total de 280 (61,1%) sujetos informaron tener una completa confianza con la profesionalidad de su fisioterapeuta y ninguno informó tener nula confianza. Tan solo 5 (1,1%) tuvieron poca confianza (tabla 2). La media de satisfacción de los encuestados fue de 8,9 (DE = 1,2). Los encuestados que tuvieron más altos niveles de confianza tuvieron en promedio más satisfacción con los cuidados recibidos. Así, mientras la media de satisfacción fue de 9,47 (DE = 0,73) entre los que tuvieron mucha confianza, tan solo fue de 4,80 (DE = 2,17) entre los que tuvieron poca. Ambos ítems mostraron también una alta correlación en el coeficiente de Spearman (r_s : 0,672; $p < 0,01$).

Características y experiencias de los pacientes relacionadas con la confianza

La tabla 3 muestra las puntuaciones medias de problemas en cada tipo de experiencias de los pacientes, tanto con «completa confianza» como sin ella. Entre ambos grupos existen variaciones significativas para todas las experiencias

Tabla 3 Puntuaciones medias de problemas en cada tipo de experiencias de los pacientes con «completa confianza» y sin ella

Áreas	Experiencias de los pacientes por dominios	Sin completa confianza n = 178 Media (DE)	Con completa confianza n = 280 Media (DE)	Valor de p
Actitudes y comportamientos del profesional	Información y educación	39,4 (37,9)	13,9 (26,2)	0,0001
	Apoyo emocional	51,2 (36,7)	17,6 (24,4)	0,0001
	Sensibilidad a los cambios del paciente	65,0 (39,9)	36,5 (41,4)	0,0001
Ambiente organizacional	Duración de la atención	75,5 (33,5)	59,1 (41,0)	0,0001
	Interrupciones durante los cuidados	50,8 (42,4)	30,9 (35,8)	0,0001
	Tiempos de espera durante el tratamiento	60,6 (41,6)	41,0 (39,4)	0,0001
	Seguridad del paciente	15,8 (29,7)	8,8 (23,4)	0,009

DE: desviación estándar.

Tabla 4 Porcentaje de pacientes con «completa confianza» en cada uno de los subgrupos definidos por sus características sociodemográficas y de salud

Características sociodemográficas y de salud	Completa confianza n (%)	Valor de p
<i>Edad</i>		
18-30	84 (63,6)	0,250
31-45	103 (56,6)	
> 45	89 (65,0)	
<i>Sexo</i>		
Femenino	78 (60,5)	0,821
Masculino	199 (61,6)	
<i>Educación</i>		
Sin estudios/graduado escolar	122 (59,2)	0,524
Bachiller/técnico especialista/titulación universitaria	148 (62,2)	
<i>Zona corporal afectada</i>		
Extremidad inferior	130 (59,1)	0,602
Tronco o extremidad superior	133 (63,6)	
2 zonas	14 (58,3)	
<i>Percepción global de cambio</i>		
Sin cambios/peor/mucho peor	10 (31,3)	0,0001
Mejor	139 (56,0)	
Mucho mejor	130 (73,4)	

estudiadas. En otras palabras, los pacientes con completa confianza en sus fisioterapeutas tienen un menor número de experiencias valoradas como problemas.

La [tabla 4](#) muestra el porcentaje de pacientes con «completa confianza» en cada uno de los subgrupos definidos por sus características sociodemográficas y de salud. De todas, la única característica asociada a la confianza es la percepción global de cambio a nivel funcional durante el episodio de cuidados de rehabilitación ($p < 0,001$). Se puede observar, por ejemplo, que entre los sujetos que perciben estar «mucho mejor» hay más porcentaje de sujetos con confianza completa que sin ella.

La [tabla 5](#) presenta los resultados del modelo multivariable de regresión logística tomando como variable dependiente la confianza y como independientes todos los dominios de experiencias de los pacientes y la percepción global del cambio. Los resultados sugieren que son determinantes de la confianza con la profesionalidad del fisioterapeuta, tanto las experiencias de los pacientes, como su percepción de cambio. En relación a esta última se puede ver que los pacientes que valoraron su cambio funcional como «mucho mejor» tienen mayor tendencia a percibir una confianza completa en su fisioterapeuta (*odds ratio* [OR] = 3,772) que aquellos que valoraron ese aspecto como

Tabla 5 Resultado del modelo multivariable de regresión logística tomando como variable dependiente la confianza

Variables	Completa confianza <i>odds ratio</i> (intervalo de confianza del 95%)
<i>Actitudes y comportamientos del profesional</i>	
Información y educación	0,992 ^a (0,984-0,999)
Apoyo emocional	0,975 ^a (0,967-0,983)
Sensibilidad a los cambios del paciente	0,997 (0,991-1,003)
<i>Ambiente organizacional</i>	
Duración de la atención	0,996 (0,990-1,003)
Interrupciones durante los cuidados	0,993 ^a (0,988-0,999)
Tiempos de espera durante el tratamiento	0,998 (0,992-1,005)
Seguridad del paciente	0,999 (0,990-1,009)
<i>Percepción global de cambio</i>	
Sin cambios/peor/mucho peor	—
Mejor	1,958 (0,762-5,035)
Mucho mejor	3,772 ^a (1,422-10,006)

^a $p < 0,05$.

«sin cambios» o «peor». Las experiencias de los pacientes relacionadas significativamente (información y educación; apoyo emocional; interrupciones durante los cuidados) tienen una relación inversa. Así, a más problemas acumulados, menor confianza.

Discusión

Este es el primer estudio que describe la confianza de los pacientes en su fisioterapeuta durante la asistencia post-aguda en Unidades externas de Rehabilitación y al tiempo analiza la relación de esta con sus características, experiencias y satisfacción con la atención recibida.

El primer tema examinado fue la descripción del nivel de confianza. Muchos de los pacientes encuestados (61,6%) manifestaron una completa confianza con su fisioterapeuta. Estos resultados son consistentes con otros estudios de medicina^{6,11,15,25}.

El segundo tema examinado fueron los factores predisponentes de la confianza de los pacientes en la profesionalidad del fisioterapeuta. Los análisis bivariantes realizados no mostraron una asociación significativa de la confianza con las características sociodemográficas de los pacientes, pero sí con sus experiencias y estado funcional. Los análisis multivariantes realizados mostraron que tener confianza completa es menos probable cuando los pacientes experimentan nula mejoría en su capacidad funcional o cuando suceden situaciones problemáticas en los aspectos tales como la información y educación, el apoyo emocional y las interrupciones durante la prestación de los cuidados.

La bibliografía médica ha mostrado resultados inconsistentes sobre la relación entre la confianza y las características sociodemográficas de los pacientes, aunque la mayoría de los estudios no muestran asociación entre ambos^{4,7,10,12,13}. La edad ha sido la característica demográfica más consistentemente asociada. Hall et al.¹ han argumentado que esta relación puede provenir de un mayor contacto con los médicos por parte de los sujetos con más edad, especialmente en relaciones que se mantienen tiempo, como sucede en atención primaria. En este estudio, la duración del período de relación se controló parcialmente fijando un período similar de exposición.

Los aspectos asistenciales determinantes de la confianza fueron proporcionalmente más entre los estudiados relativos a las actitudes y comportamientos del profesional, que entre los aspectos del ambiente organizacional. Esta mayor presencia de los comportamientos profesionales es consistente con lo existente en la bibliografía sobre confianza en el médico^{6,26}.

Mientras que algún aspecto temporal del ambiente organizacional (las interrupciones durante la prestación de la asistencia), puede interferir en el desarrollo de la confianza, otro aspecto temporal estudiado (la duración del tiempo de asistencia) no fue tan determinante de la confianza. Este resultado es aparentemente contradictorio con la bibliografía médica que ha mostrado que los pacientes muestran mayor confianza en su médico cuando la duración de la consulta dura más tiempo del esperado^{6,27}. Esta inconsistencia se deba quizás a que los contextos de prestación de los servicios sean distintos para médicos y fisioterapeutas. Probablemente la duración es menos relevante para la

confianza en los centros de rehabilitación porque la asistencia a ellos es más frecuente que a las consultas médicas. Inversamente, la relevancia de las interrupciones quizás no haya sido siquiera analizada en las consultas médicas porque su duración es más limitada y controlada que en los centros de rehabilitación.

La relación entre la confianza y el estado funcional medido mediante la percepción de cambio funcional ha sido muy evidente en este estudio. La OR de completa confianza de los pacientes que percibieron mucha mejoría fue un 277% más alta que la OR de quienes no percibieron cambio funcional o empeoramiento. Una explicación de que muchas de las personas con mejor estado de salud dispongan de más confianza puede ser debida a que perciban su estado como resultado de la efectividad de su tratamiento. Una explicación alternativa puede ser que la autopercepción del estado de salud hace variar la estrategia de afrontamiento a las relaciones. Así, los que están peor pueden afrontar sus relaciones con más ansiedad o vulnerabilidad y por lo tanto, tener menos confianza.

El tercer y último tema examinado fue si la satisfacción y la confianza estaban relacionadas. Los resultados claramente apoyan esta relación y son consistentes con investigaciones previas realizadas en este campo^{1,3,5,25}. Tradicionalmente, los investigadores han asumido que la confianza en el profesional conduce a la satisfacción con la atención recibida^{1,3,4}. Más recientemente, ha surgido una visión opuesta sobre la direccionalidad de esa relación. Thom¹⁴ ha sugerido que la satisfacción podría ser un antecedente de la confianza. Según su opinión ello explicaría por ejemplo el hecho de que los pacientes pueden estar satisfechos de cómo va su proceso, sin haber establecido aún una relación de confianza. Desafortunadamente, este estudio no puede dar apoyo a ninguna de las 2 visiones. Son necesarias más investigaciones al respecto.

Limitaciones del estudio

Nuestros resultados deberían ser interpretados teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas de nuestro estudio. El diseño transversal de nuestro estudio no permite establecer relaciones causales entre los factores relacionados con la confianza, ni de esta con la satisfacción. Muchos datos del estudio fueron informados por los propios pacientes y pudieron ser no válidos. Así, es posible que los pacientes no proporcionaran información exacta sobre la parte del cuerpo implicada. Las experiencias informadas por los pacientes constituyen su percepción y no necesariamente lo que ocurrió. No obstante, y dejando a un lado la exactitud de su respuesta, las respuestas negativas no indican un fallo. Más bien, reflejan la necesidad de mejora. La confianza se midió mediante un único ítem, basándonos en una concepción unidimensional de la misma ya utilizada en otros estudios^{1,14,15} y desestimando la multidimensionalidad mayoritariamente asumida^{2,7,10,26,28}. El uso de un único ítem hizo imposible valorar su consistencia interna y es posible que pudiera haber facilitado un mayor efecto del sesgo de deseabilidad social y por tanto una sobreestimación de los niveles de confianza descritos. Sin embargo, la consistencia entre nuestros resultados y los de gran variedad de estudios que usaron escalas multi-ítem hace pensar que no

tuvo un efecto real. La muestra se reclutó entre pacientes recibiendo asistencia post-aguda en Unidades externas de Rehabilitación. Estos pacientes pueden diferir de otros individuos recibiendo cuidados de rehabilitación en otros centros asistenciales tales como residencias o clínicas privadas. Paralelamente, nuestra muestra fue más joven y tuvo peor nivel educativo que otras muestras del ámbito de la asistencia post-aguda²⁹. Así pues, hasta que más investigaciones sean realizadas, nuestros resultados debieran ser generalizados con cautela a cualquier centro donde se presen cuidados de rehabilitación.

Conclusiones

Este estudio evidencia que muchos pacientes desarrollan una completa confianza en el fisioterapeuta, especialmente los que presentan notable mejora funcional y pocas situaciones problemáticas en aspectos asistenciales relativos a la información y educación, el apoyo emocional y las interrupciones durante la prestación de los cuidados. También relaciona los niveles de confianza con los de satisfacción con la atención percibida. No obstante, es necesaria más investigación para entender tanto los determinantes como las consecuencias de la confianza en centros de rehabilitación. Es particularmente importante estudiar los factores determinantes no explorados en este estudio y el rol diferencial de los aspectos asistenciales que influyen en la confianza, apuntado por este estudio. Por otra parte, son necesarios más estudios longitudinales que proporcionen una mejor comprensión de la relación entre confianza y satisfacción, así como para demostrar, si modificaciones organizativas y profesionales condicionan el desarrollo de la confianza.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- 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? *Milbank Q*. 2001;79:613–39.
- Thom DH, Campbell B. Patient-physician trust: an exploratory study. *J Fam Pract*. 1997;44:169–76.
- Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract*. 1998;47:213–20.
- Thom DH, Ribisl KM, Stewart AL, Luke DA. Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. *Med Care*. 1999;37:510–7.
- Pearson SD, Raeke LH. Patient's trust in physicians: Many theories, few measures and little data. *J Gen Intern Med*. 2000;15:509–13.
- Keating NL, Gandhi TK, Orav EJ, Bates DW, Ayanian JZ. Patient characteristics and experiences associated with trust in specialist physicians. *Arch Intern Med*. 2004;164:1015–20.
- Anderson LA, Dedrick RF. Development of the Trust in Physician Scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychol Rep*. 1990;67:1091–100.
- Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DA, Lieberman N, et al. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. *Med Care*. 1998;36:728–39.
- Kao AC, Green DC, Zaslavsky AM, Koplan JP, Cleary PD. The relationship between method of physician payment and patient trust. *JAMA*. 1998;280:1708–14.
- Kao AC, Green DC, Davis NA, Koplan JP, Cleary PD. Patients' trust in their physicians: effects of choice, continuity, and payment method. *J Gen Intern Med*. 1998;13:681–6.
- 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;59:293–318.
- LaVeist TA, Nickerson KJ, Bowie JV. Attitudes about racism, medical mistrust, and satisfaction with care among African American and white cardiac patients. *Med Care Res Rev*. 2000;57 Suppl 1:S146–61.
- Pescosolido BA, Tuch ST, Martin JK. The profession of medicine and the public: examining americans' changing confidence in physician authority from the beginning of the "health care crisis" to the era of health care reform. *J Health Soc Behav*. 2001;42:1–16.
- Thom DH, Hall MA, Pawlson LG. Measuring patient's trust in physicians when assessing quality of care. *Health Aff*. 2004;23:124–32.
- Tarrant C, Stokes T, Baker R. Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*. 2003;53:798–800.
- Mechanic D, Schlesinger M. The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *JAMA*. 1996;275:1693–7.
- Emanuel EJ, Dubler NN. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA*. 1995;273:323–9.
- Gray BH. Trust and trustworthy care in the managed care era. *Health Aff*. 1997;16:34–49.
- Caterinicchio RP. Testing plausible path models of interpersonal trust in patient-physician treatment relationships. *Soc Sci Med Med Psychol Med Sociol*. 1979;13A:81–99.
- Mechanic D. The functions and limitations of trust in the provision of medical care. *J Health Polit Policy Law*. 1998;23:661–86.
- Del Baño-Aledo ME. Conceptualización y medición de las percepciones de la calidad y experiencias asociadas a los pacientes en servicios de Fisioterapia ambulatoria [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2011.
- Cott CA, Teare G, McGilton KS, Lineker S. Development and pilot testing of the client-centred rehabilitation questionnaire. *Dishabil Rehabil*. 2006;28:1387–97.

23. Medina-Mirapeix F, Meseguer-Henarejos AB, Navarrete-Navarro S, Saturno-Hernández PJ, Valera-Garrido F, Montilla-Herrador J. Calidad percibida por los usuarios de Fisioterapia en Atención Primaria. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*. 2005;8:3–10.
24. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care*. 2002;14:353–8.
25. Thom DH, Kravitz RL, Bell RA, Krupat E, Azari R. Patient trust in the physician: relationship to patient requests. *Fam Pract*. 2002;19:476–83.
26. Keating NL, Green DC, Kao AC, Gazmararian JA, Wu VY, Clearly PD. How are patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? *J Gen Intern Med*. 2002;17:29–39.
27. Lin CT, Albertson GA, Schilling LM, Cyran EM, Anderson SN, Ware L, et al. Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? *Arch Intern Med*. 2001;161:1437–42.
28. Mechanic D, Meyer S. Concepts of trust among patients with serious illness. *Soc Sci Med*. 2000;51:657–68.
29. Coster W, Haley S, Jette A. Measuring patient-reported outcomes after discharge from inpatient rehabilitation settings. *J Rehabil Med*. 2006;38:237–42.