



Adaptación y validación de un cuestionario para medir la satisfacción del tratamiento de fisioterapia en Atención Primaria

Marta Escatllar Gonzalez

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

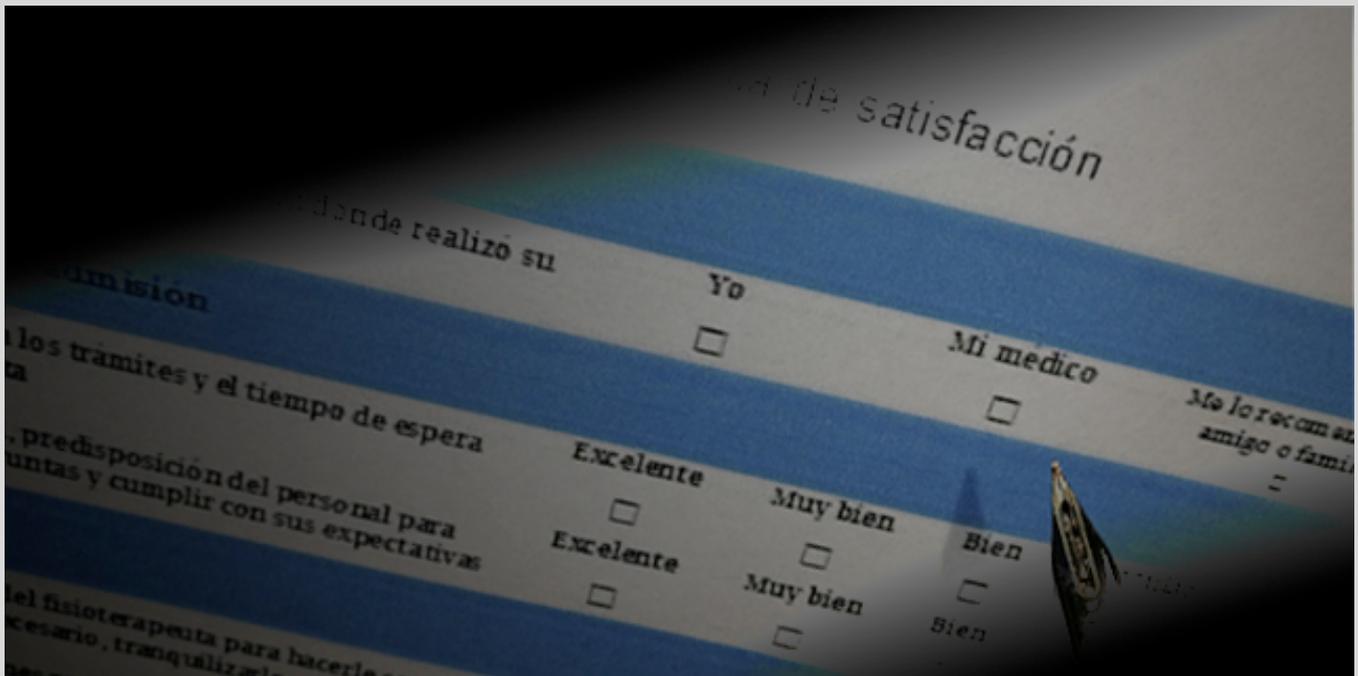
ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



Adaptación y validación de un cuestionario para medir la satisfacción del tratamiento de fisioterapia en Atención Primaria

Marta Escatllar Gonzalez



TESIS DOCTORAL
2017

Marta Escatllar Gonzalez

**ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN
CUESTIONARIO
PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL
TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN
ATENCIÓN PRIMARIA**

TESIS DOCTORAL

Dirigida por

Dra. Sònia Monterde Pérez

Dra. Gemma Flores Mateo

Departamento de Medicina y Cirugía



**UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI**



**IDIAP
Jordi Gol**

Universitat Rovira i Virgili

2017



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI

FAIG CONSTAR que aquest treball, titulat “Adaptació i validació d’un qüestionari per a mesurar la satisfacció del tractament de fisioteràpia en Atenció Primària”, que presenta Marta Escatllar González per a l’obtenció del títol de Doctor, ha estat realitzat sota la meva direcció al Departament de Medicina i Cirurgia d’aquesta universitat.

HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado “Adaptación y validación de un cuestionario para medir la satisfacción del tratamiento de fisioterapia en Atención Primaria”, que presenta Marta Escatllar González para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departamento de Medicina y Cirugía de esta universidad.

I STATE that the present study, entitled “Adaptation and validation of a questionnaire to measure the satisfaction of physical therapy treatment in Primary Care”, presented by Marta Escatllar González for the award of the degree of Doctor, has been carried out under my supervision at the Department of Medicine and Surgery of this university.

Reus, 9/5/2017

El/s director/s de la tesi doctoral
El/los director/es de la tesis doctoral
Doctoral Thesis Supervisor/s

Dra. Gemma Flores Mateo

Dra. Sònia Monterde Pérez

AGRADECIMIENTOS

Al Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol y al Institut Català de la Salut, que facilitaron su ayuda para llevar a cabo el estudio.

A mi primer director de tesis el Dr. Rodrigo Miralles Marrero, quien me ayudó en mis primeros pasos y cuyos sabios consejos he seguido. A mis directoras de tesis la Dra. Sònia Monterde Pérez y la Dra. Gemma Flores Mateo, por su apoyo a lo largo de todo el proceso, por sus horas regaladas, temple, empatía y su infinita paciencia.

Al equipo investigador Dolors Sentís, Jordi Jové, M^a Montserrat Inglés, Lourdes Clotas, Clara Piqué, Alícia Ravell, Marc Rojo, Anna Mónico y M^a Rosa Bernat, que accedieron a participar de forma altruista y sin cuya colaboración no hubiera sido posible llevar a cabo esta tesis.

A los pacientes, sin cuya intervención no hubiera sido posible este estudio.

A mi familia, a mi marido y a mis hijos, por las horas que no les he dedicado, por su tolerancia y resignación durante todo el período que he destinado a realizar este Doctorado.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACP	Análisis de los Componentes Principales
AP	Atención Primaria
ESCA	Enquesta de Salut de Catalunya
CCI	Coefficiente de Correlación Intraclase
CRD	Cuaderno de Recogida de Datos
DE	Desviación Estándar
EAP	Equipos de Atención Primaria
ICS	Institut Català de la Salut
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
OMS	Organización Mundial de la Salud
PSQ	Patient Satisfaction Questionnaire
PSQ-G	Patient Satisfaction Questionnaire – German
PSQ-E	Patient Satisfaction Questionnaire - Español

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Principales trastornos crónicos por grupo de edad y sexo, Catalunya 2014	23
Figura 2 Componentes de la calidad asistencial.....	30
Figura 3 Fórmula de la satisfacción	34
Figura 4 Esquema del método traducción-retrotraducción seguido para traducir el cuestionario PSQ al español.....	62
Figura 5 Distribución de cuestionarios según ámbito.....	79
Figura 6 Descripción de la tasa de respuesta	81
Figura 7 Gráfico de sedimentación	90

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cuestionarios originales de satisfacción en fisioterapia.....	44
Tabla 2 Comparación de los participantes que completaron o no el cuestionario	83
Tabla 3 Descripción de los ítems de la versión en español del cuestionario PSQ	84
Tabla 4 Análisis discriminante de las preguntas comparando los grupos con puntuaciones extremas.....	85
Tabla 5 Correlación ítem-total corregida y alfa de Cronbach resultante cuando se elimina un ítem del cuestionario.....	87
Tabla 6 Estabilidad temporal de cada una de las dimensiones y global	88
Tabla 7 Resultados de las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Bartlett para evaluar la adecuación del ACP	88
Tabla 8 Descripción de los valores de Eigen y de la variancia global explicada por cada componente	89
Tabla 9 Análisis de componentes principales con rotación varimax	91
Tabla 10 Comparación de los cuestionarios PSQ.....	92
Tabla 11 Relación entre las variables registradas y la satisfacción reportada	96

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE	11
RESUMEN	15
ABSTRACT	17
1. INTRODUCCIÓN	21
1.1 Impacto de las enfermedades del aparato locomotor sobre la salud y la calidad de vida de las personas	22
1.2 La calidad de los servicios sanitarios	26
1.2.1 La calidad desde la perspectiva de resultado de la atención sanitaria.....	30
1.3 Concepto de satisfacción en los servicios de salud	32
1.3.1 Dimensiones de la satisfacción	36
1.3.2 Determinantes de la satisfacción	39
1.3.3 Razones para medir la satisfacción en los servicios de salud .	41
1.4 Cuestionarios que evalúan la satisfacción en los servicios de fisioterapia	43
1.4.1 Elección del cuestionario.....	45
2. HIPÓTESIS	49
3. OBJETIVOS.....	53
3.1 Objetivo principal	53
3.2 Objetivos secundarios	53
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	57
4.1 Descripción del cuestionario original.....	57
4.2 Diseño del estudio	58
4.3 Traducción y adaptación transcultural.....	59
4.3.1 Contacto con los autores originales	59
4.3.2 Traducción del cuestionario al español.....	59

4.4	Ámbito de estudio	63
4.5	Tamaño de la muestra	64
4.6	Reclutamiento de los participantes	65
4.7	Recogida de datos	67
4.8	VARIABLES DEL ESTUDIO	68
4.9	Análisis de los datos	70
4.9.1	Análisis descriptivo de los datos.....	70
4.9.2	Viabilidad	70
4.9.3	Fiabilidad	71
4.9.4	Validez de contenido	72
4.9.5	Validez de constructo	73
4.10	Consideraciones éticas	74
5.	RESULTADOS.....	77
5.1	Traducción y adaptación transcultural.....	77
5.2	Asignación de los participantes.....	79
5.3	Tasa de respuesta	80
5.4	Características de los participantes	82
5.5	Análisis descriptivo de los datos.....	84
5.6	Fiabilidad	86
5.7	Validez de constructo	88
5.8	Comparativa PSQ original, PSQ-G y PSQ-E.....	92
5.9	Comentarios adicionales	93
5.10	Características de los participantes vs Satisfacción	94
6.	DISCUSIÓN	101
6.1	Participación y descripción de las respuestas a cada ítem	101
6.2	Contraste de medias	101
6.3	Viabilidad	102
6.4	Fiabilidad	103
6.5	Validez de contenido	105
6.6	Validez de constructo	106
6.7	Características de los pacientes vs satisfacción	108
6.8	Puntos fuertes.....	112
6.9	Limitaciones	112
6.10	Implicaciones del estudio.....	115

7. CONCLUSIONES	119
8. REFERENCIAS	123
9. PUBLICACIONES DERIVADAS DE LA TESIS	135
10. ANEXOS	139
ANEXO 1. Aprobación por el Comité Ético del IDIAP Jordi Gol.	139
ANEXO 2. Permiso del Dr. Perneger para traducir el PSQ al español....	140
ANEXO 3. Colaboración del Dr. Perneger.....	141
ANEXO 4. Cuestionario del traductor A.	142
ANEXO 5. Cuestionario del traductor B.	143
ANEXO 6. Cuestionario del traductor C.	144
ANEXO 7. Cuestionario del traductor D.	145
ANEXO 8. Cuestionario PSQ-E versión final.	146
ANEXO 9. Publicación en la revista Atención Primaria.	147

RESUMEN

Introducción: Analizar la satisfacción de los pacientes con un instrumento de medición permite conocer la percepción y los resultados de una intervención sanitaria, considerada como un requisito indispensable de los programas de evaluación y mejora de la calidad.

Hipótesis: Las pruebas psicométricas de la medición del nuevo cuestionario traducido al español, demostrarán que es un instrumento fiable y válido para medir la satisfacción de los pacientes que reciben tratamiento de fisioterapia.

Objetivo: Traducir y adaptar transculturalmente un cuestionario original francés sobre la satisfacción del tratamiento de fisioterapia en el idioma español y evaluar sus propiedades psicométricas.

Metodología: El cuestionario, que consta de 14 ítems, se tradujo según el método de traducción-retrotraducción. Se evaluó la consistencia interna, el análisis de los componentes principales y la reproducibilidad.

Resultados: Se administraron un total de 155 cuestionarios en 4 Unidades de Rehabilitación Física de Atención Primaria de Tarragona. La tasa de respuesta fue del 88%, con una media de edad de 54 años (+/- 15). El alfa de Cronbach resultante fue de 0,92, un grado de acuerdo excelente y dos factores que explicaron el 61,83% de la varianza acumulada.

Conclusiones: El cuestionario adaptado al idioma español presenta unas propiedades psicométricas satisfactorias, siendo una herramienta útil para medir la satisfacción en pacientes que reciben tratamiento de fisioterapia ambulatoria.

Palabras clave: Fisioterapia, cuestionario, satisfacción del paciente, validación.

ABSTRACT

Introduction: Analyzing the satisfaction of patients with a measurement instrument, allows to know the perception and results of a health intervention, considered as an indispensable requirement of the programs of evaluation and improvement of quality.

Hypothesis: The psychometric tests of the new questionnaire translated into Spanish, will prove that it is a reliable and valid instrument to measure the satisfaction of patients receiving physiotherapy treatment.

Objective: To translate and transculturally adapt an original French satisfaction questionnaire on the treatment of physical therapy in the Spanish language and to evaluate its psychometric properties.

Methodology: The questionnaire, which has 14 items, was translated according to the translation-back-translation method. Internal consistency, main component analysis and reproducibility was evaluated.

Results: A total of 155 questionnaires were supplied in 4 Primary Care Physical Rehabilitation Units of Tarragona. The response rate was 88%, with a mean age of 54 years (+/- 15). The resulting Cronbach score was 0.92, an excellent degree of agreement and two factors that explained the 61.83% of the cumulative variance.

Conclusions: The PSQ questionnaire adapted to the Spanish language presents satisfactory psychometric properties, being a useful tool to measure satisfaction in patients receiving outpatient physiotherapy treatment.

Keywords: Physical therapy, questionnaire, patient satisfaction, validity.

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Para conocer el sistema de calidad de una organización sanitaria es básico obtener información sobre las preferencias y expectativas de las personas a quienes va destinado el servicio, sobre qué se considera relevante en cada momento y sobre cómo cambian estas preferencias y expectativas. Todo con el objetivo de enfocar la organización hacia sus necesidades. En este contexto, cuantificar la satisfacción permite evaluar la aceptación de los esfuerzos de planificación y previsión de los servicios, y complementar los aspectos de eficiencia y efectividad (1).

La medición de la satisfacción del usuario ha sido considerada una medida de calidad en muchos servicios del sector público (2), incluidos los servicios de salud (2-5).

La satisfacción es también una medida importante para la evaluación de las intervenciones (6,7) y la percepción que el paciente tiene de ella se reconoce cada vez más relevante para evaluar los resultados de la atención sanitaria (3,7-9).

Existen diferentes métodos que permiten aproximarnos al conocimiento del nivel de satisfacción del usuario con el sistema sanitario, como el análisis de quejas y sugerencias (10), o la realización de estudios empleando metodología cualitativa (11). Sin embargo, en nuestro medio, los estudios de satisfacción con los servicios sanitarios se realizan, habitualmente, mediante cuestionarios o encuestas de satisfacción (12,13), siendo un instrumento útil para poder cuantificar y universalizar la información y así conseguir su comparabilidad (13).

1.1 Impacto de las enfermedades del aparato locomotor sobre la salud y la calidad de vida de las personas

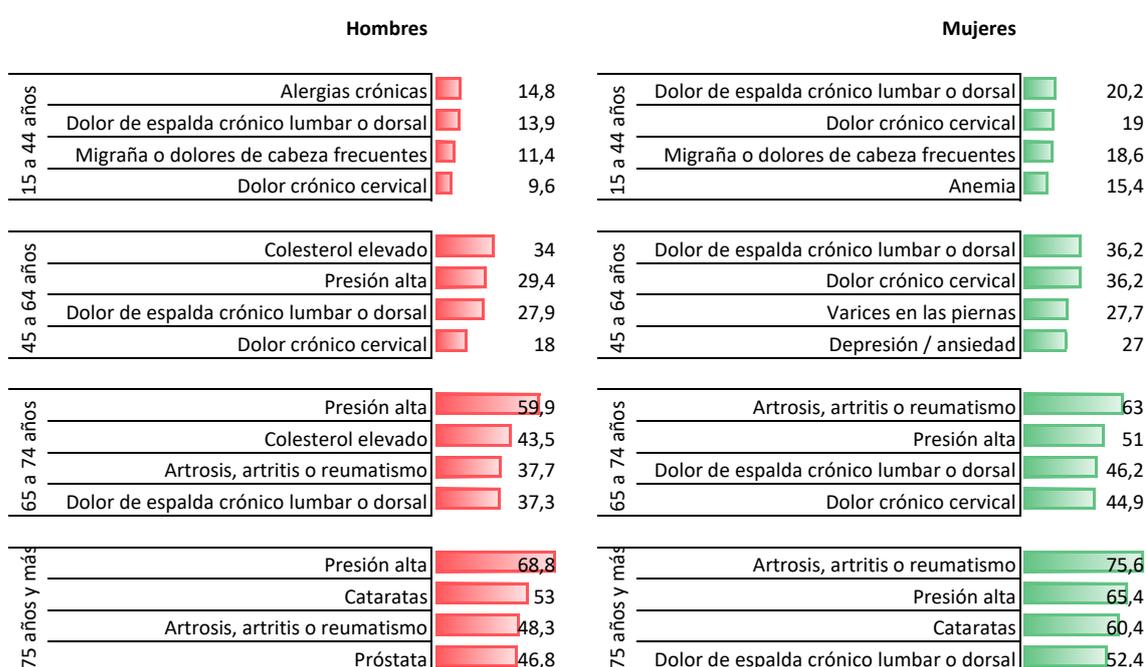
Bajo el término enfermedades reumáticas se incluyen más de 200 enfermedades que tienen en común la presencia de manifestaciones clínicas en el aparato locomotor (14). Son las afecciones crónicas más comunes en Europa entre la población adulta (15) y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estas enfermedades suponen la primera causa de discapacidad física en el mundo occidental, de origen no mental (14).

Según el Eurobarómetro de 2007, una quinta parte de la población europea (22%) sufre o ha sufrido alguna forma de enfermedad reumática a largo plazo (problemas en músculos, tendones, huesos o articulaciones). De la población europea que recibe algún tratamiento crónico, el 32 % de los casos es debido a estas enfermedades, sólo superadas por la hipertensión (16).

Las enfermedades del aparato locomotor son el principal problema de salud crónico de la población catalana según datos de la Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2006, y son más prevalentes en mujeres, gente mayor y entre la población de niveles socio-económicos desfavorables (17). Los datos de ESCA 2014, identifica los principales trastornos crónicos que padece o ha padecido la población adulta, siendo diferentes por grupo de edad y sexo (Figura 1). El dolor de espalda lumbar o dorsal y el dolor de espalda cervical son los dos trastornos crónicos más frecuentes entre las mujeres de 15 a 44 años mientras que para los hombres lo son las alergias y el dolor lumbar o dorsal. Entre la población de 45 a 64 años, para los hombres los principales trastornos son el colesterol elevado y la hipertensión arterial, mientras que para las mujeres vuelven a ser el dolor de espalda lumbar o dorsal y el dolor de espalda cervical. Entre las

mujeres, a partir de los 65 años los dos principales trastornos crónicos son la artrosis, artritis o reumatismo, y la hipertensión arterial. Entre los hombres de 65 a 74 años, los dos trastornos crónicos principales son la hipertensión arterial y el colesterol elevado, mientras que entre los de 75 años y más lo son la hipertensión y las cataratas, seguido de la artrosis, artritis o reumatismos (18).

Figura 1 Principales trastornos crónicos por grupo de edad y sexo, Catalunya 2014



FUENTE: ENCUESTA DE SALUD DE CATALUÑA 2014 (18)

Las enfermedades del aparato locomotor son un conjunto de patologías con una gran repercusión sobre la calidad de vida de las personas que las padecen (15,17). El dolor, la discapacidad y el paso a la dependencia son síntomas frecuentes en estas enfermedades (14,17) y, por otra parte, son uno de los principales motivos de incapacidad laboral de los trabajadores (14,17,19) y de la jubilación anticipada (19).

La elevada prevalencia de estas enfermedades hace que actualmente sean uno de los retos de salud más importantes de nuestra sociedad, tanto por el consumo de los servicios sanitarios y sociales, como por los costes económicos que derivan de la discapacidad que ocasionan (15,17,19). Debemos tener en cuenta que la mayoría de las personas mayores de 70 años padecen síntomas reumáticos crónicos o recurrentes y que en 2030 una cuarta parte de los europeos tendrá más de 65 años (19).

El dolor es una de las manifestaciones más importantes de las enfermedades del aparato locomotor, y según datos del ESCA 2014, está presente entre la población de 15 años y más en un 31,0% (23,9% de los hombres y el 37,8% de las mujeres) (18).

El nivel de salud auto-percibida es significativamente peor (ajustando por edad y sexo) entre las personas que declaran tener enfermedades del aparato locomotor que entre las que no lo tienen. Entre las que declaran tener alguna enfermedad del aparato locomotor, el 20% presentan restricción de alguna actividad en los últimos 15 días, y el 27% en los últimos 12 meses, frente al 8% y el 9% respectivamente entre los que no declaran ninguna enfermedad del aparato locomotor. Las enfermedades del aparato locomotor que se asocian más a restricciones son la lumbalgia y la artrosis, artritis o reumatismo. Por su alta prevalencia y cronicidad, ocasionan un fuerte impacto sobre la sociedad, ya que se asocian a un importante uso de los servicios sanitarios y, cuando afectan a la población activa, ocasionan discapacidad para el trabajo, lo que genera pérdidas de productividad y costos sociales y laborales muy elevados. Por otra parte, cuando afectan a personas de edad avanzada, generan dependencia con gran repercusión sobre la atención sanitaria y socio-sanitaria (17).

El 11,34% de la población a partir de 15 años cuida, al menos una vez a la semana, de alguna persona mayor o de alguien que tenga una dolencia crónica, sin que sea parte de su trabajo. Es más frecuente que presten cuidados informales las mujeres (13,41%) que los hombres (9,17%), excepto en el grupo de edad de más de 85 años. La mayor frecuencia de cuidadores se observa entre los 45 y los 64 años. El máximo se alcanza en mujeres de 55 a 64 años, grupo en el que una de cada cuatro mujeres cuida a una persona mayor o enferma (20).

Las grandes necesidades asistenciales que requieren los procesos reumáticos pueden ser consecuencia de varias circunstancias, como el envejecimiento progresivo de la población y el incremento de ciertos factores de riesgo, entre los que se incluyen la obesidad y el sedentarismo. Además, los avances en el tratamiento de algunas de estas enfermedades y las expectativas de mantener una buena calidad de vida a pesar del avance de la edad en nuestra población, permiten predecir un incremento de la demanda sanitaria y social en las próximas décadas.

Por su magnitud e impacto sobre la calidad de vida y la actividad de las personas, estas enfermedades deberían ser consideradas de forma prioritaria por las instituciones que se encargan de la gestión y la planificación sanitaria (15).

En este contexto, la satisfacción es una opinión de los ciudadanos que constituye un instrumento de participación en la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria (1,11) y está considerada como un requisito indispensable de los programas de evaluación y mejora de la calidad (11). Sólo desde esta mirada atenderemos a unos ciudadanos que están claramente empoderados y que reclaman de las administraciones públicas un mayor grado de control, transparencia, responsabilidad y rendición de cuentas en sus actuaciones. Hay una nueva ciudadanía,

con mejor formación y mejor acceso a la información que en cualquier tiempo precedente, más activa y que desea participar, de alguna forma, en el proceso de gestión de los servicios públicos (21).

1.2 La calidad de los servicios sanitarios

La Real Academia Española define la calidad como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie” (22).

Así pues, la calidad es un conjunto de características de los productos o servicios que, cuando es alta, denota superioridad en su género. Cuando decimos que un producto o servicio es de alta calidad reconocemos que tiene alguna característica superior que la que tienen otros productos o servicios similares. Esta característica es fácil de distinguir cuando estamos hablando de un producto tangible (23).

La intangibilidad, propia de los servicios, hace que su análisis sea más complejo que cuando se trata de un producto (24) y por eso es más difícil de definir (25): los servicios no pueden ser vistos, ni probados, ni sentidos, ni escuchados, ni gustados, antes de ser comprados (24). Aún así, un servicio presenta unas características que, como clientes, podemos percibir y, basándonos en esto, emitir un juicio de calidad (25).

Es complicado definir que es calidad de la atención sanitaria debido a una falta de normalización internacional de la terminología y más cuando las prácticas relativas a la gestión de calidad en la atención de salud difieren entre países y culturas (26). Se ha estimado imposible formular una definición genérica de la calidad de la atención médica

porque no existe un único criterio de conjunto para precisarla. Esta circunstancia, que parece dificultar la definición y medida de la calidad de los servicios sanitarios, es consustancial a todos los productos y servicios. Ninguno de ellos posee una característica única determinante, sino múltiples rasgos o atributos susceptibles de evaluación que, junto a otras muchas funciones o utilidades, el consumidor valora de diferente forma según sus necesidades (27).

Por este motivo, podemos encontrar infinidad de definiciones del concepto de calidad (28).

De entre todas las definiciones, cabe destacar la que el Institute of Medicine americano propuso en 1974, basada en el resultado de la atención sanitaria: la atención sanitaria de calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han decidido destinarle (29).

Destacamos también la definición que hace la OMS, que trata de describir los objetivos de un programa que garantice la calidad y la define como: asegurar que cada paciente recibe el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para alcanzar el resultado óptimo para ese paciente, coherente con los conocimientos de los servicios médicos y con factores biológicos tales como la edad del paciente, su enfermedad, diagnósticos secundarios concomitantes, el cumplimiento del régimen de tratamiento, y otros factores relacionados; con el mínimo gasto de los recursos necesarios para lograr este resultado; con el mínimo riesgo de lesión adicional o discapacidad como consecuencia del tratamiento; y con la máxima satisfacción del paciente con el proceso, interacción y resultado obtenidos de su atención sanitaria (30).

La misma OMS informa sobre los cuatro componentes que se deben desarrollar para que la calidad de la asistencia sanitaria sea efectiva (30):

- ✓ Desempeño profesional (calidad técnica).
- ✓ Uso de los recursos (eficiencia).
- ✓ La gestión del riesgo (el riesgo de lesión o enfermedad asociada con los servicios prestados).
- ✓ La satisfacción del paciente con los servicios prestados.

El cumplimiento de estas condiciones necesita una organización sanitaria responsable, dotada de elementos tangibles de calidad, con un factor humano competente en lo operacional y lo relacional y satisfecho con su trabajo, orientada al mercado y al cliente, con el fin último de satisfacer las necesidades de éste (27,31).

Existe cierta confusión en el ámbito de la investigación social a la hora de diferenciar los conceptos de calidad del servicio público y satisfacción del usuario. En primer lugar es importante señalar que no existe un único concepto de calidad del servicio, ya que la calidad ha adoptado múltiples enfoques que coexisten en la actualidad. Es decir, la calidad se puede definir en términos de excelencia, de valor, de conformidad con las especificaciones o de satisfacción de las expectativas de los clientes:

- ✓ La calidad como excelencia, es decir, la calidad en su concepción más absoluta, aunque resulta complicado definir lo que se

considera excelente. No obstante, puede encontrarse alguna definición de la excelencia organizacional, como la de EFQM: "Prácticas sobresalientes en la gestión de una organización y logro de resultados basados en una serie de conceptos fundamentales (Añadir valor para los clientes, Crear un futuro sostenible, Desarrollar la capacidad de la organización, Aprovechar la creatividad y la innovación, Liderar con visión, inspiración e integridad, Gestionar con agilidad, Alcanzar el éxito mediante el talento de las personas, Mantener en el tiempo resultados sobresalientes) (21).

Los modelos de excelencia, como el EFQM, otorgan una acreditación con la que se certifica que una organización sanitaria ha logrado un nivel de calidad y competencia, y determina el reconocimiento de un nivel de calidad superior a los estándares de calidad exigibles para la autorización administrativa de un centro sanitario (32).

- ✓ La calidad como ajuste a las especificaciones, que se corresponde con la calidad objetiva, una definición de calidad más cuantificable y objetiva, basada en el cumplimiento de estándares predeterminados, lo que nos permite comparar la evolución del nivel de calidad de servicio en el tiempo. El inconveniente de este concepto de calidad está en que no se tiene en cuenta la perspectiva del usuario del servicio.
- ✓ Calidad como valor, en términos de lo que es mejor para cada usuario, teniendo en cuenta elementos variados: el precio, la accesibilidad, etc..., y partiendo de la base de que no existe la calidad en términos absolutos.

- ✓ Calidad como satisfacción de las expectativas de los usuarios o consumidores, basándose en la percepción que estos tienen del servicio. Es la medida más compleja de todas, ya que las personas pueden dar distinta importancia a diferentes atributos del servicio (21).

1.2.1 La calidad desde la perspectiva de resultado de la atención sanitaria

Desde la perspectiva del resultado de la atención sanitaria se puede definir ésta como la combinación de los siguientes componentes (25) (Figura 2):

Figura 2 Componentes de la calidad asistencial



FUENTE: DAVINS Y MIRALLES 2004 (25)

La calidad técnica

La calidad técnica del producto sanitario (intervención y mejora del nivel de salud de la población), viene determinada por la competencia profesional y los resultados de los procesos clave.

En el sector industrial, la calidad del producto se cuantifica mediante indicadores basados en las especificaciones que, desde un punto de vista técnico, deben tener los productos. En los servicios sanitarios, la calidad del producto tiene que ver con la realización de las actividades e intervenciones, adecuadas a los criterios científicos más aceptados en el momento. El producto del servicio sanitario es la cartera de servicios. Una vez definida la cartera de servicios o productos, hay que saber que nivel de calidad técnica debe tener cada uno de ellos (25).

Se entiende por criterios técnicos de calidad las normas basadas en la evidencia científica existente, establecidas por sociedades científico-profesionales o por grupos de consenso, referidas a los procesos asistenciales clave. De esta forma, para determinar una parte importante de nuestra calidad asistencial, deberemos evaluar el nivel de adecuación de nuestra competencia profesional a las recomendaciones aceptadas en función del mejor conocimiento existente en el aspecto medido (23).

La calidad de servicio

La calidad de servicio o mejora de la satisfacción de la población, se relaciona con la percepción que tiene el cliente del servicio recibido. En empresas orientadas al servicio (sin un producto tangible), las dimensiones de la calidad con enfoque al cliente adquieren una especial relevancia, como en el caso de los servicios sanitarios (25).

Podríamos decir que la calidad del producto tiene que ver con la calidad técnica y la percepción del cliente con la calidad del servicio. La calidad técnica se presupone que está (25) y para el cliente es muy difícil de evaluar, a no ser que sea muy evidente (25,33). Cuando nadie duda de la calidad de los productos y servicios, las relaciones humanas se convierten en magníficos valores añadidos para los clientes (34).

Además de estos dos aspectos, los modelos de excelencia (nombrados anteriormente) añaden los resultados en las personas de la organización. Es la calidad de las personas: las personas (los profesionales), son el principal elemento de generar una ventaja sostenible en el tiempo. La organización necesita conocer las necesidades y expectativas de sus profesionales, su motivación y satisfacción con respecto a aspectos de participación, responsabilidad y formación. La percepción de la importancia del propio trabajo es uno de los recursos para prevenir el desgaste profesional y promover el desarrollo de las personas dentro de la organización. El reconocimiento del esfuerzo hace que el profesional se sienta valorado, reconocido y aumente su grado de satisfacción (25), siendo la satisfacción con su nivel y condiciones de trabajo un aspecto importante de la relación con el paciente, de tal forma que existe una evidencia empírica en ambas variables de interacción (35).

1.3 Concepto de satisfacción en los servicios de salud

En el caso de los servicios de salud, aunque el término "satisfacción" está a la orden de día, es un concepto cuyos contornos se muestran vagos, reuniendo realidades múltiples y diversas. Actualmente no existe un modelo teórico razonablemente consistente que pueda dar cuenta de su complejidad (36).

Es un concepto multidimensional (6,31,37), difícil de medir y cambiante según las diferentes situaciones y personas, por estar relacionado tanto con la naturaleza de la necesidad que determina la demanda asistencial, como con otros factores que condicionan la percepción de lo que el paciente espera y recibe durante la prestación del servicio: el estilo de vida (3,6), las experiencias anteriores, las expectativas previas y los valores del individuo y de la sociedad (6), de las expectativas de futuro (1), las relaciones interpersonales y el efecto de la intervención (1,8), así como del tipo de enfermedad o el tratamiento que se ha utilizado (38). Así mismo, también puede variar según el contexto social, ya que puede estar determinada por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales (1).

Es decir, la satisfacción es consecuencia no sólo del esfuerzo profesional y organizativo, sino también el resultado de las vivencias, las actitudes y las creencias personales del paciente, todo lo cual conforma sus expectativas (39).

En un intento de desarrollar una base conceptual que facilitase la comprensión y el perfeccionamiento de la calidad de servicio desde el punto de vista de los clientes, la escuela europea de Grönroos y la americana de Parasuraman, Berry y Zeithmal, basaron sus investigaciones en una misma idea de calidad de servicio (calidad percibida) lo que se conoce como el "paradigma de la desconfirmación de expectativas", o de la "discrepancia" (21). Definieron la calidad de servicio (Figura 3) como la diferencia o discrepancia que existe entre las expectativas y las percepciones de los usuarios y concluyeron que para lograr un nivel alto de calidad de servicio, se debe igualar o sobrepasar las expectativas que los clientes tienen respecto al servicio (33).

En este contexto las expectativas se consideran como “deseos o necesidades de los consumidores, por ejemplo, lo que sienten que debe ser entregado por un proveedor de servicio antes de lo que podría ser ofrecido” (40).

La satisfacción, una emoción (34) es, pues, la discrepancia entre lo que el cliente espera (expectativa) y lo que obtiene (percepción) (25), fórmula que se ha convertido en una de la teorías sociológicas más aceptadas referente a calidad en la gestión de servicios (1,33,34,41) (Figura 3).

Figura 3 Fórmula de la satisfacción



FUENTE: ELÍAS 2000 (34)

Cuando el resultado de la resta es cero, no se habrá movilizado ninguna emoción con valor añadido. Cuando el servicio percibido supera las expectativas, la satisfacción aumenta. Al siguiente contacto, las expectativas se igualan a la percepción anterior. Si la nueva percepción no es igual, la satisfacción disminuye (23).

El modelo de Parasuraman nos explica el fenómeno del “ajuste de expectativas al servicio percibido”. Según éste, el cliente ajusta las expectativas de un contacto futuro con la organización al servicio

percibido en los últimos contactos. Al mejorar el servicio, mejora la percepción que el cliente tiene de éste, y adapta sus nuevas expectativas al logro y cada vez, más exigente con el proveedor, le empuja a la mejora continua del servicio (25).

Así pues, los cumplimientos/incumplimientos con lo esperado (expectativas) promoverán un mayor nivel de satisfacción (42), donde la satisfacción se logra especialmente al recibir lo que no se espera (calidad inesperada) (43). En cambio, si la expectativa supera lo percibido el cliente considerará que la calidad es mala (9).

La propuesta de Kano (42) es especialmente útil para explicar esta relación entre lo que se espera y lo que se recibe. Según esta propuesta, debemos diferenciar a la hora de organizar el proceso asistencial entre distintos elementos:

- ✓ Necesarios en la atención al paciente y cuya ausencia genera insatisfacción (por ejemplo, las carencias de información vividas por el paciente).
- ✓ Unidimensionales, demandados por los pacientes, cuya presencia produce satisfacción en forma proporcional al nivel de cumplimiento, como puede ser la accesibilidad.
- ✓ Inversos, ya que su presencia genera una insatisfacción evidente, como las listas de espera que generan un buen número de quejas entre los pacientes.
- ✓ Neutrales, que no generan ni satisfacción ni insatisfacción.
- ✓ Atractivos, cuya característica fundamental es que no se esperan y, por tanto, no pueden generar insatisfacción, aunque si están

presentes, sí crean satisfacción (es lo que denominamos el "detalle de lo inesperado") (39). La calidad inesperada, si aparece, maravilla al usuario, lo sobre satisface (11).

En definitiva, la satisfacción se moviliza cuando se añade valor y cuando supera las expectativas del cliente: cuando es así, el propio servicio deja de ser en sí mismo un servicio para convertirse en una emoción. Consecuentemente, la satisfacción es una percepción en la mente del cliente (34).

1.3.1 Dimensiones de la satisfacción

Como ya se ha explicado, la satisfacción de los ciudadanos con los servicios depende de que, en cada acto de prestación de un servicio, su percepción iguale o supere sus mejores expectativas. Teniendo esto en cuenta, siempre que sea posible, un primer paso para la evaluación de la calidad percibida de los servicios es la identificación de las expectativas de los ciudadanos en torno a sus principales atributos (24).

Debido a que por lo general no es directamente observable, la satisfacción del paciente con frecuencia debe medirse en lo que podríamos considerar de manera indirecta, es decir, a partir de las medidas de auto-informe. Un método de auto-informe simple para evaluar la satisfacción, es hacer preguntas globales como, "En general, estoy completamente satisfecho con mi cuidado." Este tipo de pregunta, aunque es fácil de administrar, no proporciona información sobre por qué una persona está o no satisfecha, por lo que muchos autores recomiendan el uso de medidas multidimensionales. Por lo

tanto, surge la pregunta acerca de las variables que se necesitan para evaluar la satisfacción del paciente adecuadamente (37).

¿De qué forma exactamente evalúa el cliente la calidad de un servicio? ¿Hace directamente una evaluación global o valora facetas específicas del servicio para llegar a una evaluación total? Si la forma utilizada es esta última, ¿cuáles son las diferentes facetas o dimensiones que utiliza para evaluar un servicio? (33).

En la búsqueda de las respuestas a esas preguntas y para poder diagnosticar esa realidad, lo que hacemos es medir, entendiendo la medición como una forma de observación, y esto lo hacemos mediante diferentes tipos de métodos y técnicas que generalmente se dividen en: las técnicas de análisis cualitativo y las técnicas cuantitativas. La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa analiza variables de carácter subjetivo en contextos estructurales y situacionales.

Las encuestas de opinión, principal herramienta de análisis cuantitativo, mide una serie de parámetros propuestos previamente en forma de variables, con el fin de comprobar la validez de una hipótesis (21). La información recogida con las encuestas se puede cuantificar y universalizar, y permite estandarizar el procedimiento de la entrevista, siendo su finalidad conseguir la comparabilidad de la información (13). La cuantificación de ésta información permite cumplir con uno de los principales objetivos de las encuestas de satisfacción: la identificación de los aspectos del proceso asistencial que son percibidos por la población como insatisfactorios y que puedan ser susceptibles de mejora (5).

En el sector sanitario se recurre a éstas aproximaciones metodológicas (tanto cuantitativas como cualitativas) para identificar qué aspectos de la atención sanitaria son los más importantes para los pacientes (44), entre los que se encuentran:

- ✓ El resultado de la intervención médica (31,44-47).
- ✓ La accesibilidad al sistema, el centro y los profesionales (31,44,47).
- ✓ La rapidez y capacidad de respuesta cuando se precisa atención (31,44).
- ✓ Preferencias (31,45).
- ✓ La competencia percibida de los profesionales (31,44,45,47).
- ✓ La cortesía en el trato (31), la calidad efectiva (46), la empatía (44) y la humanización de los servicios (47). Aunque otro estudio afirma que las características de los médicos han contribuido sólo en una pequeña porción de la varianza (48).
- ✓ La información que se facilita (31,44,46,47).
- ✓ La coordinación y/o continuidad de las atenciones sanitarias (31,44,47).
- ✓ El grado de confort de las instalaciones (31,44) o entorno terapéutico (47).
- ✓ La duración de la visita médica (46).

- ✓ El coste (37,47).
- ✓ La disponibilidad de recursos (47).

Por otra parte, son bien conocidos los aspectos que causan mayor insatisfacción y que a menudo son motivo de sugerencias y reclamaciones. Se sabe que la falta de trato personalizado, de intimidad y privacidad, de información, el escaso tiempo disponible para la atención individual, las listas de espera y la falta de continuidad asistencial son los elementos que con más frecuencia provocan insatisfacción en los ciudadanos (49). También encontramos una menor satisfacción entre las personas que reciben atención por parte de los proveedores privados: los individuos que usan los proveedores privados esperan una mejor atención, ya que la atención privada es más costosa que la atención pública (50).

1.3.2 Determinantes de la satisfacción

Teniendo en cuenta que la satisfacción es el resultado de vivencias, actitudes, creencias personales (39) y hábitos sociales (1), los factores que influyen en los pacientes para que se consideren a sí mismos satisfechos son en gran parte desconocidos (48).

Aun así se han identificado los siguientes:

- ✓ La experiencia del paciente (11,33,50).

- ✓ Sexo, edad y educación (11,50): los pacientes de mayor edad están en general más satisfechos que los pacientes más jóvenes (48).
- ✓ Las necesidades personales: las expectativas de los usuarios muestran variaciones dependiendo de sus circunstancias individuales (33).
- ✓ Ingresos per cápita: mayor satisfacción entre las personas con mayores ingresos per cápita (50).
- ✓ PIB: mayor satisfacción entre la población de países con mayor PIB per cápita. Sugiere que el ingreso nacional per cápita puede correlacionarse no sólo con mayores expectativas para la atención, sino también con una perspectiva nacional más amplia, como la percepción pública o la confianza del público en las perspectivas económicas. Sugiere también que el gasto adicional en el cuidado de la salud es la compra de la mayor satisfacción posible a través de un mayor acceso a las tecnologías o los más sofisticados centros de salud (50).
- ✓ El estado de salud auto-reportada (11,50): el estado de salud de referencia también parece desempeñar un papel ya que los pacientes que se refieren a su salud como mala están menos satisfechos que los que se describen como saludables (48).
- ✓ Estado mental del paciente: trastornos de angustia psicológica, la depresión y la personalidad se han asociado con niveles más bajos de satisfacción (48,50).
- ✓ Factores externos: factores como la representación del sistema de salud por los medios de comunicación (periódicos, prensa

popular..), el debate sobre el sistema de los líderes políticos (50), la comunicación boca-a-oido (33).

- ✓ Una mayor satisfacción entre las personas que reciben hospitalización en lugar de la atención ambulatoria (50).

1.3.3 Razones para medir la satisfacción en los servicios de salud

Entre las razones para considerar la satisfacción como uno de los indicadores importantes de resultado del proceso asistencial destacan:

- ✓ Es un predictor del cumplimiento/adhesión del tratamiento por parte de los pacientes (3,6,36,46,51).
- ✓ Es un predictor de las reacciones y de los comportamientos de los usuarios (1).
- ✓ Nos proporciona información: los usuarios satisfechos son mas propensos a tener una mejor calidad de vida (36).
- ✓ Proporciona información importante para el proveedor como para seguir utilizando los servicios de salud (6,36).
- ✓ Sirve de instrumento para orientar las mejoras de las organizaciones sanitarias (1,3,6) y conseguir mejoras estables a medio plazo (1).

- ✓ Proporciona una retroalimentación imprescindible para la gestión y la optimización de los recursos sanitarios (1).

Puede argumentarse también al respecto la exigencia ética que para cualquier disciplina sanitaria tiene el hecho de que el bienestar del paciente ha de ser el eje de todas sus actividades, y esto sólo se consigue si se satisfacen tanto las necesidades como las expectativas que tienen los enfermos (6).

La satisfacción del paciente se ha convertido en un resultado cada vez más importante y se utiliza actualmente para cuatro propósitos relacionados, pero a la vez distintos: para comparar los diferentes programas o sistemas de atención de la salud, para evaluar la calidad de la atención, para identificar qué aspectos de un servicio necesitan ser cambiados para mejorar y, finalmente, para ayudar a las organizaciones en la identificación de consumidores que pueden darse de baja (48). El usuario iría a quién o quienes le ofrecieran mejor calidad o mejor relación calidad/coste, contribuyendo así a que las instituciones y profesionales se esforzaran en no perder "clientes" aumentando su calidad y su eficiencia (11).

Aunque el uso de medidas de satisfacción del paciente es común en el cuidado de la salud, ha habido relativamente poca investigación sobre este tema en rehabilitación (2,52). Las medidas de satisfacción con la atención médica difieren de la atención con la rehabilitación ya que la restauración de la función requiere de un procedimiento diferente (53): hay más contacto físico (54), el paciente realiza más visitas en un corto período de tiempo (53) y el tiempo empleado durante las sesiones es más largo (37). También cambia el objetivo del tratamiento, pues el rendimiento del paciente puede ser prioritario frente la cura de la

enfermedad (53). Por último, algunas técnicas de tratamiento puede causar dolor y ser percibido como una amenaza física (54).

Así pues, como la fisioterapia tiene características propias, no es apropiado utilizar, para medir la satisfacción del paciente en los servicios de rehabilitación, el mismo instrumento que evalúa la satisfacción del paciente con la intervención médica (55).

1.4 Cuestionarios que evalúan la satisfacción en los servicios de fisioterapia

Existen diversos cuestionarios que evalúan la satisfacción en fisioterapia (2,37,54-60), ninguno de ellos validado en el idioma español y en nuestro medio (Tabla 1).

TABLA 1 Cuestionarios originales de satisfacción en fisioterapia

Autor, año (ref)	País	Idioma	Ámbito	Número de ítems	Dimensiones	Validación
Roush, 1999 (56)	USA	Inglés	Ambulatorio	25 ítems, con 3 preguntas abiertas	NE	Alfa de Cronbach, validez interna y externa
Goldstein, 2000 (57)	USA	Inglés	Ambulatorio	20 ítems	1 factor	Alfa de Cronbach, consistencia interna
Oermann, 2000 (58)	USA	Inglés	Hospitalario	17 ítems	4 factores	Test-retest, consistencia interna
Monnin, 2002 (54)	Suiza	Francés	Hospitalario y ambulatorio	14 ítems, con 3 preguntas abiertas	3 factores	Alfa de Cronbach, consistencia interna y aplicabilidad
Beattie, 2002 (37)	USA	Inglés	Ambulatorio	20 ítems	3 factores	Alfa de Cronbach, concurrencia y contenido
Escobar, 2007 (2)	México	Español	Ambulatorio	24 ítems	8 factores	Alfa de Cronbach, test-retest, validez del contenido y aparente
Mendonça, 2007 (55)	Brasil	Portugués	Ambulatorio	23 ítems	4 factores	Alfa de Cronbach, validez de constructo
Knight, 2010 (59)	Australia	Inglés	Ambulatorio	12 ítems	NE	Alfa de Cronbach
Plaensa, 2013 (60)	España	Catalán	Ambulatorio	26 ítems, con algunas preguntas dicotómicas	3 factores	Alfa de Cronbach, validez de constructo, de contenido

NE, NO EVALUADO

1.4.1 Elección del cuestionario

De entre todos los cuestionarios de satisfacción en fisioterapia se eligió un cuestionario original francés, el *Patient Satisfaction Questionnaire* (PSQ), desarrollado por Monnin y Perneger (54) por los siguientes motivos:

La mayor parte de los cuestionarios construidos en el campo de la rehabilitación se han desarrollado en zonas de habla inglesa. El PSQ se desarrolló en la zona francófona de Suiza, cuya cultura puede compartir ciertos rasgos con este grupo de estudio.

A falta de una prueba Gold Standard, el PSQ cubre un gran número de preguntas más relevantes de la satisfacción: acceso, confort, información, cortesía en el trato, seguridad, competencia profesional y continuidad de la atención. Ofrece también la oportunidad de hacer comentarios adicionales, elemento importante para conocer la opinión de los pacientes fuera de los límites del cuestionario.

No admite ninguna pregunta referente al coste del tratamiento, cubierto por el seguro médico obligatorio, igual que en nuestro país.

Otro factor es que el PSQ se tradujo, adaptó transculturalmente y se validó al alemán en 2008 (61), aportando nuevas pruebas psicométricas que confirman el artículo original como fiable y válido.

HIPÓTESIS

2. HIPÓTESIS

Las pruebas psicométricas del *Patient Satisfaction Questionnaire* traducido al español, demostrarán que es un instrumento fiable y válido para medir la satisfacción de los pacientes que reciben tratamiento de fisioterapia.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo principal

El objetivo general es traducir, adaptar transculturalmente y validar un cuestionario de satisfacción del tratamiento de fisioterapia en los servicios de atención primaria.

3.2 Objetivos secundarios

- ✓ Traducir y adaptar al español el cuestionario francés *Patient Satisfaction Questionnaire* según la metodología de traducción-retrotraducción.
- ✓ Determinar las propiedades psicométricas de viabilidad de la versión en español del cuestionario.
- ✓ Determinar las propiedades psicométricas de fiabilidad de la versión en español del cuestionario.
- ✓ Determinar las propiedades psicométricas de validez de contenido de la versión en español del cuestionario.
- ✓ Determinar las propiedades psicométricas de validez de constructo de la versión en español del cuestionario.

MATERIAL Y MÉTODOS

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Descripción del cuestionario original

El cuestionario PSQ es un cuestionario de satisfacción de autoevaluación original, desarrollado en lengua francesa en un hospital universitario de Ginebra, Suiza, en el Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, en pacientes que recibieron fisioterapia entre enero y marzo de 1999 (54).

Para la validez de constructo los autores realizaron una revisión de la literatura y una discusión de las dimensiones con personal de rehabilitación. Incluyeron una revisión de la sintaxis, del formato de redacción y el uso de una voz activa en los enunciados para su viabilidad.

Se utilizó el análisis factorial para identificar los principales dominios de satisfacción, que midieron aspectos relacionados con la admisión, elección del centro, tratamiento e instalaciones.

El cuestionario final consta de 14 preguntas cerradas: 1 pregunta sobre quién realizó la elección del centro; 2 preguntas sobre el procedimiento de admisión (facilidad en trámites y cortesía del personal); 5 preguntas sobre el tratamiento (1 pregunta sobre la cortesía en el trato, 2 preguntas sobre la información recibida, 1 de seguridad, 1 de competencia profesional); 4 preguntas sobre las instalaciones (1 de acceso, 1 de orientación y 2 de confort) y 2 preguntas globales de fidelidad (valoración global y recomendación). El cuestionario incluye 3 preguntas opcionales abiertas (descripción de puntos fuertes y débiles del servicio y cómo se podría mejorar).

Las opciones de respuesta se construyen sobre una escala de Likert de 5 puntos entre "mal", "justo", "bien", "muy bien" y "excelente" para 12 de los ítems, excepto para las opciones de respuesta sobre la elección del centro ("yo", "mi médico", "me lo recomendó un amigo o familiar" o "era la única opción"), y la pregunta de recomendación ("no, en ningún caso", "no, no creo", "quizás", "seguramente" y "sí, sin duda").

Se puso a prueba en una muestra consecutiva de 1.024 pacientes, con una tasa de respuesta del 52%, obteniendo 528 cuestionarios finales utilizables.

La consistencia interna fue de un alfa de Cronbach de 0,77 a 0,90. No se probó el test-retest y los autores concluyeron que, en general, el PSQ era un instrumento válido tanto para pacientes ambulatorios como hospitalarios.

4.2 Diseño del estudio

Se realizó la traducción y adaptación transcultural del cuestionario PSQ utilizando la metodología de traducción-retrotraducción.

Posteriormente se administró el cuestionario a todos los pacientes que acudieron a las consultas de fisioterapia durante el período 19 de noviembre de 2014 y 20 de julio de 2015 para determinar sus propiedades psicométricas.

4.3 Traducción y adaptación transcultural

4.3.1 Contacto con los autores originales

Una vez elegido el cuestionario, se contactó por correo electrónico con los autores originales (Dr. Perneger y Dr. Monnin), de quienes obtuvimos su permiso para la traducción.

4.3.2 Traducción del cuestionario al español

Se realizó la traducción del cuestionario siguiendo el método de traducción-retrotraducción (Figura 4) de acuerdo con las pautas para la adaptación de cuestionarios (62,63).

Este método realiza la traducción del instrumento asegurando una adecuada adaptación idiomática y cultural del mismo; asegura que la versión original y la resultante son culturalmente equivalentes y, por tanto, resulten igualmente aplicables y aceptadas por las poblaciones en las que se utilice.

Obtención de la primera versión consensuada

Consiste en realizar dos traducciones hechas por traductores bilingües independientes cuya lengua materna debe ser el idioma al que irá dirigido el cuestionario. A partir de las dos versiones traducidas, se revisan los ítems conjuntamente con los dos traductores para generar una primera versión consensuada.

Obtención de la segunda versión consensuada

Para determinar si el vocabulario es el adecuado y los ítems culturalmente aplicables de la primera versión consensuada, se recoge la opinión mediante entrevistas individuales semiestructuradas en individuos de la población de estudio, donde los entrevistados tienen que expresar con sus propias palabras el significado percibido y la redacción de cada ítem para verificar su correcta comprensión (parafraseo). Para ello se debe tener en cuenta la edad, el sexo y el nivel de educación (13). La realización de este tipo de estudio previo permite, entre otras cuestiones: evaluar la exactitud y corrección de los enunciados de las preguntas en términos de comprensibilidad y extensión, determinar la correcta categorización de las respuestas, detectar la existencia de reticencias por parte de los entrevistados hacia determinadas preguntas, así como valorar su secuencialidad (21).

Obtención de la tercera versión consensuada

Se obtiene la tercera versión una vez un panel de expertos realiza una revisión exhaustiva del cuestionario, poniendo especial atención en la valoración mostrada por los encuestados en las entrevistas semiestructuradas.

El panel de expertos también debe supervisar las palabras utilizadas, el formato de respuesta y las instrucciones (64).

Obtención del cuestionario final

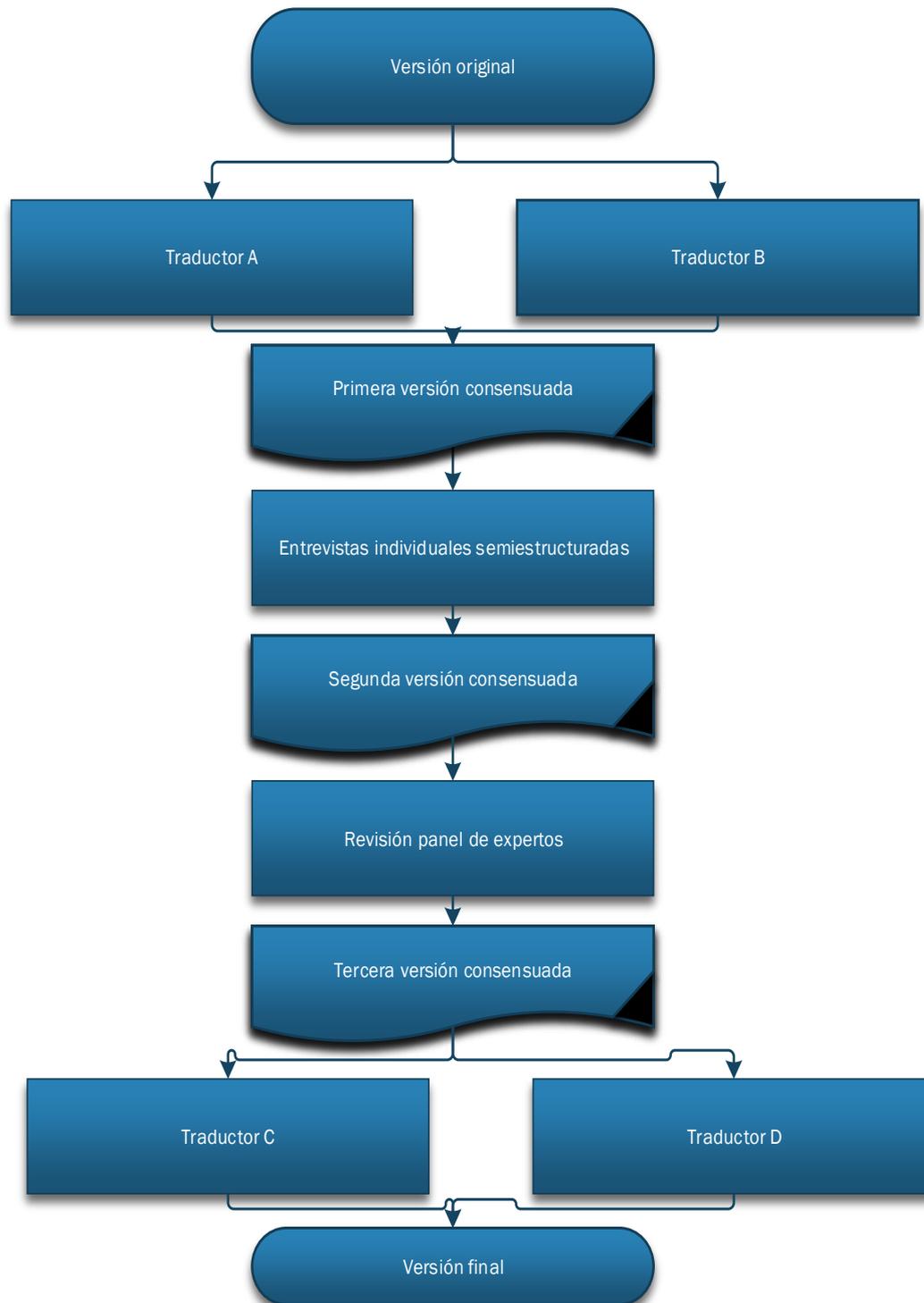
Dos traductores independientes de la misma nacionalidad del cuestionario original, traducen la tercera versión del cuestionario. Se comparan las dos versiones traducidas con el cuestionario original y se

asegura su equivalencia semántica y cultural con la tercera versión. Se obtiene así la versión definitiva.

Prueba piloto

Miembros de la población diana responden la versión definitiva y pueden emitir un juicio que reconsidere su validez. Sus resultados pueden utilizarse para efectuar las modificaciones oportunas al instrumento de medición.

Figura 4 Esquema del método traducción-retrotraducción seguido para traducir el cuestionario PSQ al español



4.4 Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en cinco Unidades de Rehabilitación Física que dan cobertura a ocho Equipos de Atención Primaria (EAP) de la Dirección de Atención Primaria Tarragona-Reus del Institut Català de la Salut de Catalunya:

- ✓ La Unidad de Rehabilitación Física Centro de Atención Primaria (CAP) Catalunya (centro urbano), atiende a los EAP de Tarragona-3, Tarragona-5, Tarragona-6, Tarragona-8 y de El Morell.
- ✓ La Unidad de Rehabilitación Física del CAP Sant Salvador (centro urbano), atiende a la población de Tarragona-7.
- ✓ La Unidad de Rehabilitación Física de CAP Miami (centro rural), atiende a la población de los EAP de Miami.
- ✓ La Unidad de Rehabilitación Física de CAP Mont-roig (centro rural), atiende a la población de Mont-roig.
- ✓ La Unidad de Rehabilitación Física de CAP Les Borges del Camp (centro rural), da cobertura a la población del EAP de Les Borges del Camp y EAP de Cornudella de Montsant.

Nuestras Unidades de Rehabilitación Física son centros ambulatorios algunos de los cuales no están ubicados en los centros de AP y se caracterizan porque en todos estos centros ambulatorios el fisioterapeuta realiza primeras visitas de fisioterapia. El fisioterapeuta accede a la historia clínica del paciente, lo explora y pauta el tratamiento. Estas mismas Unidades de Rehabilitación Física disponen

de un médico rehabilitador que sólo visita en algunos centros urbanos, como CAP Catalunya, pero son referentes de todas las Unidades de Rehabilitación Física al que todos los fisioterapeutas tienen acceso y acuden en caso de duda, complicación clínica del paciente o para prescribir una ortesis, por ejemplo.

El área de tratamiento al que se dirige el cuestionario que validamos se refiere exclusivamente al tratamiento de fisioterapia, aunque algunos de los tratamientos que se aplican los haya pautado un médico rehabilitador.

4.5 Tamaño de la muestra

Dado que el análisis factorial se propone sobre un máximo de 14 ítems, se plantea estudiar al menos 10 sujetos por ítem, tal y como sugiere la literatura (65), dando un total de 140 sujetos. Suponiendo un 10% de abandonos de tratamiento de los pacientes y/o pérdidas de los cuestionarios, datos incompletos o inválidos, se amplía la muestra hasta 155 sujetos.

Para la estabilidad temporal aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral, el resultado es 37 participantes, teniendo en cuenta un coeficiente de correlación de 0,5. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 20%.

4.6 Reclutamiento de los participantes

Todos los pacientes que realizan sesiones de tratamiento en nuestras Unidades de Rehabilitación Física, son derivados por una de las siguientes formas: (a) Han sido visitados por su médico de AP o un especialista (traumatólogo, reumatólogo,..) y derivados a rehabilitación. En este caso, el administrativo se encarga de programar al paciente una visita ambulatoria en la Unidad de Rehabilitación que le corresponda, donde será visitado por un médico especialista en rehabilitación, o bien por un fisioterapeuta. (b) Si ya han sido visitados en una unidad de rehabilitación hospitalaria, estos pacientes ya no son citados en el ambulatorio. En este caso, un programa informático común, el Aplicativo de Rehabilitación, permite programar directamente a los pacientes sin necesidad de otra consulta, puesto que ya vienen con el tratamiento pautado desde el hospital.

Los pacientes que aceptaron participar fueron reclutados mediante muestreo consecutivo: para los pacientes visitados en el ambulatorio, su participación se acordaba el día que acudía a la primera visita, ya fuera por un médico rehabilitador o por un fisioterapeuta. Para los pacientes derivados del hospital, su participación se acordaba el primer día de tratamiento en la sala de rehabilitación por un fisioterapeuta. De esta forma nos aseguramos de no escoger los participantes, obteniendo una muestra lo menos contaminada posible.

A todos los pacientes se les explicó la naturaleza del estudio, aclarándoles que cualquier decisión sobre su participación no modificaría su atención con el tratamiento e informando que su consentimiento se otorgaba con su colaboración.

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes mayores de 18 años.
- ✓ Con dominio del idioma español.
- ✓ Que fueran a realizar sesiones de tratamiento de fisioterapia de forma ambulatoria.
- ✓ Aceptarán participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- ✓ Incapacidad cognitiva para responder el cuestionario.
- ✓ Pacientes que no conocieran el idioma español, con dificultad o imposibilidad para la comprensión del texto.

Confirmada su inclusión en el estudio y la ausencia de criterios de exclusión, se numeró cada hoja de participación (donde se encuentra el cuestionario y las variables secundarias del paciente) con un código alfanumérico que sirvió como identificador durante todo el proceso de participación, siendo ST1 a ST40 para los participantes del CAP de Sant Salvador; TGN1 a TGN35 para los pacientes del CAP Catalunya; MM1 a MM20 para los pacientes de CAP Miami; MR1 a MR20 para los pacientes de CAP Mont-roig y BG1 a BG40 para los participantes de CAP Les Borges.

La selección de los participantes para evaluar la estabilidad temporal se realizó haciendo un muestreo aleatorio simple entre los que habían contestado el primer cuestionario.

4.7 Recogida de datos

Primero se contactó con los directivos de los EAP explicándoles el objetivo del estudio y su importancia, así como el número de pacientes necesarios para que los resultados fueran válidos.

Previamente al reclutamiento de los participantes, el equipo investigador realizó una sesión clínica en cada EAP de referencia de la Unidad de Rehabilitación participante, donde se mostró la hoja de recogida de datos y el cuestionario que se iba a entregar a los pacientes. El objetivo de estas sesiones fue dar a conocer el objeto y metodología del estudio y resolver cualquier duda que se pudiera presentar.

Estas sesiones clínicas fueron llevadas a cabo unos días antes de la administración de los cuestionarios, siendo convocados los fisioterapeutas que iban a colaborar en el estudio, personal administrativo y médico del CAP Sant Salvador, CAP Miami, CAP Les Borges y CAP Catalunya.

Ya fuera el día de la visita en la Unidad de Rehabilitación, o bien en la sala de tratamiento, el médico rehabilitador o fisioterapeuta apuntó de cada participante las variables en la hoja de recogida de datos, junto con la fecha de consulta/visita o inicio del tratamiento, y un teléfono móvil de contacto del paciente. Durante todas las sesiones del tratamiento, la hoja de recogida de datos y el cuestionario se encontraban adjuntos a la hoja de tratamiento del paciente.

El fisioterapeuta ofreció a los pacientes derivados del hospital, la oportunidad de contestar las variables en una sala adjunta o en un lugar apartado de la sala de tratamiento, para preservar la intimidad al contestar los datos más personales.

A todos los participantes se les informó de la probabilidad de ser llamados a las dos semanas para contestar de nuevo el cuestionario, necesario para calcular el test-retest.

El último día de tratamiento de un paciente, el fisioterapeuta completó los siguientes datos que faltaban en la hoja de recogida de datos: fecha en la que se completaba el cuestionario; escala visual analógica (EVA) final; número de sesiones hasta la fecha; si el paciente fue tratado por uno o varios fisioterapeutas.

Acto seguido el fisioterapeuta entregó el cuestionario de satisfacción al paciente (en el mismo reverso de la hoja de recogida de datos), que él mismo rellenó en la misma sala de tratamiento, teniendo a su disposición el fisioterapeuta en caso de dudas. Todos los cuestionarios fueron depositados por el mismo paciente en el buzón de sugerencias que se encuentran en cada centro, antes de su salida del ambulatorio.

4.8 Variables del estudio

Se elaboró un cuaderno de recogida de datos (CRD) para recoger un conjunto de variables relacionadas con la satisfacción en los servicios de salud más frecuentemente documentadas en la literatura. El CRD recogía las siguientes variables:

- ✓ Edad.

- ✓ Sexo.

- ✓ Estado civil (soltero/a, casado/a, viudo/a, divorciado/a).

- ✓ Nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios o superior).
- ✓ Profesión.
- ✓ Percepción global de la salud (excelente, muy buena, buena, regular o mala).
- ✓ Visita efectuada por un fisioterapeuta o un médico rehabilitador.
- ✓ Área anatómica a tratar (sólo en tratamientos musculoesqueléticos).
- ✓ EVA inicial y final.
- ✓ Tiempo de evolución: agudo/crónico.
- ✓ Tratamiento de fisioterapia anterior al actual en la misma unidad de rehabilitación. En caso afirmativo, se preguntó si era por el mismo motivo.
- ✓ Número total de sesiones realizadas.
- ✓ Tratamiento efectuado por el mismo o varios fisioterapeutas.
- ✓ Ámbito urbano o rural de los EAP.

Los 14 ítems son las principales variables de este estudio, presentados a modo de cuestionario.

4.9 Análisis de los datos

4.9.1 Análisis descriptivo de los datos

De cada ítem se determinó la media, desviación estándar (DE) y el efecto suelo y techo. El efecto techo y suelo nos permite determinar la variabilidad de las respuestas. El efecto suelo se produce cuando las respuestas de un determinado ítem se acumulan en el valor inferior, mientras que el efecto techo se produce cuando las respuestas de un ítem se acumulan en el valor superior. Cuando el 15% o más de las respuestas se acumuló en los valores superiores o inferiores, se consideró que existía dichos efectos.

Para determinar la capacidad discriminativa de los ítems se calculó el índice de discriminación basado en la comparación de las respuestas a de grupos extremos. Para ello se seleccionó el 33 % de participantes con puntuación total superior y el 33 % con inferior. Los resultados que esperamos con el índice de discriminación son que el 33% con una puntuación total superior tenga una media significativamente más alta en cada ítem que el 33% inferior. Podremos en este caso concluir que los ítems que simultáneamente diferencian a los mismos sujetos están midiendo lo mismo.

4.9.2 Viabilidad

Los mejores instrumentos son inservibles si su aplicación resulta difícil o compleja. Características como el tiempo empleado en la

cumplimentación, sencillez del formato y claridad de las preguntas son aspectos relacionados con la viabilidad (66).

Para comprobar la viabilidad del cuestionario en español se recogió el tiempo de cumplimentación en la prueba piloto y se observó el número de ítems sin responder. Para asegurar la claridad de las preguntas el cuestionario tuvo que estar aceptado por pacientes e investigadores.

4.9.3 Fiabilidad

Un cuestionario es fiable y preciso cuando sus mediciones están libres de error (66). La fiabilidad del cuestionario fue reportada por:

Consistencia interna

La consistencia interna se determinó utilizando el coeficiente alfa de Cronbach. Este coeficiente explica el grado en que los ítems comparten la misma información. El coeficiente alfa de Cronbach oscila entre 0 y 1. Un valor igual a 0 indica que todos los ítems son independientes (miden conceptos teóricos distintos), mientras que un coeficiente igual a 1 indicaría una alta dependencia de los ítems (es decir, un mismo concepto teórico).

Además, se determinó la correlación ítem-total, que muestra las correlaciones de cada uno de los ítems con la puntuación total del cuestionario.

Estabilidad temporal

La estabilidad temporal o reproducibilidad del cuestionario se determinó mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI), que permite determinar el acuerdo entre dos cuestionarios administrados sobre un mismo grupo de personas, sin que hayan sufrido una intervención entre los periodos de administración de los cuestionarios. Existe un pobre acuerdo cuando CCI es $< 0,40$ y si está por encima de $0,75$ se considera muy bueno o excelente; entre $0,40$ y $0,75$ el acuerdo es moderado.

Para la prueba de estabilidad temporal se estimó que se necesitaba una administración completa del cuestionario a un mínimo de 37 participantes.

El cuestionario se administró nuevamente a los participantes seleccionados para las pruebas de estabilidad temporal, por vía telefónica, al cabo de dos semanas de haber respondido el cuestionario al finalizar el tratamiento. Este tiempo es considerado suficiente para que no se produzcan cambios y al mismo tiempo los participantes no recuerden sus respuestas.

4.9.4 Validez de contenido

Se analizó el procedimiento de desarrollo del PSQ original antes de su elección, pues un cuestionario debe abarcar la mayor cantidad de dimensiones del concepto que se quiere estudiar y se debe basar en juicios de diferente procedencia: revisión de la literatura, opinión de expertos y estudios piloto (66).

Para conseguir la máxima validez de contenido posible en la adaptación del cuestionario, se siguieron las pautas del método de traducción-retrotraducción (62,63)

4.9.5 Validez de constructo

Evalúa el grado en que el instrumento refleja la teoría del fenómeno o concepto que se pretende medir (66).

Para ello se identificaron las dimensiones del cuestionario mediante el análisis de componentes principales (ACP).

Adecuación para realizar un ACP

Se determinó la adecuación de realizar un ACP mediante las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de Bartlett.

- ✓ El índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO): El valor de este índice oscila entre 0 y 1. Un valor inferior a 0,5 indicaría que no es adecuado realizar un ACP.
- ✓ La prueba de esfericidad de Bartlett Si el resultado de la prueba es significativo ($p < 0.05$), nos indica que es pertinente realizar un ACP.

Número de factores a extraer

Una vez determinada la adecuación del análisis factorial de componentes principales se determinó el número de factores (dimensiones) a extraer utilizando las siguientes aproximaciones:

- ✓ Criterio de Kaiser: consiste en seleccionar los factores con autovalores (Eigen) superiores a 1.
- ✓ Porcentaje de varianza explicada: determina el porcentaje acumulado de varianza extraída por los diferentes factores.
- ✓ Gráfico de sedimentación o test de la pendiente de Cattell en el que se representa gráficamente los factores o dimensiones extraídos para establecer un punto de inflexión.

Para una mejor interpretación de los factores obtenidos se utilizó la rotación ortogonal.

4.10 Consideraciones éticas

Se consideró como indicación de consentimiento de participación en el estudio el retorno del cuestionario completado. El estudio contó con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol (ANEXO 1).

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1 Traducción y adaptación transcultural

Una vez elegido el cuestionario original, se contactó con uno de sus autores, el Dr. Perneger, que dió su permiso para traducir el PSQ al idioma español (ANEXO 2).

Se mantuvo correspondencia vía mail con el Dr. Perneger a lo largo de todo el estudio, ya que se mostró interesado en seguir la evolución de la adaptación del cuestionario.

Tras obtener el permiso para la traducción, dos traductores independientes de nacionalidad española (llamados A y B), tradujeron el cuestionario original y a la vez cuantificaron su adaptabilidad, puntuando el grado de dificultad en la traducción de cada ítem, siendo 1 mínimo y 10 máximo (ANEXO 3, ANEXO 4).

A partir de las dos versiones traducidas, el equipo investigador revisó todos los ítems conjuntamente con los dos traductores para generar una primera versión consensuada.

Se recogió la opinión de 10 individuos de la población de estudio mediante entrevistas semiestructuradas para obtener la segunda versión consensuada: dos de los 10 entrevistados manifestaron dudas en la segunda pregunta referente al dominio de tratamiento:

“Valore las explicaciones recibidas sobre el tratamiento efectuado y lo que se esperaba de usted”.

Entendiendo que eran dos preguntas de diferente dominio.

Por este motivo el equipo investigador se puso de nuevo en contacto el Dr. Perneger, para que especificara el significado de este ítem (ANEXO 5), confirmando que era una pregunta que se refería a un solo dominio, el tratamiento, y se obtuvo así la segunda versión.

Las alternativas propuestas, en especial atención a este ítem que presentó dificultades, fueron valoradas por el panel de expertos, que decidió omitir la segunda parte del enunciado para evitar errores de comprensión, quedando la pregunta del siguiente modo:

“Valore las explicaciones recibidas sobre el tratamiento efectuado”.

A parte de la ambigüedad de las frases o palabras, el panel de expertos también valoró: si los ítems eran relevantes en su propósito; asegurar que las preguntas no levantarán prejuicios ni fueran indiscretas sin necesidad; si las palabras utilizadas eran las adecuadas y las instrucciones de entrega del cuestionario.

Se obtuvo así la tercera versión consensuada.

Posteriormente dos traductores independientes cuya lengua materna era el francés, tradujeron la tercera versión consensuada al francés (retrotraducción) y puntuaron del 1 (mínima dificultad) al 10 (máxima dificultad) la traducción de los ítems (ANEXO 6, ANEXO 7). Ambas traducciones, junto con la versión original, se sometieron a revisión por ambos traductores y el equipo investigador para detectar diferencias entre las versiones francesas y la tercera versión consensuada. Los dos traductores coincidieron en cambiar la respuesta en español de “normal” por “regular”, más acertada. Como no hubo

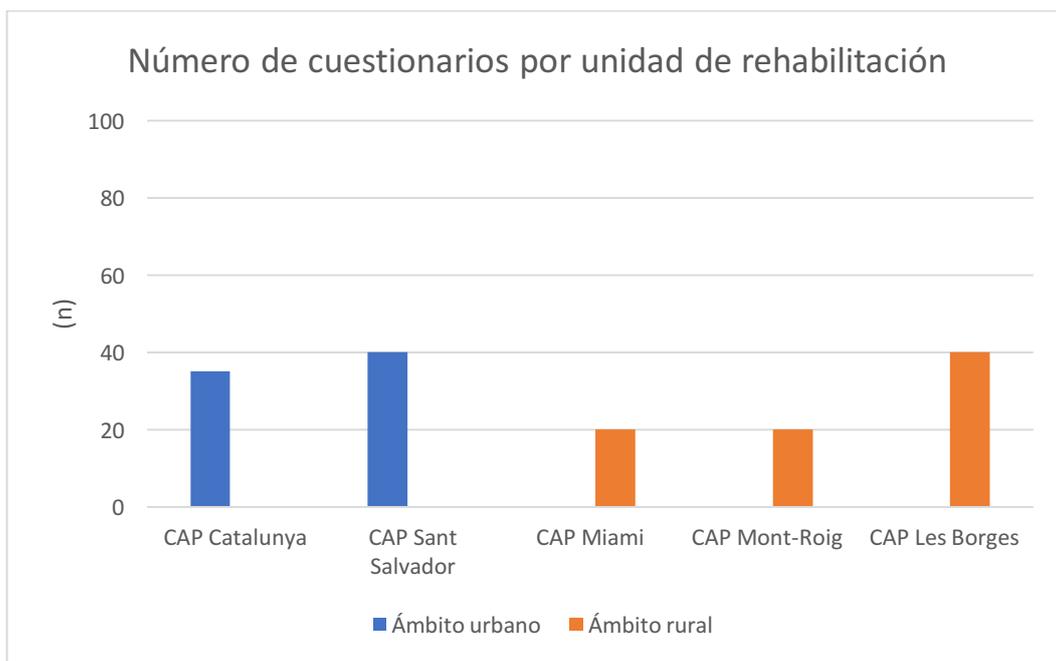
discrepancias en el resto, se obtuvo así la versión final, el PSQ-E (ANEXO 8).

El PSQ-E se administró como prueba piloto a 10 pacientes, para calcular el tiempo estimado para responder el cuestionario, asegurar la total comprensión del texto o si existía rechazo hacia alguna pregunta. No hubo dudas al respecto y el tiempo empleado para completar los cuestionarios fue de una media de 2,5 minutos.

5.2 Asignación de los participantes

Los 155 cuestionarios se repartieron entre las cinco Unidades de Rehabilitación Física participantes (demarcación de Tarragona), administrándose un número similar de cuestionarios entre los centros urbanos y rurales (Figura 5).

Figura 5 Distribución de cuestionarios según ámbito



5.3 Tasa de respuesta

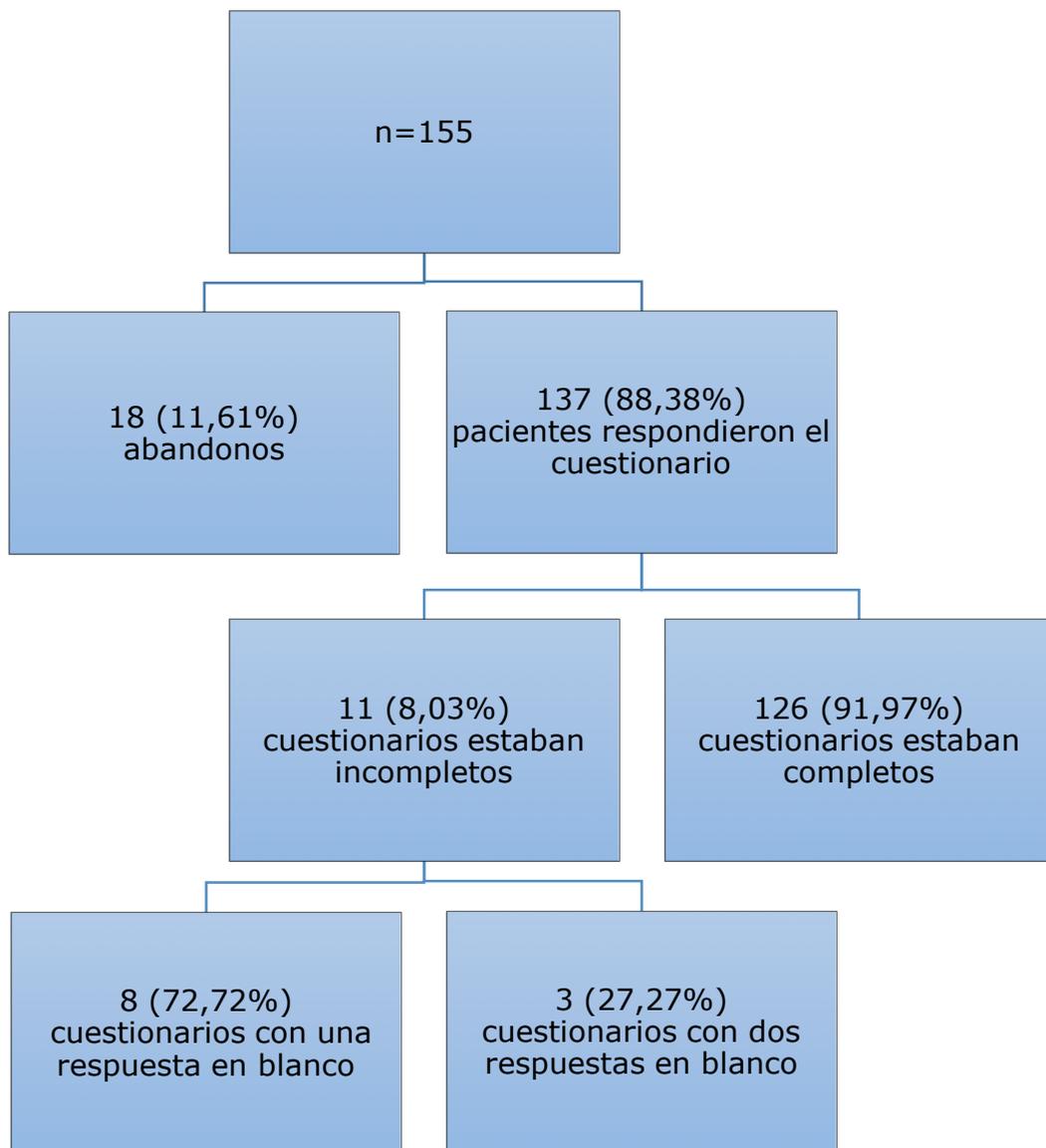
Del número inicial de 155 cuestionarios, se completaron un total de 137 cuestionarios (Figura 6), lo que representa una participación del 88% (n=137).

De los 137 cuestionarios recibidos, once presentaron al menos una pregunta sin respuesta y de estos once, 3 participantes dejaron 2 ítems en blanco. No hubo ningún cuestionario con más de dos ítems por responder.

Sólo dos individuos rehusaron participar en el estudio, sin registrarse el motivo y los 18 abandonos fueron pacientes que no terminaron el tratamiento de fisioterapia, por lo que no se les pudo entregar el cuestionario. Se desconoce el motivo de abandono.

Los 18 abandonos se registraron de la siguiente manera: 5 abandonos en la Unidad de Rehabilitación de Les Borges (3,22% cuestionarios no completos) y en la Unidad de Tarragona (11,4% no completos), 4 abandonos en la Unidad de Miami y Mont-roig y en la Unidad de Sant Salvador (2,58% no completos en cada una).

Figura 6 Descripción de la tasa de respuesta



5.4 Características de los participantes

Las características de los participantes se presentan mediante la Tabla 2. Se administró el cuestionario a 155 pacientes, cuya edad media fue de 54 años. El rango de edad osciló entre 19 y 81 años. La media de edad más común de los participantes se situó entre los 45 y 64 años, seguido de mayores de 64 años. El 66% fueron mujeres.

Un 62% de los participantes estaban casados. Un 15% se registraron como viudos y solteros respectivamente, y casi el 6% como divorciados.

Al comparar los participantes según sus estudios, observamos que un 37,9% tienen estudios primarios, ante un 34,6% para secundarios y un 24,2% para estudios superiores.

Menos del 10% de los participantes realizó el tratamiento pautado por un médico rehabilitador (8,75%).

La salud fue percibida como buena por el 37,3% de los participantes, frente el 27,5% que la percibieron como regular o muy buena (23,5%).

Veintinueve de los pacientes ya había realizado sesiones en el mismo servicio con anterioridad, y de éstos, 14 repitieron sesiones de tratamiento por el mismo motivo.

No se observaron diferencias estadísticas entre las características de los participantes que completaron el cuestionario y los que no.

TABLA 2 Comparación de los participantes que completaron o no el cuestionario

Variables	Todos los participantes		Según si completaron o no el cuestionario				P
	n=155		Completaron n=137 (88%)		No completaron n=18 (13%)		
Edad (años), media(DE)	54 (+/- 15)		52,43 (14,086)		55,77 (15,392)		0,44
	n	%	n	%	n	%	P
Mujeres	103	66,45%	92	67,15%	11	61,11%	0,61
Estado civil							
- Casado/a	97	62,58%	87	63,50%	10	55,56%	0,81
- Divorciado/a	9	5,81%	7	5,11%	2	11,11%	
- Soltero/a	23	14,84%	19	13,87%	4	22,22%	
- Viudo/a	24	15,48%	23	16,79%	1	5,56%	
Estudios							
- Sin estudios	5	3,30%	4	2,92%	1	5,56%	0,69
- Primarios	59	37,90%	53	38,69%	5	27,78%	
- Secundarios	54	34,60%	45	32,85%	8	44,44%	
- Superior	37	24,20%	33	24,09%	4	22,22%	
Visita médico rehabilitador	13	8,75%	12	8,76%	3	16,67%	0,24
Salud							
- Excelente	9	5,90%	7	5,11%	2	11,11%	0,55
- Muy buena	36	23,50%	33	24,09%	3	16,67%	
- Buena	57	37,30%	52	37,96%	5	27,78%	
- Regular	42	27,50%	36	26,28%	6	33,33%	
- Mala	9	5,90%	7	5,11%	2	11,11%	
Utilización anterior del servicio	29	12,25%	26	18,98%	3	16,67%	0,53
Mismo motivo de consulta en caso de utilización anterior del servicio	14	9,03%	13	9,49%	1	5,56%	0,46

5.5 Análisis descriptivo de los datos

La media y la DE observada en cada ítem se presentan en la Tabla 3, así como los efectos techo y suelo. Las medias de cada ítem oscilaron entre 1,07 (puntuación para la pregunta 14: *¿Recomendaría nuestro servicio?*) y 1,96 (pregunta 1: *"Indique quién escogió el centro de salud donde realizó su tratamiento de fisioterapia"*).

Los valores cercanos a 1 en la DE (ítem 2, 6, 8, 9, 10, 13) indicaron que la variabilidad de las respuestas fue sustancial. El ítem número 14 (*"¿Recomendaría nuestros servicios?"*), fue el que presentó una variabilidad inferior.

Todos los ítems presentaron efecto techo (>15%).

Tabla 3 Descripción de los ítems de la versión en español del cuestionario PSQ

ITEM	Media	Desviación estándar	Efecto techo (%)	Efecto suelo (%)
1.Elección centro	1,96	0,64	16,8	5,8
2.Facilidad trámites	1,72	0,86	51,1	0,7
3.Amabilidad	1,35	0,55	68,5	3,8
4.Capacidad	1,35	0,63	71,5	0,7
5.Explicaciones	1,54	0,69	57,0	0,7
6.Calidad información	1,57	0,73	55,9	1,5
7.Sensación seguridad	1,46	0,69	65,0	0,7
8.Tratamiento adaptado	1,67	0,88	53,3	0,7
9.Acceso	1,72	0,75	46,7	18,2
10.Orientación	1,74	0,73	43,1	16,8
11.Comodidad	1,53	0,68	57,7	10,9
12.Intimidad	1,56	0,64	52,2	8,1
13.Globalmente	1,51	0,79	62,5	0,7
14.Recomendaría	1,07	0,28	93,4	0,7

En la Tabla 4 se describen las puntuaciones medias de cada grupo extremo (entre el 33% con total más alto y el 33% con total más bajo) y el índice de discriminación o diferencia de medias, calculado para cada uno de los 14 ítems del cuestionario.

Aunque todos los ítems presentaron una discriminación positiva, observamos cómo el ítem número 1 discriminó poco porque la diferencia entre las medias fue muy pequeña.

Tabla 4 Análisis discriminante de las preguntas comparando los grupos con puntuaciones extremas

ITEM	Grupo con el 33% de las puntuaciones más altas	Grupo con el 33% de las puntuaciones más bajas	Índice de discriminación
1.Elección centro	1,93	1,89	0,04
2.Facilidad trámites	2,38	1,09	1,29
3. Amabilidad	1,83	1,04	0,79
4.Capacidad	1,90	1,04	0,86
5.Explicaciones	2,23	1,09	1,14
6.Calidad información	2,30	1,09	1,21
7.Sensación seguridad	2,08	1,00	1,08
8.Tratamiento adaptado	2,58	1,06	1,52
9.Acceso	2,58	1,11	1,47
10.Orientación	2,50	1,13	1,37
11.Comodidad	2,25	1,02	1,23
12.Intimidad	2,23	1,11	1,12
13.Globalmente	2,30	1,04	1,26
14.Recomendaría	1,18	1,00	0,18

5.6 Fiabilidad

Consistencia interna

La consistencia interna global de las puntuaciones de los 14 ítems del cuestionario fue muy satisfactoria (alfa de Cronbach = 0,918), lo que indica una alta consistencia interna y que los ítems del cuestionario midieron el mismo constructo o concepto teórico.

La primera columna contiene el índice de homogeneidad corregido, donde observamos que sólo un ítem (pregunta número 1) presentó una correlación ítem-total no sólo inferior a 0,20 (correlación débil), sino negativa (Tabla 5).

Los valores de alfa de Cronbach cuando se elimina un ítem oscilaron entre 0,90 y 0,936, siendo la fiabilidad máxima cuando se suprime el ítem número 1.

Tabla 5 Correlación ítem-total corregida y alfa de Cronbach resultante cuando se elimina un ítem del cuestionario

ITEM	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el ítem se ha suprimido
1.Elección centro	-0,161	0,936
2.Facilidad trámites	0,543	0,917
3.Amabilidad	0,646	0,913
4.Capacidad	0,672	0,911
5.Explicaciones	0,748	0,908
6.Calidad información	0,773	0,907
7.Sensación seguridad	0,797	0,907
8.Tratamiento adaptado	0,773	0,907
9.Acceso	0,783	0,907
10.Orientación	0,781	0,907
11.Comodidad	0,728	0,909
12.Intimidad	0,756	0,909
13.Globalmente	0,757	0,908
14.Recomendaría	0,353	0,920

Estabilidad temporal

En la prueba de estabilidad temporal (Tabla 6), participaron 37 pacientes. La mediana de tiempo transcurrido entre la primera y la segunda administración del cuestionario fue de 18 días (mínimo 10 y máximo 31).

Se extrajo el CCI de cada una de las dimensiones identificadas (Tabla 6), obteniendo un resultado global de 0,838, un acuerdo excelente.

Tabla 6 Estabilidad temporal de cada una de las dimensiones y global

Componente	Número de ítems	Alfa de Cronbach	CCI (IC95%)
1	12	0,863	0,834 (0,619, 0,921)
2	1	0,883	0,883 (0,774, 0,940)
Global	13	0,866	0,838 (0,632, 0,923)

CCI, coeficiente de correlación intraclase de acuerdo

5.7 Validez de constructo

Adecuación para realizar un ACP

Como se describe en la Tabla 7, la prueba de KMO mostró un resultado excelente ($KMO = 0,915$) y el test de Bartlett fue significativo ($P < 0,001$), por lo que fue adecuado realizar un ACP.

Tabla 7 Resultados de las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Bartlett para evaluar la adecuación del ACP

Medida de adecuación muestral de KMO		0,915
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1195,268
	Grados de libertad	91
	Significación	<0,001

Número de factores a extraer

La Tabla 8 nos muestra dos componentes con auto-valores (valores de Eigen) mayores de 1 (norma de Kaiser-Guttman), que consiguieron explicar un 61,83% de la varianza acumulada de los datos originales.

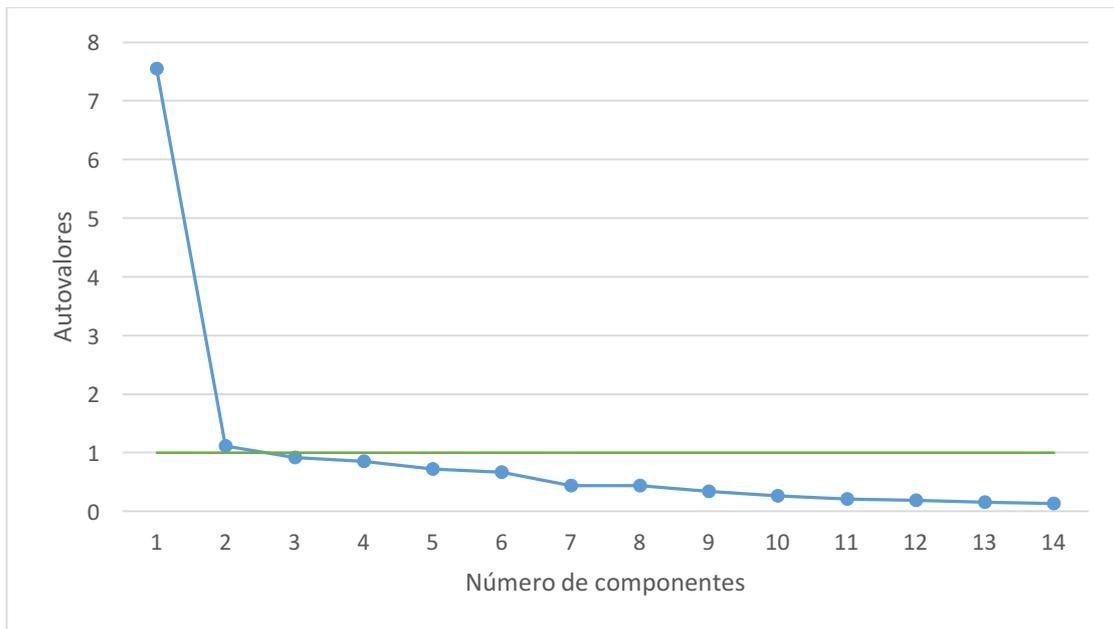
Tabla 8 Descripción de los valores de Eigen y de la variancia global explicada por cada componente

Factores	Auto-valores iniciales		
	Valor de Eigen	% de varianza	% acumulado
1	7,547	53,908	53,908
2	1,109	7,920	61,828
3	0,917	6,550	68,377
4	0,858	6,128	74,505
5	0,726	5,189	79,694
6	0,667	4,767	84,461
7	0,442	3,159	87,620
8	0,434	3,098	90,718
9	0,345	2,466	93,184
10	0,270	1,932	95,116
11	0,215	1,537	96,653
12	0,188	1,340	97,993
13	0,151	1,078	99,071
14	0,130	0,929	100

Gráfico de sedimentación

El gráfico de sedimentación mostró 14 componentes; este gráfico muestra que el punto de inflexión se sitúa entre el factor 2 y 3, por lo que confirma que se tuvieron que extraer 2 factores (Figura 7).

Figura 7 Gráfico de sedimentación



Análisis de los componentes principales

Se sometieron los 14 ítems del cuestionario a un ACP sobre 2 factores, determinado por los 2 valores de Eigen superiores a 1 (Tabla 9).

Tabla 9 Análisis de componentes principales con rotación varimax

ITEM	Componente	
	1	2
1.Elección centro	-0,113	-0,671
2.Facilidad trámites	0,624	-0,177
3.Amabilidad	0,716	-0,231
4.Capacidad	0,732	0,137
5.Explicaciones	0,788	0,216
6.Calidad información	0,804	0,220
7.Sensación seguridad	0,820	0,329
8.Tratamiento adaptado	0,804	0,187
9.Acceso	0,833	-0,104
10.Orientación	0,842	-0,139
11.Comodidad	0,791	-0,112
12.Intimidad	0,814	-0,020
13.Globalmente	0,790	0,174
14.Recomendaría	0,347	0,565

En el primer factor se encontró 12 preguntas. Con la que más se asoció fue con la pregunta *“Valore la facilidad de orientación dentro de las instalaciones y en los alrededores”*, seguido de la pregunta *“Valore la facilidad de acceso al servicio de fisioterapia”*, las dos referentes al dominio de Instalaciones. El segundo componente principal estuvo formado por una única variable, *“¿Recomendaría nuestros servicios?”*.

Podemos observar como la pregunta número 1, *“Indique quién escogió el centro de salud donde realizó su tratamiento de fisioterapia”* no se incluyó en ninguna dimensión del cuestionario.

5.8 Comparativa PSQ original, PSQ-G y PSQ-E

En la Tabla 10 comparamos nuestros resultados (PSQ-E) con la versión en alemán (PSQ-G) y con el cuestionario original.

Tabla 10 Comparación de los cuestionarios PSQ

	PSQ	PSQ-G	PSQ-E
Número de participantes	1.024	151	155
Tasa de respuesta	52%	82%	88%
Número de participantes en la prueba piloto	10	13	10
Minutos para completar el cuestionario	NE	6	2,5
Alfa de Cronbach	0,77 - 0,90	0,85 - 0,96	0,90 - 0,936
CCI	NE	0,89 - 0,91	0,83 - 0,88
Tiempo retest	NE	4 semanas	2 semanas
Número de factores	3	2	2
Varianza acumulada	67%	61%	61%

PSQ, PATIENT SATISFACTION QUESTIONNAIRE; CCI, COEFICIENTE DE CORRELACIÓN INTRACLASE; NE, NO EVALUADO.

Aunque el PSQ contó una participación justa (52%), obtuvo mayor número de participantes que en el PSQ-G y el PSQ-E. No se registró el tiempo para completar el cuestionario ni se realizaron pruebas para el test-retest.

El cuestionario original fue validado al alemán con la medición de alfa de Cronbach, el test-retest (que fue cuantificado mediante el coeficiente de correlación intraclase), y el ACP. En la fase piloto, el cuestionario fue probado en pacientes (n = 13) y profesionales (n = 14) y no hubo problemas o dificultades con la interpretación contextual

de los puntos diferentes o con la clasificación de las opciones de respuesta.

El PSQ-E obtuvo resultados superiores en cuanto a número de participantes y altos valores para alfa de Cronbach, coincidiendo con el cuestionario PSQ-G en el número de factores que consiguieron explicar el mismo tanto por ciento de varianza acumulada, aunque no hubo coincidencia con el análisis de los componentes principales; a diferencia del PSQ-G, nuestro estudio incluyó todos los ítems del cuestionario original y los resultados obtenidos con las pruebas psicométricas aportan una evidencia que creemos no puede mostrar la versión del PSQ en alemán.

La tasa de respuesta fue ligeramente superior en nuestro estudio, seguramente porque los participantes de PSQ-E completaron el cuestionario en el mismo centro antes de la última o penúltima sesión, mientras que un 78% de los participantes de PSQ-E lo hicieron en sus respectivos domicilios. Los autores del cuestionario original sospecharon que la baja participación del PSQ fue debido al bajo dominio del francés de los encuestados y a que fueron contactados por correo.

5.9 Comentarios adicionales

El PSQ también muestra la posibilidad de anotar diferentes opiniones adicionales a través de preguntas abiertas, que en el PSQ-E se tradujeron como:

- "Puntos fuertes"

- "Puntos débiles" y
- "¿Cómo podríamos mejorar nuestro servicio?".

De los 137 participantes, 3 hicieron un comentario sobre puntos fuertes del servicio ("amabilidad", "actitud del fisioterapeuta" y "flexibilidad horaria para el tratamiento") y 2 pacientes refirieron comentarios sobre puntos débiles ("falta de personal" y "falta de calma e intimidad"). No se recibieron opiniones sobre cómo se podría mejorar el servicio.

No se realizó el análisis cualitativo de los comentarios adicionales.

5.10 Características de los participantes vs Satisfacción

Para obtener una puntuación de la satisfacción y poder compararla con las variables del estudio, se puntuó la escala tipo Likert usada en nuestro cuestionario como: "No lo sé" no puntuable, "Mal" 0 puntos, "Regular" 1 punto, "Bien" 2 puntos, "Muy bien" 3 puntos y "Excelente" 4 puntos.

Para la pregunta global "*¿Recomendaría nuestros servicios?*", se puntuó los resultados como: "No lo sé" no puntuable, "Nunca" 0 puntos, "No, no lo creo" 1 punto, "Quizás" 2 puntos, "Seguramente" 3 puntos y "Sí, sin duda" 4 puntos. Se excluyó la pregunta "*Indique quién escogió el centro de salud donde realizó su tratamiento de fisioterapia*", pues era un pregunta meramente informativa.

La mediana de la satisfacción fue de 20 puntos y dividimos los resultados como:

- Menor o igual a 20 = menor satisfacción
- Superior a 20 = mayor satisfacción

Relacionamos esta puntuación con las variables de estudio, tomando el valor p como referente para su significación estadística. Los resultados obtenidos se resumen en la Tabla 11.

No encontramos relevancia estadística entre las variables secundarias y la satisfacción de los participantes excepto en el tiempo de evolución de la clínica: los pacientes con dolor crónico se mostraron más satisfechos que los pacientes que padecían un dolor agudo.

Tabla 11 Relación entre las variables registradas y la satisfacción reportada

VARIABLES		≤20	>20	P
GÉNERO	Mujer	67,0%	65,6%	0,865
	Hombre	33,0%	34,4%	
EDAD	Media 54,75	53,54	56,41	0,250
ESTADO CIVIL	Casado/a	61,8%	64,1%	0,866
	Soltero/a	38,2%	35,9%	
ESTUDIOS	Sin estudios	3,4%	3,1%	0,543
	Primarios	34,8%	42,2%	
	Secundarios	39,3%	28,1%	
	Superior	22,5%	26,6%	
SALUD AUTO-PERCIBIDA	Excelente	7,8%	3,1%	0,77
	Muy buena	30%	14,1%	
	Buena	30%	46,9%	
	Regular	24,4%	31,3%	
	Mala	6,7%	4,7%	
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	Agudo	63,3%	33,9%	0,001
	Crónico	36,7%	66,1%	
VISITA	Médico rehabilitador	6,6%	14,1%	0,168
	Fisioterapeuta	93,4%	85,9%	
UTILIZACIÓN ANTERIOR DEL SERVICIO	Sí	17,6%	21,9%	0,54
	No	82,4%	78,1%	
MISMO MOTIVO DE CONSULTA	Sí	5,5%	15,6%	0,052
	No	94,5%	84,4%	
TRATAMIENTO POR EL MISMO FISIOTERAPEUTA	Sí	35,6%	32,8%	0,857
	No	64,4%	67,2%	

Tabla 11 Relación entre las variables registradas y la satisfacción reportada
(continuación)

VARIABLES		≤20	>20	P
MEJORIA CLINICA	Sí	88,9%	90,3%	1,000
	No	11,1%	9,7%	
ENTORNO	Rural	67,1%	60,9%	0,479
	Urbano	32,9%	39,1%	
NÚMERO DE SESIONES	7-11 Sesiones	32%	20,3%	0,280
	12-19 Sesiones	53,8%	62,5%	
	>20 Sesiones	14,3%	17,2%	

DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

El PSQ se tradujo al idioma español y los resultados de los criterios de calidad de las pruebas demostraron que el PSQ-E es un cuestionario válido y fiable. Las puntuaciones fueron estables en el tiempo y se comprobó la relación entre las variables secundarias y las puntuaciones de satisfacción reportada.

6.1 Participación y descripción de las respuestas a cada ítem

La tasa de participación fue del 88%, tasa superior a la obtenida en otros estudios de participación para la validación de cuestionarios (37,54,67), incluido el estudio de validación para el PSQ-G (61). Altos niveles de cooperación a la hora de responder se asocian a la entrega en mano de un cuestionario (21).

La participación mostró una buena medida de aceptación del cuestionario: el 92% lo respondieron en su totalidad.

6.2 Contraste de medias

El ítem número 1 *"Indique quién escogió el centro de salud donde realizó su tratamiento de fisioterapia"*, presentó unas puntuaciones medias prácticamente iguales (1,93 y 1,89 respectivamente). Puede ser debido a que las respuestas a este ítem ("yo", "mi médico", "me lo recomendó un amigo o familiar", "era la única opción") no se corresponden a una escala Likert, que es como está estructurado para el resto de respuestas del cuestionario.

Esto indica que el cuestionario es capaz de distinguir entre ítems que valoran la satisfacción y este ítem, que es meramente informativo.

6.3 Viabilidad

Para asegurar la viabilidad del cuestionario original, los autores del PSQ revisaron la sintaxis y la redacción de las preguntas, y escogieron un enunciado en voz activa (54), asegurando la comprensión del texto.

El proceso de traducción-retrotraducción fue el referente para asegurar un nivel adecuado de lectura, claridad de la información y si las respuestas eran apropiadas. Para el PSQ-E, el lenguaje adecuado del cuestionario se puso a prueba durante las entrevistas individuales semiestructuradas con el uso del parafraseo, revelando un ítem que fue confuso para 2 de los 10 entrevistados. Este ítem, que fue modificado por el panel de expertos, no mostró dudas posteriormente en su retrotraducción y comparación con el cuestionario original y fue aceptado sin dilemas por los 10 participantes en la prueba piloto.

Todos los cambios se realizaron de forma consensuada entre el panel de expertos, los traductores y el equipo investigador.

También contamos con la participación del Dr. Perneger, uno de los autores del cuestionario original. De esta manera cuidamos que la traducción y adaptación se llevara a cabo de acuerdo con el autor de la escala, evitando así la existencia de versiones no autorizadas que pudieran diferir en sus propiedades y consiguiendo una equivalencia semántica con la versión original lo más fiel posible.

Tuvimos en cuenta que el formato del cuestionario fuera ameno y estructuramos las preguntas formando bloques temáticos (21).

Otra forma de asegurar la viabilidad, fue midiendo el tiempo para completar el cuestionario, dato que no se reporta en el PSQ ni en la mayoría de los cuestionarios originales que hemos referenciado (37,54-60). Sólo Escobar aportó este dato, registrando 10 minutos para rellenar los 24 ítems de su cuestionario original (2), un tiempo correcto para su cumplimiento (68).

6.4 Fiabilidad

Consistencia interna

Las pruebas psicométricas del PSQ-E fueron, en general, muy buenas: presentó un alfa de Cronbach que oscila de 0,90 a 0,94, superior en comparación al PSQ original (alfa de Cronbach 0,77 a 0,90), y similar al resultado que presentó el PSQ-G (0,85 a 0,96).

Cuando analizamos el índice de homogeneidad corregido, observamos que la pregunta número 1 (*"Indique quién escogió el centro de salud donde realizó su tratamiento de fisioterapia"*), presenta una correlación ítem-total negativa, lo que nos indica que no hay mucha correlación entre este ítem y los restantes. Es decir, mide algo distinto expresado en los demás ítems. Esto fue consistente con los resultados de alfa de Cronbach cuando se elimina un ítem, que aunque muestra valores altos para todos los elementos suprimidos de forma individual, al eliminar la pregunta número 1, alfa de Cronbach mejora a 0,936, que es la mejor puntuación de todas.

Si examinamos la correlación entre la satisfacción y el análisis de los ítems del cuestionario, hemos encontrado que el ítem más importante para los encuestados ha sido el que valora la sensación de seguridad con el tratamiento, aunque la dimensión de "Instalaciones" ha mostrado una media ligeramente superior que la dimensión de "Tratamiento" (0,76 y 0,75 respectivamente). Este hallazgo comparte resultado con el estudio de Roush y Sonstroen (56), que también encontraron que la dimensión más importante para la satisfacción estaba relacionada con la ubicación, así como el coste.

Contrariamente a lo que nosotros hemos encontrado, Hush, en una revisión sistemática en fisioterapia sobre la satisfacción del paciente en patología musculoesquelética (69), define los atributos del terapeuta como una dimensión fundamental de la satisfacción del paciente, siendo estos atributos definidos por los pacientes como la profesionalidad, competencia, amistad y cariño. Esto se adecua con varios de los estudios de validación de cuestionarios que hemos referenciado (37,57,59), que manifiestan que los pacientes dan mayor importancia a los aspectos relacionales entre cliente y terapeuta. Este atributo es también apreciado con la atención sanitaria en general (12).

McIver (70) también incluye la accesibilidad (junto con el tiempo de espera y la actitud del personal de admisión), como un componente crítico para la satisfacción del paciente en un contexto ambulatorio. Esto concuerda con uno de los objetivos de l'Institut Català de la Salut, proveedor público de los servicios sanitarios de Catalunya, donde el modelo sanitario es una red descentralizada de equipamientos de proximidad en el territorio (71) y cuyo objetivo es centrar en el paciente un servicio de salud efectivo, accesible y equitativo (72).

Estabilidad temporal

Monnin y Perneger (54) no aportaron información sobre la estabilidad temporal, puntuación que sí fue reportada en la traducción del PSQ al alemán (61) con valores de CCI para las dimensiones de 0,89 y 0,91. En nuestro estudio obtuvimos valores para las dimensiones de 0,83 y 0,88, un resultado menor si lo comparamos con el obtenido para el PSQ-G pero que igualmente demuestra un grado de acuerdo excelente.

6.5 Validez de contenido

Los autores del PSQ original realizaron una búsqueda bibliográfica de cuestionarios de satisfacción, se entrevistaron con personal de rehabilitación y efectuaron una prueba piloto, asegurando *a priori* una validez de contenido. Utilizar diferentes juicios para la construcción de un cuestionario también fue una metodología ampliamente utilizada por los autores que construyeron un cuestionario de satisfacción en fisioterapia (2,37,55,56,59,60).

La opinión de nuestro panel de expertos sobre la validez de contenido del PSQ fue favorable y no se aportó ninguna información extra en este aspecto.

Las preguntas desarrolladas en el PSQ explican las dimensiones más importantes: acceso, confort, información, tratamiento (cortesía en el trato, seguridad, competencia profesional) y continuidad de la atención. Los autores del PSQ excluyeron preguntas sobre el coste porque en la zona donde se desarrolló el cuestionario, el tratamiento está cubierto por el seguro médico obligatorio. La dimensión sobre el coste sí es registrada por Roush (56) y Goldstein (57) para conocer la

satisfacción con el tratamiento de fisioterapia entre la población norteamericana. Todos los cuestionarios originales referenciados incluyen preguntas sobre higiene o comodidad y aspectos del tratamiento como la cortesía en el trato o las explicaciones recibidas, pero los cuestionarios de Knight (59) y PLAENSA© (60) no incluyen ítems sobre la dimensión de acceso. Referente al tratamiento de fisioterapia, los cuestionarios PSQ y PLAENSA© incluyen ítems sobre la sensación de seguridad (54,60): hay técnicas de fisioterapia que pueden ser percibidas por el paciente como agresivas, característica que puede influir en la satisfacción del paciente y que por lo tanto, se debe registrar en los cuestionarios (54).

6.6 Validez de constructo

El análisis factorial confirmó dos factores que explican el 61'82% de la varianza total (resultados que ya se observaron en PSQ-G, aunque no hay coincidencia entre la asociación de los ítems y los componentes).

En su conjunto, las variables de la primera dimensión hacen referencia al área de procedimiento de admisión, tratamiento e instalaciones, y una pregunta global. Todos estos ítems indagan sobre cuestiones internas del servicio y nos dan información sobre la experiencia del paciente.

La segunda dimensión incluyó la pregunta "*Recomendaría nuestros servicios*", que se caracteriza por ser una pregunta que denota una acción futura y de fidelidad sobre el tratamiento. Aunque un paciente satisfecho responda positivamente a esta pregunta, se refiere a la

visión más externa del servicio y no aporta una información explícita con el tratamiento recibido.

La pregunta número uno (*"Indique quién escogió el centro de salud donde realizó su tratamiento de fisioterapia"*) en el ACP no se incluyó en ninguno de los dos factores, por lo que esta variable no posee una correlación lo suficientemente alta.

La colectividad de las variables con bajas correlaciones con los factores y su contribución en la muestra es objeto de valoración. Si la colectividad de la variable es pequeña y su importancia relativa en la base de datos es mínima, la variable será eliminada (65), así que, teniendo en cuenta que el ítem número uno no se incluyó en ninguno de los dos factores del ACP; que presentó una correlación ítem-total negativa en el índice de homogeneidad corregido; y que discriminó poco en el contraste de medias entre grupos extremos, deducimos que el ítem número uno se puede eliminar de nuestro cuestionario. La importancia de este ítem es relativo en el conjunto del resto de ítems del cuestionario porque es una pregunta informativa, no indaga sobre aspectos de la satisfacción y tampoco tiene sentido formularla en nuestro sistema sanitario actual, donde los pacientes que son derivados por sus médicos de familia no pueden elegir el centro donde van a ser atendidos. La pregunta se incluyó porque aparecía en el cuestionario original francés.

El ítem número uno fue criticado por algunos evaluadores en las primeras fases de estudio del PSQ-G, que decidieron omitirlo directamente en la valoración de las pruebas psicométricas (61). Estos autores no aportaron datos sobre su correlación con el resto de variables porque el ítem fue excluido en la evaluación de alfa de Cronbach, test-retest y el análisis de los componentes principales.

6.7 Características de los pacientes vs satisfacción

Normalmente se cree que la satisfacción con la atención sanitaria puede ser dependiente de variables como la clase social, el estado civil, el género y la edad. Un meta-análisis informó, sin embargo, que esas características socio-demográficas son un predictor menor de la satisfacción (73,74).

Esto coincide con los resultados de El Plan de Encuestas de Satisfacción de los asegurados del CatSalut (PLAENSA©), que aunque no encontraron significación estadística, observaron diferencias en función de la edad (cuanta más edad, más positiva es la valoración), del género (las mujeres puntúan más bajo que los hombres), el nivel de estudios (las personas con un nivel de estudios inferior hacen valoraciones más positivas) y la salud percibida (cuanto mejor es la salud percibida por la persona encuestada, más valora los servicios sanitarios) (1).

De hecho, los instrumentos de satisfacción fueron diseñados para medir aspectos del proceso asistencial y no para ser simplemente reflejo de la respuesta del paciente.

En nuestro estudio no hemos encontrado relación significativa de la satisfacción respecto al género, aunque las mujeres encuestadas informaron de mayor satisfacción. Este hallazgo se alinea con investigaciones anteriores sobre las diferencias de género en la satisfacción del paciente (37,69,75). Habitualmente se ha encontrado que el género no afecta a la satisfacción, aunque han aparecido algunos informes disintiendo con esto e informando que significativamente más hombres que mujeres estaban satisfechos de forma global con su médico de atención primaria o con la atención hospitalaria (74,76).

Para la edad del paciente, tampoco hemos encontrado una relación significativa entre satisfacción y edad de los encuestados, aunque existe alguna evidencia de que los pacientes mayores están más satisfechos con los aspectos de la atención del fisioterapeuta (77-79) y con la accesibilidad (78), y tendencias similares han sido reportados por la atención médica en general (46,50,80). Una hipótesis para explicar una mayor satisfacción con el acceso al centro es que los pacientes hacen frente a problemas de movilidad, por lo que la aproximación y llegada al centro genera una necesidad que es bien apreciada entre la gente mayor (81).

En cuanto al estado civil, no hemos hallado relevancia estadística con la satisfacción, y los resultados de otros estudios que analizan esta variable tampoco son concluyentes (46,82), aunque Hall y Dornan observaron que los casados tendían a estar más satisfechos (46).

En cuanto a nivel de estudios, aunque nosotros no hemos encontrado una asociación entre ésta y la satisfacción, se ha identificado que el nivel educativo puede incidir significativamente: la tendencia es asociar una satisfacción mayor con un nivel educativo más bajo (50,74). Hall y Dornan evaluaron estos aspectos y se sorprendieron al encontrar que una mayor satisfacción estaba asociada con la clase social más alta, debido a que los resultados para la clase social y el nivel educativo van por direcciones opuestas (46).

Diversos autores (46,53,79,83) describen cómo la salud auto-percibida incide en la satisfacción; las personas que reportan tener muy buena salud son propensas a estar más satisfechas, pero en nuestro trabajo no hemos encontrado ninguna correlación.

En cambio, en el PSQ-E, los pacientes con patología musculoesquelética crónica han evidenciado una mayor satisfacción

que ha sido estadísticamente significativa ($p=0,001$). Una hipótesis a este resultado es que los pacientes mayores presentan dolor crónico y pueden tener problemas de movilidad, con lo que la apreciación de los servicios de fisioterapia les ayudaran a gestionar más eficazmente sus condiciones musculoesqueléticas (78). Esto contradice la versión de Hush, que sostiene que los pacientes con enfermedades reumáticas agudas tienden a reportar una mayor satisfacción con la atención de fisioterapia que aquellos con condiciones crónicas (69).

En cuanto al tipo de visita, ya sea realizada por un médico rehabilitador o por un fisioterapeuta, tampoco hemos encontrado diferencia estadística para la satisfacción. No hemos hallado estudios que intenten averiguar si hay diferencia o no en esta variable, quizás porque que en el mismo centro de atención primaria visiten los dos, es una característica propia de nuestras Unidades de Rehabilitación Física. Aún así, hay estudios que comparan las visitas efectuadas entre fisioterapeutas y médicos traumatólogos en un servicio de urgencias (84,85), y entre fisioterapeutas y médicos de atención primaria (83): estos estudios reportan mayores índices de satisfacción cuando las visitas han estado efectuadas por un fisioterapeuta. Kennedy (86) en cambio, investiga entre primeras visitas efectuadas por un fisioterapeuta o por un cirujano traumatólogo después de un recambio articular de rodilla y/o cadera, sin que los pacientes reporten diferencias de satisfacción entre ambos.

Otra de las variables que hemos recogido es la utilización anterior del servicio y en caso afirmativo, si el motivo de consulta era el mismo. Tampoco hemos evidenciado relación alguna entre estas variables y la satisfacción con el tratamiento de fisioterapia, ni hemos hallado bibliografía al respecto.

Tampoco hemos encontrado una relación entre satisfacción y número de fisioterapeutas, aunque Issa (87) halló una correlación inversa entre

la satisfacción del paciente y el número de terapeutas de quienes los pacientes recibieron la terapia física, y Beattie (88) describió un aumento de la satisfacción en aquellos pacientes que recibieron tratamiento por un solo fisioterapeuta. La relación entre satisfacción y continuidad de la atención es un factor bien conocido, aunque en una revisión sistemática sobre la continuidad de la atención con los médicos de cabecera los autores llegaron a la conclusión de que era una variable que no se asociaba consistentemente (89).

En relación a la mejoría clínica, diversos estudios afirman que la satisfacción es independiente de los cambios clínicos ocurridos (52,90). Nuestros resultados muestran cómo las correlaciones con la EVA no fueron significativas, dato que coincide con el estudio de Vanti (91). Estos resultados son consistentes con la revisión sistemática de Hush, que llegó a la conclusión de que la relación entre la satisfacción y el resultado clínico es débil (69).

En cuanto a la medición de la satisfacción en un entorno rural o urbano, tampoco hemos encontrado una relación estadísticamente significativa. Esta variable no se ha estudiado en un ambiente de fisioterapia, pero existe una tendencia a que la satisfacción sea mayor en entornos rurales que en entornos urbanos para médicos de familia (92).

Por último, hemos analizando el número de sesiones de tratamiento hasta el alta. Al igual que en el estudio de Knight (59), no hemos hallado relación entre la satisfacción y el número de sesiones realizadas, aunque en un estudio de satisfacción, Pound (79) concluye que la satisfacción se relaciona positivamente con un mayor número de sesiones realizadas entre fisioterapeutas, logopedas y terapeutas ocupacionales en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular.

6.8 Puntos fuertes

El PSQ-E muestra una buena aplicabilidad, ya que los pacientes han dejado pocas respuestas para contestar y el cuestionario necesita poco tiempo para ser completado.

Otro dato es que las pruebas psicométricas del PSQ-E confirman la validez del cuestionario original y, a la vez, del PSQ-G: la validación del PSQ en diferentes idiomas permite la comparación entre países y la generalización de la prueba, así como la implantación del cuestionario en nuestro ámbito.

Otro punto fuerte es el número de dimensiones generales que contempla el PSQ (acceso, tratamiento, instalaciones y preguntas globales que denotan fidelidad) y el hecho que permite hacer comentarios adicionales, extralimita la información que se obtiene en el simple análisis de los resultados del cuestionario.

También aportamos información en cuanto a la estabilidad temporal, una propiedad que suele estar escasamente documentada (93).

6.9 Limitaciones

Todos los ítems del cuestionario mostraron "efecto techo". Los "efectos de techo" son comunes en los estudios de satisfacción porque es recurrente que la gente reporte altos niveles de satisfacción (94-97). Esto se debe a varios factores: (a) En primer lugar, los cuestionarios se entregaron en la última o penúltima cita con el fin de aumentar la tasa de seguimiento. Esto puede distorsionar los datos, ya que el paciente aún está involucrado en el proceso de tratamiento en ese

momento, y el conocimiento de que el terapeuta pueda conocer el resultado es el motivo por el cual las preguntas tiendan a recibir más respuestas positivas (95,98); (b) En segundo lugar pudo existir una deseabilidad social de las respuestas, es decir, las personas quieren ser consideradas favorablemente por los otros en las encuestas de satisfacción. Por ejemplo, quieren parecer cooperativas, positivas y agradables y no sentirse incómodos con comentarios críticos (53,98).

(c) En muchas áreas de las ciencias sociales las mediciones producen curvas normales, pero en las investigaciones de satisfacción, las distribuciones asimétricas son la regla y no la excepción (94). Con ésta inclinación de la distribución de datos es, en general y en cierta medida, difícil mejorar el registro (61). Una estrategia para evitarlos es volviendo la respuesta positiva más alta como extremadamente positiva, por ejemplo, las opciones de respuesta podrían empezar con "extremadamente satisfecho" y no con un "muy satisfecho" (94). (d) Otra opción es la de incluir en el cuestionario preguntas abiertas o tener la oportunidad de hacer comentarios adicionales (61), como nuestro cuestionario permitió al paciente con la opción de indicar: "Puntos fuertes", "Puntos débiles" y "Cómo podríamos mejorar nuestro servicio". (e) Otra alternativa es calcular el indicador positivo: se agrupan las valoraciones positivas de cada ítem (como por ejemplo en nuestro caso: "excelente", "muy bien", "bien") y, considerando el 75% de respuestas positivas se identifican las áreas según (1,99):

- Respuestas positivas superiores al 90%: área de excelencia.
- Respuestas positivas inferiores al 75%: área de mejora.
- Respuestas estándar: entre el 75% y el 90% de respuestas positivas.

Estudios como el de PLAENSA© (100) utilizaron el indicador positivo para identificar las áreas de mejora, que para la rehabilitación ambulatoria fueron la cantidad de personas en las sesiones de rehabilitación y la mejora que proporcionó el tratamiento. En el PSQ-G no hallamos ningún ítem susceptible de mejora, la mayoría de las preguntas se agruparon en una respuesta estándar, aunque cercano al 80% encontramos las preguntas referentes a orientación y acceso a las instalaciones y si el tratamiento se adaptó al problema del paciente.

Hemos coincidido con algunas de las limitaciones generales que se originan al emplear un cuestionario: pérdidas de cuestionarios (18 abandonos) y que no se puede ponderar la calidad ni la honestidad en las respuestas. Desde el punto de vista del encuestado, conocemos que se contesta en base a la interpretación de cada uno y que se influye por respuestas socialmente aceptables.

En cuanto a los comentarios adicionales, se podría incluir una pregunta específica acerca del propio cuestionario, solicitando a la persona encuestada que indique si se han recogido los aspectos más importantes relacionados con el servicio y, en caso de que falte alguno, apuntar qué aspectos deberían incluirse en el cuestionario.

La validación del cuestionario se ha realizado exclusivamente en un entorno ambulatorio, y aunque en el cuestionario original se describe su posible utilización en un hospital, nosotros no aportamos nuevos datos en este ámbito de estudio.

6.10 Implicaciones del estudio

En general, podemos decir que la investigación de la satisfacción en la fisioterapia es un campo en el que aún quedan muchos aspectos por conocer y estudiar (2,37).

Sería interesante que se evaluaran cuestionarios que analicen el grado de influencia que tiene el profesional sanitario (45), ya que las características de los pacientes influyen en la actitud de los profesionales que repercute en la satisfacción de la población (28). También se deberían analizar la influencia de otras fuentes de información como internet, sobre las expectativas que se crea el paciente respecto a su tratamiento y evolución, que sin duda, tendrán un efecto en su percepción y la valoración de la satisfacción con el tratamiento. Aun así, el mayor problema de la evaluación de la satisfacción es que no se ha investigado lo suficiente su utilidad real en la práctica habitual, y deberíamos averiguar cómo incorporar esta información en la toma de decisiones clínica (45).

CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

- ✓ Se tradujo y adaptó transculturalmente y validó un cuestionario específico sobre la satisfacción del tratamiento de fisioterapia en atención primaria, y obtuvimos con ello un nuevo cuestionario en español, el PSQ-E.
- ✓ Siguiendo de forma estricta las directrices marcadas por la metodología de traducción-retrotraducción, conseguimos una adaptación idiomática y cultural y una equivalencia semántica con el cuestionario original.
- ✓ Determinamos las propiedades psicométricas de viabilidad de la versión en español del cuestionario, porque el tiempo para rellenar el cuestionario fue breve, se obtuvieron pocas preguntas en blanco y el cuestionario fue aceptado por pacientes e investigadores.
- ✓ Determinamos las propiedades psicométricas de fiabilidad de la versión en español del cuestionario, obteniendo una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,918 y un grado de acuerdo excelente en el test-retest con un coeficiente de correlación intraclase de 0,838. Argumentamos con ello que los ítems miden el mismo concepto teórico y que el test es fiable.
- ✓ Determinamos las propiedades psicométricas de validez de contenido de la versión en español del cuestionario, con la revisión de la literatura sobre su base y la opinión del panel de expertos durante la fase de traducción-retrotraducción del cuestionario.

- ✓ Determinamos las propiedades psicométricas de validez de constructo de la versión en español, y argumentamos que el ítem número 1 se puede eliminar del cuestionario.

Sobre la base de sus propiedades psicométricas, demostramos que el PSQ-E es un cuestionario válido y fiable, recomendado para evaluar la satisfacción de los pacientes que reciben tratamiento de fisioterapia en Atención Primaria.

REFERENCIAS

8. REFERENCIAS

1. Servei Català de la Salut. La veu de la ciutadania. Generalitat de Catalunya. Barcelona; 2012.
2. Escobar-Rodríguez DA, Rivera-Ibarra DB, Servín-Alvarez A, Ortiz-Cázares C, Juárez-López M de J. Satisfacción de los usuarios de los servicios de rehabilitación. Construcción de un instrumento para evaluarla. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007;45(6):573-8.
3. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calid Asist.* 2001;16:276-9.
4. Aguirrezabal A, Duarte E, Marco E, Rueda N, Cervantes C, Escalada F. Satisfacción de pacientes y cuidadores con el programa de rehabilitación seguido tras el ictus. *Rev Calid Asist.* 2010;25(2):90-6.
5. Caminal J, Sánchez E, Schiaffino A. El análisis por segmentos de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. *Rev Calid Asist.* 2002;17(1):4-10.
6. Barrasa JI, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001. *Rev Calid Asist.* 2003;18(7):580-90.
7. Vanti C, Monticone M, Ceron D, Bonetti F, Piccarreta R, Guccione AA, et al. Italian version of the physical therapy patient satisfaction questionnaire: cross-cultural adaptation and psychometric properties. *Phys Ther.* 2013 Jul;93(7):911-22.
8. Normann B, Moe S, Salvesen R, Sørgaard K. Patient satisfaction and perception of change following single physiotherapy consultations in a hospital's outpatient clinic for people with multiple sclerosis. *Physiother Theory Pract.* 2012 Feb;28(2):108-18.
9. Mira J, Buil J, Rodríguez J, Aranz J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gac Sanit.* 1997;374:176-89.
10. Pascual López L, Uris Selles J, Alfonso Doménech, M.D. Sanmartín Sanmartín, D. Sanz Sanz J, Campos Malo C. Las reclamaciones y las hojas de sugerencias como método de incorporación de la opinión del usuario en atención primaria: comparación con la perspectiva de los profesionales. *Aten Primaria.* 1995;15(7):421-5.
11. Saturno Hernandez PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp*

Salud Publica. 1995;69(2):163-75.

12. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*. 2002 Jan;6(32):1-244.
13. Martín Arribas MC. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*. 2004;5(17):23-9.
14. Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2013.
15. Pueyo MJ, Surís X, Larrosa M, Auleda J, Mompart A, Brugulat P, et al. Importancia de los problemas reumáticos en la población de Cataluña: prevalencia y repercusión en la salud percibida, restricción de actividades y utilización de recursos sanitarios. *Gac Sanit*. 2012;26(1):30-6.
16. European Commission's Health. Special Eurobarometer 272. Health in the European Union. 2007.
17. Direcció General de Planificació i Avaluació. Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona; 2010.
18. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Enquesta de salut de Catalunya 2014. Informe dels principals resultats. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona; 2015.
19. Declaración del Parlamento Europeo sobre las enfermedades reumáticas. [Internet]. 2008 [citado el 2 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2008-0262+0+DOC+XML+V0//ES>
20. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Madrid; 2015.
21. Jaráiz Gulías E, Pereira López M. Guía para la realización de estudios de análisis de la demanda y de evaluación de la satisfacción de los usuarios. Gobierno de España. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. AEVAL, editor. Madrid; 2014. 1-202 p.
22. Campillo Soto A. Validación y estudio prospectivo comparativo de la aplicabilidad de seis índices pronóstico internacionales de morbilidad y

- mortalidad en pacientes intervenidos de forma programada en un servicio de cirugía general y digestiva [tesis]. Universidad de Murcia; 2009.
23. Davins Miralles J. Metodología de evaluación y mejora continuada. [Internet]. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2011. [citado el 8 de junio de 2016]. Disponible en: <http://projectes.camfic.cat/>
 24. Cuellar Martín E, del Pino Matute E, Ruíz López J. Guía para la evaluación de la calidad de los Servicios Públicos. Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia. Madrid; 2009;39.
 25. Davins i Miralles J. El modelo de excelencia de la European Foundation for Quality Management como herramienta para la mejora de los Equipos de Atención Primaria [tesis]. Universitat Autònoma de Barcelona; 2004.
 26. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. [Internet]. 55ª asamblea mundial de la salud. 2002 [citado el 13 de febrero de 2015]. Disponible en: <https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/81905/1/sa5513.pdf>
 27. Varo J. La calidad de la atención médica. Med Clin (Barc). 1995 Apr 15;104(14):538-40.
 28. Civera M. Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido [tesis]. Universitat Jaume I; 2008.
 29. Institute of Medicine. Advancing the Quality of Health Care: key issues and Fundamental Principles. A Policy Statement by a Committee of the Institute of Medicine. Washington; 1974.
 30. WHR Working Group. The principles of quality assurance. Qual Assur Health Care. 1989;1(2-3):79-95.
 31. Informes, estudios e investigación. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2005. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2007.
 32. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Acreditació de centres sanitaris. [Internet]. 2016 [citado el 9 de abril de 2016]. Disponible en: <http://salutweb.gencat.cat>
 33. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. Calidad total en la gestión de servicios. Bravo J, editor. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1993.

34. Elías J. *Cientes Contentos de Verdad. Claves para comprender a clientes y usuarios*. Primera ed. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, S.A.; 2000. 154 p.
35. De los Ríos Castillo JL, Ávila Rojas TL. Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. *Invest Educ Enferm*. 2004;22(2):128–37.
36. Esperidião MA, Trad LAB. User satisfaction assessment: theoretical and conceptual concerns. *Cad Saude Publica*. 2006 Jun;22(6):1267–76.
37. Beattie PF, Pinto MB, Nelson MK, Nelson RM. Patient satisfaction with outpatient physical therapy: instrument validation. *Phys Ther*. 2002 Jun;82(6):557–65.
38. Elustondo SG, Fuertes RR, Mayor EE, del Barco AA, Martín YP, Castro BM. Satisfaction of patients with mechanical neck disorders attended to by primary care physical therapists. *J Eval Clin Pract*. 2010 Jun;16(3):445–50.
39. Joaquín Mira J. Satisfecho, sí gracias... Pero ahora qué... *Rev Calid Asist*. 2003;18(7):567–9.
40. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL; a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of services quality. *J Retail*. 1988;64(1):12–40.
41. Aguado-Blázquez H, Cerdà-Calafat I, Argimon-Pallàs JM, Murillo-Fort C, Canela-Soler J. Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut-PLAENSA(©). Estrategias para incorporar la percepción de la calidad de servicio de los ciudadanos en las políticas de salud. *Med Clin (Barc)*. Elsevier; 2011 Dec;137(Suppl 2):55–9.
42. Kano N, Seraku N, Takahashi F, Tsuji S. Attractive Quality and must be quality. *J Japanese Soc Qual Control*. 1984;14(2):39–48.
43. Cadotte E, Woodruff R, Jenkins R. Expectations and Norms in Models of Consumer Satisfaction. *J Mark Res*. 1987;24(3):305–14.
44. Mira J, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calid Asist*. 2002;17(5):273–83.
45. Badia X. La satisfacción con el tratamiento. *Med Clin (Barc)*. 2005 Jun 18;125(3):98–9.
46. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med*. 1990 Jan;30(7):811–8.

47. Ware J, Hays R. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care*. 1988;26(4):393–402.
48. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 2001 Feb;52(4):609–20.
49. Brugulat P, Séculi E, Medina A, Juncà S, Martínez V, Martínez D, et al. Encuesta de Salud de Cataluña. Percepción de la salud, utilización y satisfacción con los servicios asistenciales desde la perspectiva de los ciudadanos. *Med Clin (Barc)*. 2003 Jan;121 Supl:122–7.
50. Bleich SN, Ozaltin E, Murray CKL. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ*. 2009 Apr;87(4):271–8.
51. Barbosa CD, Balp M-M, Kulich K, Germain N, Rofail D. A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. *Patient Prefer Adherence*. 2012 Jan;6:39–48.
52. Grissom SP, Dunagan L. Improved satisfaction during inpatient rehabilitation after hip and knee arthroplasty: a retrospective analysis. *Am J Phys Med Rehabil*. 2001 Nov;80(11):798–803.
53. Keith RA. Patient satisfaction and rehabilitation services. *Arch Phys Med Rehabil*. 1998 Sep;79(9):1122–8.
54. Monnin D, Perneger T V. Scale to Measure Patient Satisfaction With Physical Therapy. *Phys Ther*. 2002 Jul 1;82(7):682–91.
55. Mendonça K, Guerra R. Development and validation of an instrument for measuring patient satisfaction with physical therapy. *Brazilian J Phys Ther*. 2007;11(5):369–76.
56. Roush S, Sonstroem RJ. Development of the Physical Therapy Outpatient Satisfaction Survey (PTOPS). *Phys Ther*. 1999 Feb 1;79(2):159–70.
57. Goldstein MS, Elliott SD, Guccione AA. The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. *Phys Ther*. 2000 Sep;80(9):853–63.
58. Oermann CM, Swank PR, Sockrider MM. Validation of an instrument measuring patient satisfaction with chest physiotherapy techniques in cystic fibrosis. *Chest*. 2000 Jul;118(1):92–7.
59. Knight PK, Cheng AN-J, Lee GM. Results of a survey of client satisfaction with outpatient physiotherapy care. *Physiother Theory Pract*. 2010 Jul;26(5):297–307.

60. Servei Català de la Salut. Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CATSALUT. Rehabilitació ambulatoria. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2013.
61. Scascighini L, Angst F, Uebelhart D, Aeschlimann A. Translation, transcultural adaptation, reliability and validity of the Patient Satisfaction Questionnaire in German. *Physiotherapy*. 2008 Mar;94(1):43-55.
62. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-Cultural Adaptation of Health-Related Quality of Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32.
63. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3186-91.
64. Netemeyer RG, Bearden WO, Sharma S. *Scaling procedures*. SAGE Publications, editor. London; 2003. 206 p.
65. Basterra-Gortari FJ, Bes-Rastrollo M, Irala Estévez J, de la Rosa Fernández-Pacheco P, García-López M, Gea Sánchez A, et al. *Bioestadística amigable*. 3a edición. Martínez-González MA, Sánchez-Villegas A, Toledo Atucha E, Faulin Fajardo J, editors. Barcelona: Elsevier; 2014. 596 p.
66. García de Yébenes Prous MAJ, Rodríguez Salvanés F, Carmona Ortells L. Validación de cuestionarios. *Reumatol Clin*. 2009 Jan;5(4):171-7.
67. Franchignoni F, Benevolo E, Ottonello M, Tesio L, Battaglia MA. Validity and reliability of a new questionnaire on patient satisfaction in rehabilitative therapy. *Minerva Med*. 1998 Mar;89(3):57-64.
68. García de Yébenes Prous MJ, Rodríguez Salvanés F, Carmona Ortells L. Validación de cuestionarios. *Reumatol Clínica*. 2009;5(4):171-7.
69. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Phys Ther. American Physical Therapy Association*; 2011 Jan 1;91(1):25-36.
70. McIver S. *An introduction to obtaining the views of users of health services*. King's Fund; 1991.
71. Servei Català de la Salut. Pla de Salut de Catalunya, 2011-2015. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona; 2012.
72. Servei Català de la salut. Model sanitari català [Internet]. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2014 [citado el 20 de abril de 2016]. Disponible en:

http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/model_sanitari_catala/historia_del_model/

73. Urden L. Patient satisfaction measurement: current issues and implications. *Outcomes Manag.* 2002;6(3):125–31.
74. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med.* 1997 Dec;45(12):1829–43.
75. 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;23(1):1–20.
76. Wright S, Craig T, Campbell S, Schaefer J, Humble C. Patient Satisfaction of Female and Male Users of Veterans Health Administration Services. *J Gen Intern Med.* 2006;21(Suppl.3).
77. 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 Jan;9(1):50.
78. McKinnon AL. Client satisfaction with physical therapy services. Does age make a difference? *Phys Occup Ther Geriatr.* 2001;19(2):23–37.
79. Pound P, Tilling K, Rudd AG, Wolfe CD. Does patient satisfaction reflect differences in care received after stroke? *Stroke.* 1999 Jan;30(1):49–55.
80. Atkinson S, Haran D. Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. *Soc Sci Med.* 2005 Feb;60(3):501–13.
81. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Soc Sci Med.* 1994 Sep;39(5):655–70.
82. Mangset M, Tor Erling Dahl, Førde R, Wyller TB. "We're just sick people, nothing else': ... factors contributing to elderly stroke patients' satisfaction with rehabilitation. *Clin Rehabil.* 2008 Sep;22(9):825–35.
83. 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.
84. McClellan CM, Greenwood R, Bengner JR. Effect of an extended scope physiotherapy service on patient satisfaction and the outcome of soft tissue injuries in an adult emergency department. *Emerg Med J.* 2006 May;23(5):384–7.
85. Richardson B, Shepstone L, Poland F, Mugford M, Finlayson B, Clemence N. Randomised controlled trial and cost consequences study comparing

- initial physiotherapy assessment and management with routine practice for selected patients in an accident and emergency department of an acute hospital. *Emerg Med J. BMJ Group*; 2005 Feb;22(2):87–92.
86. Kennedy DM, Robarts S, Woodhouse L. Patients are satisfied with advanced practice physiotherapists in a role traditionally performed by orthopaedic surgeons. *Physiother Can.* 2010 Jan;62(4):298–305.
 87. Issa K, Naziri Q, Johnson AJ, Memon T, Dattilo J, Harwin SF, et al. Evaluation of patient satisfaction with physical therapy following primary THA. *Orthopedics.* 2013 May;36(5):538–42.
 88. Beattie PF, Dowda M, Turner C, Michener L, Nelson RM. Longitudinal continuity of care is associated with high patient satisfaction with physical therapy. *Phys Ther.* 2005 Oct;85(10):1046–52.
 89. Adler R, Vasiliadis A, Bickell N. The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Fam Pract.* 2010 Apr;27(2):171–8.
 90. Beattie PF, Nelson RM, 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.
 91. Vanti C, Bonetti F, Ceron D, Piccarreta R, Violante FS, Guccione A, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Physical Therapy Outpatient Satisfaction Survey in an Italian musculoskeletal population. *BMC Musculoskelet Disord.* 2013 Jan;14:125.
 92. Martín-Fernández J, del Cura-González MI, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Aten Primaria.* 2010 Apr;42(4):196–203.
 93. Hicks C. A study of nurses' attitudes towards research: a factor analytic approach. *J Adv Nurs.* 1996;23(2):373–9.
 94. Diener E, Fujita F. Methodological Pitfalls and Solutions in Satisfaction Research. In: Sirgy M, Samli A, editors. *New Dimensions in Marketing/Quality-of-life Research.* First edit. USA: Quorum Books; 1995. p. 27–46.
 95. Hudak PL, Wright JG. The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000;25(24):3167–77.
 96. Pérez-Jover V, Mira JJ, Tomás O, Nebot C, Rodríguez-Marín J. "Buenas prácticas" y satisfacción del paciente. *Rev Calid Asist.* 2010;25(6):348–

55.

97. Rebollo P, Cuervo J, Villa G, Barreda MJ, Tranche S, Sánchez-Baragaño MA, et al. Desarrollo y validación de un cuestionario genérico para la evaluación de la satisfacción de los pacientes crónicos: Cuestionario SAT-Q. *Aten Primaria*. 2010 Dec;42(12):612–9.
98. Hays R, Ware J. My medical care is better than yours. Social desirability and patient satisfaction ratings. *Med Care*. 1986;24(6):519–24.
99. Horovitz J. *La calidad del servicio*. Madrid: McGraw-Hill Management; 1994. 104 p.
100. Servei Català de la Salut. *La veu de la ciutadania*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona; 2014.

PUBLICACIONES DERIVADAS DE LA TESIS

9. PUBLICACIONES DERIVADAS DE LA TESIS

Manuscrito en proceso de revisión en la revista Atención Primaria
(ANEXO 9).

ANEXOS

10. ANEXOS

ANEXO 1. Aprobación por el Comité Ético del IDIAP Jordi Gol.

Després d'avaluar el projecte titulat: **Validación de un cuestionario de satisfacción de fisioterapia ambulatoria al español entre los usuarios de las unidades de rehabilitación de atención primaria.** el CEIC ha decidit sol.licitar els següents aclariments:

- "Aspectos éticos": no cal mencionar RD, ja què no és un AC amb medicaments.
- No cal Consentiment Informat.

Salutacions,"



Pau Moreno Nogué
Secretaria Tècnica CEIC
IDIAP Jordi Gol

Av. Gran Via de les Corts Catalanes, 587 Àtic
08007 Barcelona
Telf: +34 93 482 45 72
Fax: +34 93 482 41 74
pmoreno@idiapjgol.org

ANEXO 2. Permiso del Dr. Perneger para traducir el PSQ al español.

"I am sorry I missed your previous email. I am happy to let you translate that questionnaire into Spanish The only issue is that a couple of years ago someone contacted me with the same request (Spanish translation), but I have never heard back about any progress with that. Furthermore I am not sure I can find that email at this point, as we have migrated on to another email platform. So there is a risk that eventually there might be 2 Spanish translations. More likely though that 1st project was never completed. Given that experience, I would appreciate it if you let me know every 6 months or so what is happening with the translation."

Best regards

*Thomas Perneger, MD, PhD
Service d'épidémiologie clinique,
Hôpitaux universitaires de Genève
Faculté de médecine, Université de Genève*

ANEXO 3. Colaboración del Dr. Perneger.

Chère collègue

Merci pour votre messages.

La question porte sur la participation du patient au traitement, son implication.

Bien à vous

Thomas Perneger, MD, PhD

Service d'épidémiologie clinique,

Hôpitaux universitaires de Genève

Faculté de médecine, Université de Genève

ANEXO 4. Cuestionario del traductor A.

1 Encuesta de satisfacción

2 Elección del hospital para la rehabilitación

5 Yo 1 Mi médico 2 Recomendación de un amigo 3 Era la única opción 4

1 Procedimiento de admisión

3 Simplicidad en los trámites y tiempo necesario para obtener la primera visita Excelente Muy bien Bien Normal Mal No lo sé
 1 2 3 4 5 6

5 Amabilidad, predisposición del personal para responder a sus preguntas y cumplir sus expectativas Excelente Muy bien Bien Normal Mal No lo sé
 1 2 3 4 5 6

2 Tratamiento

5 Capacidad del fisioterapeuta para hacerle sentir cómodo y, en caso necesario, tranquilizarle Excelente Muy bien Bien Normal Mal No lo sé
 1 2 3 4 5 6

4 Explicaciones recibidas sobre el tratamiento que se llevará a cabo y lo que se espera de usted Excelente Muy bien Bien Normal Mal No lo sé
 1 2 3 4 5 6

5 Una vez acabada la fisioterapia, calidad de la información que ha recibido sobre su futuro Excelente Muy bien Bien Normal Mal No lo sé
 1 2 3 4 5 6

4 Sensación de seguridad en cada momento de la rehabilitación Excelente Muy bien Bien Normal Mal No lo sé
 1 2 3 4 5 6

2 Adaptación de la rehabilitación a la especificidad de su problema Excelente Muy bien Bien Normal Mal No lo sé
 1 2 3 4 5 6

1 Instalaciones

2 Comodidad de acceso al servicio de fisioterapia Excelente Muy bien Bien Normal Mal No lo sé
 1 2 3 4 5 6

3 Facilidad de orientación dentro y alrededor de las instalaciones Excelente Muy bien Bien Normal Mal No lo sé
 1 2 3 4 5 6

3 Confort, limpieza, luminosidad, temperatura de la sala en la que ha recibido el tratamiento Excelente Muy bien Bien Normal Mal No lo sé
 1 2 3 4 5 6

5 Calma, intimidad, ambiente tranquilo en las salas de rehabilitación Excelente Muy bien Bien Normal Mal No lo sé
 1 2 3 4 5 6

6 Resuma su tratamiento de fisioterapia en una palabra Excelente Muy bien Bien Normal Mal No lo sé
 1 2 3 4 5 6

6 ¿Recomendaría nuestros servicios?

Sí, indudablemente Seguramente, sí Quizás Seguramente, no Nunca No lo sé
 1 2 3 4 5 6

ANEXO 5. Cuestionario del traductor B.

Cuestionario de satisfacción

Indique quién escogió el centro médico donde ha realizado su tratamiento de fisioterapia 1

Yo 1 Mi médico 2 Me lo recomendó un amigo o familiar 3 No disponía de más opciones 4

Procedimiento de admisión

Valore la facilidad de los trámites y el tiempo de espera hasta la primera cita 1

	Excelente	Muy bien	Bien	Normal	Mal	Indiferente
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Valore la amabilidad y la diligencia del personal para resolver sus dudas y cumplir con sus expectativas 1

	Excelente	Muy bien	Bien	Normal	Mal	Indiferente
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Su tratamiento

Valore la capacidad de su fisioterapeuta para hacerle sentir cómodo/a o, al menos, para tranquilizarle 1

	Excelente	Muy bien	Bien	Normal	Mal	Indiferente
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Valore las explicaciones recibidas sobre los procedimientos a los que se le iba a someter y lo que se esperaba de usted 1

	Excelente	Muy bien	Bien	Normal	Mal	Indiferente
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Valore la calidad de la información recibida sobre su evolución futura al finalizar el tratamiento de fisioterapia 1

	Excelente	Muy bien	Bien	Normal	Mal	Indiferente
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Valore su nivel de seguridad durante la realización del tratamiento 1

	Excelente	Muy bien	Bien	Normal	Mal	Indiferente
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Valore el nivel de adaptación del tratamiento a su problema concreto 1

	Excelente	Muy bien	Bien	Normal	Mal	Indiferente
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Instalaciones

Valore la facilidad de acceso al servicio de fisioterapia 1

	Excelente	Muy bien	Bien	Normal	Mal	Indiferente
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Valore la facilidad para orientarse dentro de las instalaciones y en los alrededores 1

	Excelente	Muy bien	Bien	Normal	Mal	Indiferente
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Valore el nivel de comodidad, limpieza, iluminación y temperatura de la sala en la que recibió tratamiento 1

	Excelente	Muy bien	Bien	Normal	Mal	Indiferente
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Valore el nivel de tranquilidad e intimidad y el ambiente de relajación de las salas de rehabilitación 1

	Excelente	Muy bien	Bien	Normal	Mal	Indiferente
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Valore globalmente su tratamiento de fisioterapia 1

	Excelente	Muy bien	Bien	Normal	Mal	Indiferente
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

¿Le recomendaría nuestro servicio a un amigo o familiar? 1

Sí, sin duda	Sí, probablemente	Quizás	No, no creo	No, en ningún caso	Indiferente
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

ANEXO 6. Cuestionario del traductor C.

Enquête de satisfaction

Indiquez qui a choisi le centre de santé où vous avez suivi le traitement de physiothérapie

Moi-même 1 Mon médecin 2 On me l'a recommandé (ami, famille) 3 Il n'y avait qu'une seule possibilité 4

Procédure d'admission

Évaluez la facilité des démarches et le délai d'attente avant la première visite	Excellent <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normal <input type="checkbox"/> 4	Mauvais <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Évaluez l'amabilité et la prévenance du personnel, ainsi que sa volonté de répondre à vos attentes	Excellent <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normal <input type="checkbox"/> 4	Mauvais <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6

Traitement

Évaluez la capacité du physiothérapeute à vous mettre à l'aise et, au besoin, à vous tranquilliser	Excellent <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normal <input type="checkbox"/> 4	Mauvais <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Évaluez les explications fournies sur le traitement réalisé et sur ce qu'on attendait de vous	Excellent <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normal <input type="checkbox"/> 4	Mauvais <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Évaluez la qualité des informations concernant votre évolution que l'on vous a fournies au terme des séances de physiothérapie	Excellent <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normal <input type="checkbox"/> 4	Mauvais <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Évaluez la sensation de sécurité que vous avez ressentie pendant les séances	Excellent <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normal <input type="checkbox"/> 4	Mauvais <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Selon vous, à quel point le traitement était-il adapté à votre problème particulier ?	Excellent <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normal <input type="checkbox"/> 4	Mauvais <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6

Locaux

Évaluez la facilité d'accès au service de physiothérapie	Excellent <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normal <input type="checkbox"/> 4	Mauvais <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Évaluez la facilité d'orientation dans les locaux et aux alentours	Excellent <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normal <input type="checkbox"/> 4	Mauvais <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Évaluez le degré de confort, de propreté, de luminosité et de température de la salle où vous avez réalisé les séances	Excellent <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normal <input type="checkbox"/> 4	Mauvais <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Évaluez le calme, l'intimité et la tranquillité ambiante des salles de traitement	Excellent <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normal <input type="checkbox"/> 4	Mauvais <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Que pensez-vous globalement de votre traitement de physiothérapie ?	Excellent <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normal <input type="checkbox"/> 4	Mauvais <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Recommanderiez-vous nos services ?	Certainement, oui <input type="checkbox"/> 1	Probablement, oui <input type="checkbox"/> 2	Peut-être <input type="checkbox"/> 3	Non, je ne crois pas <input type="checkbox"/> 4	Certainement pas <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6

ANEXO 7. Cuestionario del traductor D.

Enquête de satisfaction

Qui a retenu le centre de santé dans lequel vous avez effectué votre traitement de physiothérapie ?

Moi 1 Mon médecin 2 Sur recommandation d'amis ou de la famille 3 Je n'avais pas d'autre choix 4

Procédure d'admission

Comment qualifieriez-vous la facilité des démarches et le temps d'attente jusqu'à la première visite ?	Excellents <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normaux <input type="checkbox"/> 4	Mal <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Comment qualifieriez-vous l'amabilité et la prédisposition du personnel pour répondre à vos questions et à vos attentes ?	Excellentes <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normales <input type="checkbox"/> 4	Mal <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6

Traitement

Comment qualifieriez-vous la capacité du physiothérapeute pour vous mettre à l'aise et, le cas échéant, pour vous rassurer ?	Excellente <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normale <input type="checkbox"/> 4	Mal <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Comment qualifieriez-vous les explications fournies sur le traitement effectué et sur ce que vous deviez faire ?	Excellentes <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normales <input type="checkbox"/> 4	Mal <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Comment qualifieriez-vous la qualité de l'information reçue sur l'évolution au terme du traitement de physiothérapie ?	Excellente <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normale <input type="checkbox"/> 4	Mal <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Comment qualifieriez-vous l'impression de sécurité générée pendant le traitement ?	Excellente <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normale <input type="checkbox"/> 4	Mal <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Considérez-vous que le traitement a bien été adapté à votre problème concret ?	Oui, tout à fait <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normal <input type="checkbox"/> 4	Pas du tout <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6

Locaux

Comment qualifieriez-vous la facilité d'accès au service de physiothérapie ?	Excellente <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normale <input type="checkbox"/> 4	Mal <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Comment qualifieriez-vous la facilité d'orientation dans nos locaux et aux abords ?	Excellente <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normale <input type="checkbox"/> 4	Mal <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Comment qualifieriez-vous le niveau de confort, de propreté, de luminosité et de température de la salle dans laquelle le traitement vous a été administré ?	Excellent <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normal <input type="checkbox"/> 4	Mal <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Comment qualifieriez-vous le niveau de tranquillité, d'intimité et de calme des salles de traitement ?	Excellent <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normal <input type="checkbox"/> 4	Mal <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6
Comment qualifieriez-vous globalement votre traitement de physiothérapie ?	Excellent <input type="checkbox"/> 1	Très bien <input type="checkbox"/> 2	Bien <input type="checkbox"/> 3	Normal <input type="checkbox"/> 4	Mal <input type="checkbox"/> 5	Je ne sais pas <input type="checkbox"/> 6

Recommanderiez-vous nos services ?

Oui, sans aucun doute 1 Oui, probablement 2 Peut-être 3 Non, je ne pense pas 4 Jamais 5 Je ne sais pas 6

ANEXO 8. Cuestionario PSQ-E versión final.



Institut Català de la Salut
Direcció d'Atenció Primària Camp de Tarragona
Unitat de Rehabilitació i Fisioteràpia

Fecha:

Encuesta de satisfacción

Elección del centro de salud						
Indique quién escogió el centro de salud donde realizó su tratamiento de fisioterapia	Yo <input type="checkbox"/>	Mi médico <input type="checkbox"/>	Me lo recomendó un amigo o familiar <input type="checkbox"/>	Era la única opción <input type="checkbox"/>		
Procedimiento de admisión						
Valore la facilidad en los trámites y el tiempo de espera hasta la primera visita	Excelente <input type="checkbox"/>	Muy bien <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mal <input type="checkbox"/>	No lo sé <input type="checkbox"/>
Valore la amabilidad, predisposición del personal para responder a sus preguntas y cumplir con sus expectativas	Excelente <input type="checkbox"/>	Muy bien <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mal <input type="checkbox"/>	No lo sé <input type="checkbox"/>
Tratamiento						
Valore la capacidad del fisioterapeuta para hacerle sentir cómodo y, en caso necesario, tranquilizarle	Excelente <input type="checkbox"/>	Muy bien <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mal <input type="checkbox"/>	No lo sé <input type="checkbox"/>
Valore las explicaciones recibidas sobre el tratamiento efectuado	Excelente <input type="checkbox"/>	Muy bien <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mal <input type="checkbox"/>	No lo sé <input type="checkbox"/>
Valore la calidad de la información recibida al finalizar el tratamiento de fisioterapia sobre su evolución futura	Excelente <input type="checkbox"/>	Muy bien <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mal <input type="checkbox"/>	No lo sé <input type="checkbox"/>
Valore la sensación de seguridad durante la realización del tratamiento	Excelente <input type="checkbox"/>	Muy bien <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mal <input type="checkbox"/>	No lo sé <input type="checkbox"/>
Valore si el tratamiento se adaptó a su problema concreto	Excelente <input type="checkbox"/>	Muy bien <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mal <input type="checkbox"/>	No lo sé <input type="checkbox"/>
Instalaciones						
Valore la facilidad de acceso al servicio de fisioterapia	Excelente <input type="checkbox"/>	Muy bien <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mal <input type="checkbox"/>	No lo sé <input type="checkbox"/>
Valore la facilidad de orientación dentro de las instalaciones y en los alrededores	Excelente <input type="checkbox"/>	Muy bien <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mal <input type="checkbox"/>	No lo sé <input type="checkbox"/>
Valore el nivel de comodidad, limpieza, luz y temperatura de la sala en la que recibió el tratamiento	Excelente <input type="checkbox"/>	Muy bien <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mal <input type="checkbox"/>	No lo sé <input type="checkbox"/>
Valore el nivel de calma, intimidad y ambiente tranquilo en las salas de tratamiento	Excelente <input type="checkbox"/>	Muy bien <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mal <input type="checkbox"/>	No lo sé <input type="checkbox"/>
Preguntas globales						
Valore globalmente su tratamiento de fisioterapia	Excelente <input type="checkbox"/>	Muy bien <input type="checkbox"/>	Bien <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mal <input type="checkbox"/>	No lo sé <input type="checkbox"/>
¿Recomendaría nuestros servicios?	Sí, sin duda <input type="checkbox"/>	Seguramente <input type="checkbox"/>	Quizás <input type="checkbox"/>	No, no creo <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>	No lo sé <input type="checkbox"/>

ANEXO 9. Publicación en la revista Atención Primaria.

Correo electrónico en fecha 5/5/2017:

Ref.: APRIM_2017_189

Título: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Revista: Atencion Primaria

Estimado/a Mrs. Gonzalez:

Gracias por enviar su manuscrito para que consideremos publicarlo en Atencion Primaria. Lo hemos recibido correctamente.

Gracias por enviar su trabajo a esta revista.

Saludos cordiales,
Atencion Primaria

Copyright © 2017 Elsevier B.V. | [Privacy Policy](#)

Elsevier B.V., Radarweg 29, 1043 NX Amsterdam, The Netherlands, Reg. No. 33156677.

