



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

# Evaluación del Impacto de la Alianza Terapéutica en la Rehabilitación Kinésica, en la ciudad de Cipolletti.

**Estudiante:** Silva Irina

**Legajo:** 25961

**Director:** MAMUD MERONI, Lucas

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Kinesiología y Fisiatría

2024

### **Agradecimientos**

Al finalizar mi Trabajo Final Integrador, me siento inmensamente agradecida con todas aquellas personas que, de una u otra forma, han sido una parte fundamental de este logro.

En primer lugar, quiero expresar mi gratitud a mi familia. Gracias a mis padres, Pablo y Fabiana, quienes con su amor incondicional y apoyo constante me han brindado las herramientas necesarias para alcanzar mis metas, por estar siempre a mi lado, motivándome y compartiendo conmigo cada paso de este camino. A mis hermanas, Maira y Ambar, quienes sin dudas siempre me sacaron una sonrisa cuando más lo necesitaba.

A mis abuelos, Jorge y Raquel, quienes siempre se acordaban de llamar cada vez que tenía que rendir alguna materia, gracias por siempre cebarme un mate para escucharme hablar y hacer catarsis con ustedes.

Gracias a mi Tía, Alejandra, por haber sido siempre una orientación constante en mi vida. Te agradezco por acompañarme en los momentos más complicados, por escucharme con paciencia y sabiduría, y ofrecerme tus consejos en cada avance que he realizado. Has actuado como una segunda mamá para mí, brindándome tu apoyo y amor incondicional. Sin lugar a duda, tus palabras de aliento han sido esenciales para lograr este objetivo.

A mi pareja, Rodrigo, por ser un pilar fundamental durante los momentos difíciles, consolándome en cada llanto, así como también por ser mi compañero de celebración en cada meta cumplida. Sin duda fuiste mi más linda casualidad, apareciste en un momento fundamental en mi vida facultativa y me acompañaste hasta el final de ella. Tu paciencia, comprensión y apoyo han sido fundamentales para mantenerme enfocada y motivada. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba de mis propias capacidades.

A mi mejor amiga, Sofia, por ser mi confidente. Gracias por tu amistad incondicional, que a pesar de la distancia que nos separa, seguimos ahí la una para la otra. Gracias por tus palabras

de aliento y por siempre estar ahí para escucharme y darme tus opiniones, gracias a la vida por haberme cruzado en tu camino. Tu presencia ha sido importante en este proceso, el cual vos también estas transitando y sé que cuando vuelvas vamos a poder celebrar nuestros títulos juntas. Sumado a ello, quiero extender mi agradecimiento a sus papas, Javier y Beatriz, quienes siempre me recibieron con los brazos abiertos, otorgándome un lugar en su hogar ya sea para ir a estudiar o para hablar y desahogarme con ellos, gracias.

Por estas razones, y muchas más, a ustedes, les dedico este trabajo con la más grande gratitud, ya que si no hubieran estado presentes este logro no habría sido posible.

Además, quisiera hacer un reconocimiento especial a mi director de tesis, Lucas, por su orientación durante todo el proceso de realización de este trabajo. Valoro sus observaciones constructivas, debido a que, sin ellas, este trabajo no habría demostrado la calidad que presenta. Sus enseñanzas han tenido un gran impacto en mi proceso académico.

También un enorme agradecimiento a mis compañeros y amigos en este trayecto de la carrera, Gonzalo, Juan y Gonzalo, con quienes hemos compartido miles de experiencias juntos, apoyándonos entre nosotros para superar cada obstáculo, eternamente agradecida de pasar de ser compañeros de estudio a llamarnos colegas.

Por último, pero no menos importante, quiero dedicar un agradecimiento a mi compañera Esmeralda. A pesar de que nuestros caminos se separaron en última instancia, nuestro vínculo ha permanecido desde el primer año de la carrera, desde sentarnos juntas en la facultad hasta terminar nuestras Prácticas Profesionales juntas. Gracias por ser siempre un pilar, una amiga y una compañera en este trayecto, las noches interminables de estudio y los resúmenes eternos que hacíamos juntas, hoy en día han dado sus frutos, y me llena de alegría poder compartirlo con vos colega. Este logro en parte también es tuyo.

## Índice

Agradecimientos .....	2
Resumen.....	7
Abstract.....	8
Abreviaturas.....	9
Introducción .....	10
Delimitación del Objeto de Estudio.....	10
Planteo del problema.....	10
Objetivo General.....	11
Objetivos Específicos.....	11
Hipótesis .....	11
Estado Del Arte.....	12
Marco Teórico.....	19
Alianza Terapéutica En La Atención Al Paciente .....	19
<i>Importancia De La Comunicación.....</i>	22
El Modelo Biomédico Y Biopsicosocial En La Práctica .....	24
Fisiología Del Dolor .....	27
<i>La importancia de la educación en dolor .....</i>	29
Influencia De Los Efectos Placebo Y Nocebo Según El Contexto.....	31
Relación Entre Estado De Ánimo y El Dolor del Paciente.....	34
Métodos.....	38
Tipo de estudio.....	38
Diseño de estudio.....	38
Selección de la muestra.....	38

<i>Criterios de Inclusión</i> .....	39
<i>Criterios de Exclusión</i> .....	39
Materiales.....	39
Escala Visual Numérica .....	40
Escala de Valoración del Estado de Ánimo .....	41
Working Alliance Inventory - Short (WAI-S).....	42
Protocolo de evaluación.....	45
Resultados.....	47
Análisis de la Alianza Terapéutica .....	47
Percepción dolorosa de los pacientes evaluados previo a la sesión de kinesiología .....	50
Percepción dolorosa de los pacientes evaluados posterior a la sesión de kinesiología .....	51
Análisis de correlación utilizando el Software SPSS 23: .....	53
Análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas para comparar los cambios en el dolor pre-sesión y post-sesión en base a los grupos de relación. ....	53
Tabla de Pearson, correlación entre los grupos de relación y los cambios en el dolor percibido: .....	53
Estado de ánimo de los pacientes previo a la sesión de kinesiología .....	54
Estado de ánimo de los pacientes posterior a la sesión de kinesiología .....	57
Análisis de correlación utilizando el Software SPSS 23: .....	62
Análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas para comparar los cambios en el constructo de ansiedad pre-sesión y post-sesión en base a los grupos de relación. ....	62
Discusión.....	65
Conclusión .....	69

Aportes y Contribuciones De La Investigación .....	71
Limitaciones De La Investigación .....	72
Líneas De Investigación Futuras.....	74
Propuestas De Intervención .....	75
Anexos .....	76
Referencias.....	80

## Resumen

El presente Trabajo Final Integrador analiza la influencia de la alianza terapéutica en la experiencia dolorosa y en el estado de ánimo de los pacientes durante las sesiones de kinesiología y fisioterapia. La alianza terapéutica, entendida como la relación que se forma entre el paciente y el terapeuta, ha obtenido un reconocimiento amplio en el campo de la salud mental; sin embargo, su uso e importancia en campos como la kinesiología requieren más atención. Este análisis toma el dolor no únicamente como una reacción fisiológica, sino también como una experiencia subjetiva compleja que incorpora elementos emocionales, sensoriales y cognitivos.

El objetivo principal consiste en analizar cómo la calidad de la relación terapéutica puede influir en el dolor y el estado de ánimo de los pacientes, valorando las modificaciones antes y después a la sesión de fisioterapia. Para lograr esto, se empleó la versión Working Alliance Inventory, Short Version – Patient’s From Argentina (WAI-SR-A) para categorizar la relación, la escala de valoración numérica para cuantificar el dolor (EVN) y la escala de valoración del estado de ánimo (EVEA). Se estima que los hallazgos brinden pruebas acerca de la importancia de una relación positiva entre el paciente y el terapeuta.

**Palabras Clave:** Alianza terapéutica, dolor, estado de ánimo, factores contextuales, comunicación y modelo biopsicosocial.

### **Abstract**

This Final Integrative Work analyses the influence of the therapeutic alliance on the pain experience and mood of patients during kinesiology and physiotherapy sessions. The therapeutic alliance, understood as the relationship formed between the patient and the therapist, has gained wide recognition in the field of mental health; however, its use and importance in fields such as kinesiology require more attention. This analysis takes pain not only as a physiological reaction, but also as a complex subjective experience that incorporates emotional, sensory and cognitive elements.

The main objective is to analyse how the quality of the therapeutic relationship can influence the pain and mood of patients, assessing the modifications before and after the physiotherapy session. To achieve this, the Working Alliance Inventory, Short Version – Patient’s From Argentina (WAI-SR-A) was used to categorise the relationship, the numerical rating scale to quantify pain (NRS) and the mood rating scale (MRS). The findings are expected to provide evidence of the importance of a positive relationship between patient and therapist.

**Keywords:** Therapeutic alliance, pain, mood, contextual factors, communication and biopsychosocial model.

### **Abreviaturas**

**AT:** Alianza Terapéutica

**EVA:** Escala Visual Analógica

**EVN:** Escala Visual Numérica

**EVEA:** Escala De Valoración Del Estado De Ánimo

**WAI-S:** Working Alliance Inventory – Short

**WAI-SR-A:** Working Alliance Inventory, Short Version – Patient’s From Argentina

**BPS:** Biopsicosocial

**FC:** Factores Contextuales

**SPSS:** Statistical Package For The Social Sciences

**SD:** Desviación Estándar

**ANOVA:** Analysis Of Variance

## **Introducción**

En el ámbito de la kinesiología y la fisioterapia, el vínculo entre el paciente y el terapeuta es un elemento fundamental en el proceso de rehabilitación. En relación con esta área de estudio, el siguiente Trabajo Final Integrador se centra en evaluar la calidad del vínculo terapéutico y si el respectivo se asocia a los cambios en el dolor y el estado de ánimo antes y después de la sesión de kinesiología.

### **Delimitación del Objeto de Estudio**

Se delimita el estudio a una muestra de pacientes que presentan dolor musculoesquelético, que asisten de manera constante a las sesiones de kinesiología, es decir, que acudan al menos a 3 o más sesiones consecutivas. Se empleó el Working Alliance Inventory, Short Version – Patient’s From Argentina (WAI-SR-A) como instrumento para evaluar la calidad del vínculo terapéutico, definiendo tres niveles para la relación con el profesional: buena, regular y mala.

El presente trabajo se centra en valorar las modificaciones en la percepción del dolor y en cuatro dimensiones del estado de ánimo (ansiedad, tristeza, ira y alegría) antes y después de la sesión de kinesiología. Por otra parte, se han descartado factores sociodemográficos como la edad o el sexo, debido a que el objetivo se centra en la calidad de la relación terapéutica y su posible vínculo con los cambios en dichas variables.

### **Planteo del problema**

A pesar de que la Fisioterapia y Kinesiología se centran en el manejo físico de los pacientes, los resultados de múltiples estudios que se han utilizado en dicha investigación sugieren que la calidad de la alianza terapéutica que se establece entre el profesional y el

paciente puede ser fundamental a la hora de disminuir la percepción dolorosa y tener un impacto en el estado emocional del paciente.

Sin embargo, existen grandes brechas informativas al momento de comprender como y hasta qué punto este vínculo puede repercutir sobre dichas variables durante la sesión de rehabilitación.

Gracias a estas razones, el siguiente Trabajo Final Integrador, buscara responder la siguiente pregunta:

¿Cómo influye la Alianza Terapéutica en el estado de ánimo y en la intensidad del dolor de los pacientes durante la sesión de kinesiología y fisioterapia?

### **Objetivo General**

- Analizar la correlación que existe entre la alianza terapéutica, que se establece entre el kinesiólogo y el paciente, y su influencia en los cambios de dolor y estado de ánimo antes y después de la sesión de fisioterapia.

### **Objetivos Específicos**

- Analizar la calidad de la relación terapéutica entre el kinesiólogo y el paciente.
- Valorar si los cambios en el estado de ánimo están correlacionados con la calidad de la relación terapéutica.
- Comparar los cambios en la intensidad de dolor percibida por los pacientes según la calidad de la relación terapéutica.

### **Hipótesis**

Un vínculo terapéutico positivo entre el kinesiólogo y el paciente repercute de manera favorable en el estado de ánimo y en la experiencia dolorosa del paciente.

## **Estado Del Arte**

El concepto de alianza en situaciones terapéuticas se refiere al sentido de colaboración y apoyo entre el cliente y el terapeuta, el cual surgió de las teorías de la transferencia de Freud en 1912. Los estudios acerca del concepto de Alianza Terapéutica (AT) se han vuelto significativos debido a la relevante evidencia que se ha encontrado sobre el impacto positivo del vínculo que se genera entre el fisioterapeuta y el paciente, que repercute de manera favorable en los resultados del tratamiento.

El establecimiento de una AT entre la persona que busca un cambio y la persona que se ofrece como agente de ese cambio es uno de los componentes principales, según Edward Bordin (1979). El autor afirma que este tipo de relación tiene tres características principales: un acuerdo en los objetivos, cooperación en las tareas y un vínculo mutuo positivo. Al establecer una AT, el profesional trata de otorgar una atención centrada en el paciente, en la que el fisioterapeuta será visto como un facilitador para que la persona logre sus objetivos, en lugar de imponerse como una figura de autoridad.

Para lograr ese vínculo, es necesario obtener un enfoque que tenga en cuenta, no solo los factores biológicos, sino también los psicológicos y sociales, por ello es necesario el traspaso de la utilización de un modelo biomédico a un modelo biopsicosocial. Sin embargo, cada paciente vive la experiencia de rehabilitación de manera única y diferente, sobre todo si se habla de cómo se percibe la experiencia dolorosa; entonces “el dolor es todo aquello que siente una persona cuando dice que tiene dolor” (McCaffery, 1968, citado en Pirschel., 2018).

Este vínculo se evalúa en mayor parte en entornos de psicología o medicina general, donde la intervención habitualmente se centra en una interacción uno a uno con el paciente. En el caso de la fisioterapia, la Confederación Mundial de Fisioterapia (2019), señala que el ejercicio

profesional involucra la interacción entre el fisioterapeuta, el paciente, la familia y los cuidadores, en un proceso que pretende lograr un entendimiento mutuo y constituye una parte integral de la fisioterapia.

Continuando con lo previamente mencionado, Malfliet et al., (2019) realizaron un estudio con el objetivo de examinar el efecto de las expectativas de tratamiento transmitidas verbalmente sobre los resultados clínicos en la práctica de fisioterapia y determinar si los cambios en los niveles de cortisol están asociados con cambios en el dolor de cuello. Los resultados que obtuvieron fueron que: el dolor mejoró significativamente en los grupos de expectativas positivas y neutras, además en cuanto a los niveles de cortisol se observó un aumento significativo en respuesta al tratamiento, pero en los grupos de expectativas neutras y negativas no se encontraron correlaciones significativas entre los cambios en los niveles de cortisol y el cambio en el dolor en estos grupos. Entonces, mediante estos datos llegaron a la conclusión de que los fisioterapeutas que tratan a pacientes con dolor de cuello crónico deben estar atentos al comunicar a sus pacientes los efectos esperados del tratamiento. Mientras que las expectativas positivas o neutras expresadas verbalmente pueden ser beneficiosas para las medidas relacionadas con el dolor, dar expectativas negativas puede resultar en una falta de respuesta al tratamiento del mismo.

Ese mismo año, se publicó una revisión bibliográfica en la Revista Española De Comunicación realizada por Rodríguez Nogueira., et al., (2019), la cual tuvo como objetivo describir y reflexionar en torno a la importancia de la comunicación centrada en la persona en el establecimiento y satisfacción con el tratamiento en el ámbito de la fisioterapia. Luego de la búsqueda, los autores llegaron a la conclusión de que la fisioterapia está adoptando un modelo biopsicosocial, donde la alianza terapéutica y la toma de decisiones conjunta son primordiales, y

que el vehículo para desarrollar este nuevo modelo es una comunicación centrada en la persona, la cual facilita la alianza terapéutica y la puesta en marcha del método de toma de decisiones conjunta, mejorando en consecuencia la satisfacción del paciente con el tratamiento y los resultados clínicos del mismo. Además, destaca que en la actualidad no existe ningún instrumento de medición de esta en el ámbito, por lo que existe la necesidad de construir y validar un instrumento de medida de dicha relación terapéutica en el ámbito de fisioterapia.

Serrano (2019), realizó un artículo con el objetivo de reflexionar sobre cómo establecer una alianza terapéutica efectiva con los pacientes que sufren de dolor crónico, ya que el campo de este sigue teniendo grandes vacíos en sus medidas terapéuticas, debido a que no se suele tener en cuenta la complejidad de las respuestas adaptativas del sistema nervioso y de los retos diarios con los cuales lidian estos pacientes. Para ello, las preguntas que se deseaba responder con el presente artículo son: ¿cómo lograr que el paciente se involucre activamente en su tratamiento? Y ¿cuáles son las principales trampas en las cuales caemos los profesionales de salud? De esta forma se llegó a la conclusión de que atender a personas que sufren todos los días cambia nuestro sistema de creencias y nuestras emociones. Este efecto impacta nuestra calidad de atención como profesionales y afecta nuestra vida personal y familiar. No somos invulnerables, por lo que parte de nuestro entrenamiento para atender el dolor crónico debería incluir cómo detectar los cambios emocionales en nosotros mismos, reflexionar sobre estos, darles un sentido y transformarlos de manera positiva.

Al año siguiente, Lennon., et al., (2020), realizaron una investigación transversal, donde afirman que las enfermedades físicas y las limitaciones funcionales pueden tener efectos perjudiciales en la autoimagen y la autoestima, con efectos psicológicos potencialmente debilitantes. Razón por la cual su objetivo principal fue investigar la práctica actual y las

opiniones de los miembros de la Sociedad Irlandesa de Fisioterapeutas con respecto a la atención de pacientes con problemas psicológicos. Los resultados que obtuvieron fueron que más del 80% de los fisioterapeutas que realizaron las encuestas, informaron que se encontraban con pacientes con problemas psicológicos al menos una vez a la semana; al mismo tiempo discutieron la importancia de abordar los problemas psicológicos subyacentes antes o junto con los problemas físicos. A través de estos datos, los autores llegaron a la conclusión de que los fisioterapeutas se encuentran regularmente con pacientes que se perciben como portadores de altos niveles de malestar psicológico, y se reconoció la necesidad de una formación adicional en salud mental en la profesión.

Los autores Andreu., et al., (2022), afirman que el dolor es una experiencia subjetiva modulada por una variedad de factores cognitivos, emocionales y sensorio-perceptivos, que surgen del contexto que rodea a la experiencia dolorosa, y comprender la complejidad del paciente con dolor musculoesquelético es una de las cuestiones más desafiantes. Por lo que el objetivo de este estudio es presentar una visión actual de la teoría de la complejidad durante el tratamiento del paciente con dolor musculoesquelético. Se destaca que comprender la complejidad es una de las cosas más difíciles, pero que aún no se han explorado suficientemente debido a que los sistemas de salud siguen enfocándose en enfermedades individuales. Los autores llegaron a la conclusión de que, para hacer frente a la complejidad en la atención del paciente con dolor musculoesquelético, debemos abandonar los modelos lineales, aceptar la imprevisibilidad, respetar (y utilizar) la autonomía y la creatividad, y responder con flexibilidad a los patrones y oportunidades emergentes.

Continuando en el mismo año, Cox y Fritz., (2022) realizaron una investigación que se centra en la identificación de áreas de la práctica clínica que plantean cuestiones éticas y en la

aplicación de un análisis empírico y ético riguroso para explorar las mismas, ambas autoras están trabajando en cuestiones éticas relacionadas con la comunicación de la incertidumbre diagnóstica y concibieron este artículo en conjunto. Para ello, se consultó a un grupo de 10 participantes para recabar opiniones sobre los cambios sugeridos en el lenguaje que se analiza. Llegando a la conclusión de que el lenguaje médico obsoleto, que genera dudas, menosprecia o culpa a los pacientes pone en peligro la relación terapéutica y es necesario cambiarlo, ya que la elección de palabras y frases particulares tiene un impacto en cómo los pacientes ven su salud y enfermedad. Resaltando que es poco probable que cambiar el lenguaje para facilitar la confianza, equilibrar el poder y apoyar la toma de decisiones compartidas dañe a los pacientes, por lo que debe verse como un paso positivo para promover una relación terapéutica saludable.

Analógicamente en ese año, Monaco., et al., (2022), realizaron un estudio cualitativo donde su objetivo principal era explorar, a través de entrevistas, cómo los fisioterapeutas piensan sobre su trabajo y su relación con los pacientes. A través de los resultados obtenidos, llegaron a la conclusión de que los fisioterapeutas no se sienten seguros a la hora de trabajar con elementos relacionales y emocionales, donde hacen un esfuerzo por empatizar manteniendo su responsabilidad de salvaguardar tanto al paciente como a ellos mismos. Además, cabe destacar que los profesionales de la fisioterapia y la psicología están muy distanciados, sin embargo, parecería ser fundamental fomentar la comunicación entre psicólogos y fisioterapeutas, logrando el trabajo en equipo y la colaboración, para así mejorar los resultados del tratamiento, promoviendo un apoyo profesional integrado para el cuerpo y la mente.

Ahlsen y Nilsen., (2022), realizaron un estudio de caso con el objetivo de otorgar información sobre la comunicación verbal y no verbal utilizada por los fisioterapeutas para entrar en contacto con los pacientes y cómo este contacto físico y lingüístico puede contribuir a alentar

la participación de estos. En dicho estudio el caso seleccionado es de un estudio de caso observacional cualitativo del primer encuentro entre una fisioterapeuta y un paciente masculino con dolor de cuello crónico. A partir de ello, los hallazgos del presente estudio resaltan las múltiples funciones del tacto en la fisioterapia y cómo el uso de este por parte de los terapeutas, en el sentido de entrar en contacto, puede estar relacionado con las metafunciones ideacionales, relacionales y textuales del lenguaje. El mismo ofrece una valiosa contribución al debate sobre la comunicación en fisioterapia, la atención centrada en el paciente y la investigación futura en esta área.

A principios de este año, Długolecka., et al., (2024), realizaron un estudio cualitativo que investiga la aplicación de la ética profesional de los fisioterapeutas en la práctica con respecto al tacto, la intimidad y la corporalidad durante la terapia, basándose en las experiencias de pacientes mayores. El objetivo fue descubrir qué valores son importantes para las personas mayores durante una sesión de fisioterapia, con énfasis en estas tres categorías. A través de los resultados obtenidos, se identificaron tres categorías superiores: seguridad, ansiedad, relación interpersonal, y tres categorías a priori derivadas de los rasgos característicos: tacto, corporalidad e intimidad. Llegando a la conclusión de que las categorías a priori no aparecen de forma independiente en las afirmaciones de los encuestados, sino que parecen ser componentes de categorías superiores. Donde los valores más importantes indicados por los encuestados se refieren a la relación interpersonal con su fisioterapeuta y al sentimiento de seguridad y cuidado, destacando la importancia de la previsibilidad, la sensación de seguridad, la privacidad y la aceptación del cuerpo.

En junio del presente año, Moecke y Camp., (2024), realizaron un artículo de perspectiva basado en ejemplos de investigaciones existentes, con el objetivo de facilitar el avance científico

en el apoyo social y la relación terapéutica en fisioterapia al brindar claridad conceptual, analizar las herramientas de medición y ofrecer recomendaciones prácticas para la incorporación deliberada de estos constructos en la práctica clínica. Los autores llegaron a la conclusión de que las relaciones humanas pueden crear un entorno que promueva la salud, reforzando la motivación interna y la autoeficacia para el estilo de vida deseado por el paciente. De acuerdo con el modelo biopsicosocial, los mecanismos psicosociales como la influencia social, el compromiso social, el contacto entre personas y el acceso a los recursos influyen en las vías hacia los resultados de salud. Además, el apoyo social y las relaciones terapéuticas son aspectos complementarios de la atención médica de una persona, y es fundamental tenerlos en cuenta en la práctica de la fisioterapia.

## **Marco Teórico**

### **Alianza Terapéutica En La Atención Al Paciente**

En la búsqueda de una mejor eficacia para el tratamiento de las patologías musculoesqueléticas, se plantea que las intervenciones deberían de ampliarse para incluir aspectos más generales del tratamiento y no sólo intervenciones específicas de la patología. Para ello, se hace hincapié en la comunicación o en las interacciones psicosociales entre el paciente y el profesional. Un aspecto de esto es la Alianza Terapéutica (AT).

Según Horvath y Luborsky (1993), el concepto de AT se remonta a la teorización de Freud (1912) sobre la transferencia. Inicialmente considerada como puramente negativa, Freud, en sus trabajos posteriores, adoptó una postura diferente sobre el tema y consideró la posibilidad de un apego beneficioso que realmente se desarrolla entre terapeuta y paciente, y no como una proyección. Luego, Rogers (1951) define lo que él consideraba los componentes activos en la relación terapéutica: empatía, congruencia y consideración positiva incondicional, estos eran vistos como las condiciones ideales ofrecidas por el terapeuta. Con respecto a ello, Strong (1968) se basaba en la hipótesis de que, si el paciente está convencido de la competencia y la adherencia del terapeuta, esto le dará a este último la influencia necesaria para provocar cambios en el paciente (Ardito y Rabellino 2011).

A continuación, Luborsky (1976) distinguió dos tipos de alianza: la primera, encontrada en las primeras fases de la terapia, que se basaba en la percepción del terapeuta por parte del paciente como un apoyo, y un segundo tipo, más típico de las fases posteriores de la terapia, que representaba la relación de colaboración entre paciente y terapeuta, para superar los problemas del paciente, una responsabilidad compartida en el trabajo para alcanzar los objetivos de la terapia y un sentido de comunión (Ardito y Rabellino 2011).

Por otro lado, nos encontramos con la conceptualización de Bordin (1979) la cual es aplicable a cualquier abordaje terapéutico, donde proporcionó un marco general de referencia para la explicación de la AT y sus componentes. Bordin definió la alianza como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta e identificó tres componentes que la configuran: (a) acuerdo en las tareas, (b) vínculo positivo y (c) acuerdo en los objetivos. Las tareas se refieren a las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, por otra parte, el acuerdo entre terapeuta y paciente trata sobre los objetivos por alcanzar, así como la confianza mutua y la aceptación son elementos esenciales para una alianza positiva.

Por otra parte, se postula que la AT se basa en el compromiso mutuo del profesional y del paciente, representando así un componente importante para lograr el éxito del tratamiento, donde se contempla como la conexión social positiva entre el paciente y el terapeuta es establecida a través de la colaboración, la comunicación, la empatía del profesional y el respeto mutuo. La AT se considera una relación compleja y subjetiva, que requiere la colaboración de ambas partes para su consecución (Horvath., et al., 2011).

Cabe mencionar, que las relaciones son más que una compilación de habilidades y comportamientos, estas son dinámicas, requieren intención para garantizar que los comportamientos y las habilidades sean congruentes con la situación. Además, el aspecto personal, entendido como el interés auténtico de los pacientes y los terapeutas en la vida del otro fuera del contexto de rehabilitación o la divulgación de información percibida como privada, puede ser importante para la relación terapéutica en fisioterapia (Miciak., et al., 2018)

Dicho estudio realizado por Miciak., et al., (2018), ilustra que los pacientes y los terapeutas pueden querer conocerse como personas al mismo tiempo que respetan los límites profesionales. Ser receptivo, comprometido y genuino crea el espacio terapéutico seguro

necesario para un intercambio centrado en el paciente que resalta la colaboración para establecer objetivos significativos.

Con respecto a lo anterior, el fisioterapeuta representa un recurso para el bienestar psicofísico de un individuo, donde las características específicas de la relación fisioterapeuta-paciente pueden influir en el resultado de la rehabilitación. El espectro de acción de esta profesión parece ser particularmente amplio, ya que los profesionales trabajan con numerosos tipos de pacientes en diferentes contextos. En el contexto de la salud, la fisioterapia tiene como objetivo apoyar al paciente mediante la recuperación de una función motora perdida o dañada, la cual parece tener un efecto positivo tanto en las funciones cognitivas como psicológicas de un paciente (Monaco., et al., 2022).

La rehabilitación física, al igual que la psicoterapia y la medicina general, incluye un alto nivel de interacción entre el paciente y el profesional; sin embargo, las características de la población de pacientes, así como la intervención, son posiblemente diferentes. Por lo tanto, es recomendable que la relación entre la alianza y el resultado observado en los ámbitos de la psicoterapia o la medicina general no sea transferible a los ámbitos de la rehabilitación física. Por lo tanto, es de gran importancia determinar si la alianza de los terapeutas de rehabilitación es similar a la de estos profesionales y si influye en el resultado en este ámbito (Hall., et al., 2010).

Sin embargo, la fisioterapia ha tomado prestada previamente la teoría de la psicoterapia, de hecho, se puede ver que la fisioterapia se alinea claramente con los elementos de un proceso psicoterapéutico que involucra a un individuo que busca curarse (paciente) y un agente curativo (fisioterapeuta) (Miciak M., et al., 2018).

A pesar de la importancia del AT en la rehabilitación, hay muy pocas investigaciones que exploren el concepto y su relación con los resultados después de la rehabilitación física.

### ***Importancia De La Comunicación***

Para mejorar la calidad de atención, los fisioterapeutas deben manejar adecuadamente la comunicación. Este proceso permite que los seres humanos se expresen, compartan información, establezcan relaciones y lleguen a acuerdos, en el cual participan distintos factores como:

- El código, el lenguaje empleado.
- El contexto, las circunstancias donde se desarrolla.
- Las perturbaciones en la recepción del mensaje.
- El feedback.

La capacidad del profesional para comunicarse con el paciente durante el primer encuentro puede ser crucial para el éxito del tratamiento. Esta habilidad mejora la transmisión y recuperación de información clínica importante; facilita la participación del paciente en la toma de decisiones; permite entablar una conversación sobre los beneficios, riesgos y barreras que pueda tener cada persona; y crea un entorno de empatía y confianza donde se brinda todo el apoyo posible mediante el estímulo verbal y no verbal (Hurtado., 2020).

Entonces, a partir de ello, la comunicación puede llevarse a cabo de diferentes maneras. Se afirma que un lenguaje no verbal positivo, como sonrisas, contacto visual adecuado y posturas corporales abiertas, crea un entorno de confianza y seguridad para el paciente, lo que tiene un impacto positivo en su estado de ánimo. Los pacientes que reciben una comunicación no verbal más cálida y empática por parte de los profesionales de la salud tienden a experimentar una mayor satisfacción con el proceso de atención. Por lo tanto, al combinar una explicación clara y comprensible del tratamiento, se aumentará significativamente la probabilidad de que los pacientes sigan las indicaciones del profesional y se comprometan con el proceso de recuperación (Sánchez., et al., 2023).

En adición a ello, las creencias, expectativas y reacciones emocionales asociadas a la rehabilitación constituyen un proceso individual que puede ser diverso, desde las funciones que se vieron comprometidas o se perdieron, hasta las características de la personalidad, las experiencias previas y el apoyo social del paciente. Por lo tanto, la forma en que los profesionales de la salud se comunican y se relacionan con el paciente en el encuentro clínico puede desempeñar un papel central en este proceso, incluida la calidad de la participación del paciente en la rehabilitación y los resultados asociados. Entonces, en las diversas investigaciones, la comunicación se reconoce como uno de los componentes básicos de las intervenciones clínicas (Carvalho y Dores., 2022)

La comunicación eficaz debe equilibrar la información pertinente, las habilidades explícitas (escuchar, establecer una buena relación, preocuparse, etc.) y las habilidades implícitas (como la empatía). Una característica de la comunicación profesional es pensar en lo que el paciente escucha, comprende y siente. Aquellos que se comportan profesionalmente se comunican bien, utilizando tanto su corazón (es decir, demuestran emoción y empatía) como su mente (aplicando el conocimiento clínico) (Bulk., et al., 2019).

Finalmente, por estas razones, la formación en comunicación es un componente esencial de la educación médica y debe tener una base amplia, centrándose en la comunicación verbal y no verbal; por lo que los profesionales de la salud deben ser conscientes de cómo sus gestos, expresiones faciales y posturas pueden afectar la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención y su disposición a seguir el tratamiento. Por ello, la capacitación en habilidades de comunicación no verbal puede mejorar significativamente la AT (Haskard y DiMatteo., 2009).

## **El Modelo Biomédico Y Biopsicosocial En La Práctica**

Se establece que el uso de estrategias de comunicación terapéutica adecuadas es esencial para mejorar la adherencia terapéutica y la satisfacción del paciente, y resulta fundamental para la rehabilitación basada en el modelo biopsicosocial (BPS).

Por estas razones, es pertinente comenzar en 1977, donde Engel manifiesta que la biomedicina era dualista, entendiendo al ser humano compuesto por mente y cuerpo. Esta concepción explicaba por qué muchos médicos separan “el cuerpo” de las “emociones” de la persona, sin establecer puentes entre ambas esferas. Un médico con esta concepción dualista resulta ciego a muchas realidades clínicas, sólo comprensibles cuando se integra lo psicosocial y se entiende el organismo humano como algo más que una simple máquina. Estas ideas condujeron a formular el modelo de causalidad circular, y, finalmente, al desarrollo del modelo biopsicosocial, que ha dado lugar al llamado “modelo centrado en el paciente”. Este modelo recomienda averiguar creencias y expectativas del paciente para hacerle participar en un plano de igualdad en la toma de decisiones. Desde esta perspectiva, el autor insiste en interpretar el proceso a través de la subjetividad del paciente, darle la palabra, averiguar sus expectativas y que el profesional de la salud se muestre como ser humano, en un plano de igualdad, cuidando mucho cómo usa su poder.

Entonces, el autor proponía que el modelo biomédico resultaba inadecuado debido a su reduccionismo y dualismo, perdiendo de vista las dimensiones sociales y psicológicas de la enfermedad. Resaltaba un enfoque humanista que tomara en cuenta la experiencia del paciente, las causas complejas de las enfermedades y las interacciones personales en el proceso de atención sanitaria. Según Engel (1977), una entrevista clínica completa y humanista resultaba crucial para comprender la diversidad de factores que inciden en una enfermedad. Igualmente,

enfaticó en la relevancia de la conexión entre el especialista y el paciente, además de la cooperación entre los expertos en salud. Así pues, el concepto de "alianza terapéutica" cobró importancia, subrayando la relación de confianza y colaboración entre el terapeuta y el paciente.

En el estudio realizado por Cormack., et al., (2023) pone en duda la distorsión del modelo biopsicosocial (BPS) propuesto por Engel en 1977. Los autores señalan que el modelo BPS ha sido malinterpretado y empleado de manera reduccionista, con enfoques biomedicalizados que se alejan del propósito original de Engel, que buscaba un modelo completo y holístico. Para contrarrestar estos desajustes, proponen el uso de marcos enactivos que fomentan un entendimiento más detallado de la salud, basándose en la teoría de sistemas y descartando el dualismo y el reduccionismo.

Por otra parte, afirman que muchos profesionales se centran excesivamente en el cerebro, ignorando el contexto social y cultural del paciente, por lo que este enfoque puede llevar a que se desestimen las experiencias subjetivas de los pacientes, lo que los hace sentir que su dolor está "en su cabeza" (Cormack., et al., 2023).

Por ello, a su vez, la perspectiva biopsicosocial advierte gravemente sobre la necesidad de incorporar al paciente como sujeto, y no como mero objeto del proceso asistencial. La realidad de cada persona, de cada paciente, se interpreta, se crea y recrea a través del diálogo, donde aparece la narrativa del mismo y que es necesaria comprender. No se trata de aceptar como verdaderas las hipótesis o creencias del propio paciente; pero tampoco negarlas (Borrel Carrió., 2002).

En última instancia, la perspectiva enactiva sugerida por Stilwell y Harman., (2019), fomenta una comprensión de la salud que vincula la vivencia del paciente con su ambiente físico y sociocultural, y la relación entre la mente y el cuerpo. Esta perspectiva previene la

fragmentación clínica, reconociendo la relevancia del entorno en el tratamiento y apreciando la diversidad individual. A pesar de que puede resultar complicado, el enfoque enactivo resalta la importancia de adaptar las intervenciones a los objetivos y requerimientos del paciente, considerándolo como un componente de un sistema que va más allá de la consulta médica.

Con relación a ello, se sabe que trabajar desde la fisioterapia con el cuerpo y para el cuerpo implica una forma particular de relación, donde se ejercen los roles característicos del modelo biomédico, intentando tener una mirada “neutral” del problema del paciente a partir de la objetivación de las causas, los signos y los síntomas de su alteración de movimiento, para emitir un diagnóstico, un pronóstico de funcionalidad y planear estrategias de intervención. Esta forma “objetivada” de operar desconoce, por lo general, el universo social y cultural particular del individuo que llega a la consulta, y asume que la solución al problema de la disfunción del movimiento está en manos del terapeuta (Sánchez., pp. 39-51., 2006).

Entonces, es pertinente saber que el análisis del modelo BPS de la fisioterapia destaca la importancia del proceso de rehabilitación, promoviendo una relación más armoniosa con la realidad del paciente, la cual se construye a partir de diversas matices físicas, sociales, económicas, educativas, psicológicas o emocionales, todas valoradas y fomentadas desde la educación bioética. Por lo tanto, este enfoque no se limita únicamente a la movilidad articular, las lesiones corporales o las secuelas de patologías degenerativas que afectan la calidad de vida, sino que también permite comprender aquellos antecedentes, secuelas y particularidades de la incapacidad física del paciente, desde una perspectiva holística, reforzando así la comunicación y la alianza terapéutica (Marchán., 2022).

Por ello, se distingue que la relación terapéutica y el apoyo social son componentes fundamentales en la profesión que determinan los resultados del paciente. Al considerar

diferentes aspectos del apoyo social y adaptar la atención en consecuencia, el fisioterapeuta puede abordar no solo los componentes físicos, sino también los emocionales y sociales de la recuperación del paciente, lo cual aumenta la probabilidad de una rehabilitación exitosa y una experiencia general más positiva para el mismo (Moecke y Camp., 2024).

Entonces, las relaciones terapéuticas sólidas caracterizadas por la confianza, la empatía y la colaboración son la base para la prestación de apoyo social por parte de los proveedores de atención médica. Si bien los profesionales de la salud pueden brindar apoyo emocional e informativo, el desequilibrio de poder y los límites profesionales de una relación terapéutica probablemente impedirán que eso suceda; por lo tanto, es importante considerar otras fuentes de apoyo social externas a la interacción clínica en la práctica de la fisioterapia (Moecke y Camp., 2024).

### **Fisiología Del Dolor**

El dolor es una experiencia subjetiva con dos aspectos complementarios: uno es una sensación localizada en una parte particular del cuerpo; el otro es una cualidad desagradable de gravedad variable comúnmente asociada con conductas dirigidas a aliviar o terminar la experiencia (Osterweis., 1987).

Plaghki., Mouraux., y Le Bars., (2018) tratan la fisiología del dolor desde un enfoque actualizado, fusionando los progresos científicos más recientes con los fundamentos tradicionales de la nocicepción. Con el tiempo, el dolor se interpretaba como una resistencia al placer, sin embargo, su comprensión ha progresado hasta transformarse en una experiencia compleja que implica la activación de los nociceptores frente a estímulos que podrían ser perjudiciales.

En relación con la transmisión del dolor, se pueden categorizar las fibras nerviosas periféricas responsables de la nocicepción en tres categorías principales: las fibras A beta, que transmiten con rapidez la información táctil y propioceptiva; las fibras A delta, que llevan estímulos nociceptivos y térmicos a una velocidad intermedia; y las fibras C, que lo hacen a una velocidad más pausada, responsables de la transmisión extendida de estímulos. Estos mensajes provienen de terminaciones nerviosas independientes localizadas en los tejidos cutáneos, los músculos y las articulaciones, y son enviados a la médula espinal para su procesamiento inicial (Plaghki., Mouraux., y Le Bars., 2018).

En la médula espinal, tanto las neuronas específicas de nocicepción como las convergentes reaccionan ante estímulos nociceptivos. Este procedimiento es esencial para comprender la sensibilización central, donde un incremento en la actividad neuronal puede potenciar la sensación del dolor incluso frente a estímulos no perjudiciales (Plaghki., Mouraux., y Le Bars., 2018).

Luego, el estímulo llega a la corteza cerebral, donde es crucial subrayar que el dolor solo se percibe cuando la información llega a esta estructura, es decir, cuando alcanza la conciencia. Además, los estímulos nociceptivos pueden desencadenar diversos síntomas clínicos, como la alodinia y la hiperalgesia, lo que dificulta su tratamiento. Estos aspectos son fundamentales para comprender la relación entre el dolor, el estado emocional del paciente y la calidad de la alianza terapéutica (Plaghki., Mouraux., y Le Bars., 2018).

Por lo tanto, no todos los estímulos nociceptivos provocan dolor, cuando sí lo provocan, se percibe como un fenómeno cognitivo que incorpora elementos sensoriales, emocionales y psicológicos (Plaghki., Mouraux., y Le Bars., 2018).

Entonces, hay que diferenciar entre los términos nocicepción y dolor. La nocicepción se refiere a la detección de estímulos nocivos por los nociceptores, seguida de la transducción y transmisión de la información nerviosa sensorial desde la periferia hasta el cerebro. En comparación, el dolor se refiere al producto del procesamiento del centro cerebral superior; implica la experiencia emocional y sensorial desagradable real generada a partir de señales nerviosas (Chen., et al., 2023).

Cabe mencionar que, en la vía nociceptiva, y en su interpretación (decodificación) participan áreas interconectadas en diversas regiones de la corteza cerebral y otras áreas del encéfalo, en las que se analizan diferentes componentes de la modalidad sensorial nociceptiva. Principalmente, se encuentra el sistema límbico, y en particular el conjunto de núcleos que conforman la amígdala, los cuales intervienen en la relación recíproca entre el dolor persistente y estados afectivos negativos como el miedo, la ansiedad y la depresión. Por lo tanto, la percepción del dolor es una experiencia compleja en la que los factores, discriminatorios, emotivos, cognitivos y la experiencia previa asumen un papel determinante en el dolor que se percibe (Pérez Ruiz., et al., 2018).

En síntesis, el dolor es una vivencia multifacética y compleja que va más allá de una mera reacción física frente a estímulos perjudiciales. Esta comprensión es crucial en el campo de la kinesiología y fisioterapia, donde la gestión del dolor requiere una visión que no solo contemple la disminución de los síntomas físicos.

### ***La importancia de la educación en dolor***

Debido a lo previamente mencionado, es conveniente destacar la educación sobre el dolor en la formación en fisioterapia.

En la actualidad, la mayoría de los programas de formación de fisioterapeutas no abordan directamente la ciencia del dolor, sino que enseñan el manejo de las enfermedades desde un enfoque biomecánico de la articulación o el sitio en cuestión. Sin embargo, los pacientes suelen buscar ayuda médica, incluida la fisioterapia, debido al dolor, y casi todos presentan alteraciones en el procesamiento nociceptivo y factores psicosociales confusos que deben abordarse (Hoeger Bement., et al., 2014).

Por ello, es necesario comprender la naturaleza biológica y psicosocial compleja del dolor para manejarlo adecuadamente. En fisioterapia, este conocimiento se relacionaría con la comprensión de la ciencia básica del dolor y los enfoques de manejo de este, el modelo biopsicosocial del dolor y su naturaleza multidimensional (Hoeger Bement., et al., 2014).

Por lo tanto, la educación sobre el dolor para los profesionales de la salud en todos los niveles se ha identificado repetidamente como un paso importante hacia prácticas más efectivas de manejo del dolor. Por ende, en ausencia de algunos contenidos, como la educación y las estrategias de autogestión y el manejo psicológico en la mayoría de los programas de educación de fisioterapeutas, se opone al modelo biopsicosocial que considera el dolor como una condición multifactorial (Venturine., et al 2018).

Por eso mismo, se destaca la importancia de comprender el contexto individual de los pacientes cuando experimentan dolor. Para ello, es esencial incorporar habilidades de escucha y comunicación como parte de un enfoque biopsicosocial en la formación previa de los fisioterapeutas, ya que aprender a facilitar la conversación sobre el dolor permite al profesional comprender qué modelo explicativo utilizan los pacientes para sustentar el significado de este; interpretar la narrativa que utilizan los pacientes y utilizar una narrativa clara, coherente y sensible al responder; es decir, que ambas deben estar alineadas (Thompson., et al ., 2022).

Las personas que sufren dolor tienen necesidades variadas y necesitan distintos niveles de información. El dolor suele ser más complejo de lo que los pacientes creen y que hay mucho que entender, comprender y contextualizar. En un modelo biopsicosocial, esto implica aprender sobre la sensibilidad al dolor (bio), los pensamientos y las emociones (psicológico), el contexto y el estilo de vida (social). Los fisioterapeutas proporcionan a los pacientes mucha información y pueden comenzar a desmitificar las creencias arraigadas de las personas sobre el dolor. Entonces se debe reconocer que las personas aprenden de diferentes maneras y que el contexto es importante (Thompson., et al., 2022).

Finalmente, es fundamental destacar la necesidad de un plan de estudios del dolor apropiado en los programas de educación de fisioterapeutas que aborde las necesidades de aprendizaje para reducir la brecha entre el conocimiento y la práctica clínica (Venturine., et al., 2018).

### **Influencia De Los Efectos Placebo Y Nocebo Según El Contexto**

Los efectos placebo y nocebo encarnan fenómenos psicobiológicos en los que se producen cambios conductuales, neurofisiológicos, perceptivos y cognitivos durante el encuentro terapéutico dentro del contexto sanitario.

Dichos efectos se refieren a los resultados beneficiosos o adversos que ocurren en contextos médicos clínicos, luego de la administración de un tratamiento inerte o como parte de tratamientos activos, debido a mecanismos tales como las expectativas del paciente. Es importante destacar que los efectos placebo y nocebo pueden modular sustancialmente la eficacia y la tolerabilidad de los tratamientos (Evers., et al., 2018).

Según Rossetini., et al., (2020) existen varios mecanismos psicológicos que están involucrados en los efectos placebo y nocebo, como la expectativa, los procesos de aprendizaje,

la mentalidad y los rasgos de personalidad de la persona. Por lo tanto, se afirma que las expectativas de los individuos son un poderoso modulador de sus experiencias cognitivas, emocionales y físicas, y se moldean y actualizan continuamente de acuerdo con los aportes provenientes de su propio entorno.

Los autores, sostienen que los efectos placebo se producen en un contexto sanitario positivo y pueden mejorar la sintomatología del paciente, donde influyen en la satisfacción general y la percepción de sus experiencias de atención sanitaria. Este tipo de contexto invita a los pacientes a elegir, volver y recomendar el servicio de fisioterapia, aumentando así la adherencia a los tratamientos. En cambio, los efectos nocebo son consecuencias del contexto sanitario negativo, dando resultados adversos, empeorando aún más los síntomas del paciente y aumentando la probabilidad de abandono de la rehabilitación (Rossettini., et al., 2020).

Como ya se mencionó, desafortunadamente para muchos de los profesionales de la salud, los síntomas pueden mejorar o empeorar por muchas razones no relacionadas con el tratamiento. Existen varios factores, como los contextuales, que podrían explicar dichos fenómenos (Andreu., et al., 2020).

Los factores contextuales (FC) representan conjuntos complejos de elementos internos, externos y relacionales. Estos actúan por medio de redes neuronales y neurotransmisores específicos, denominados mediadores de los efectos placebo y nocebo. A los FC se los puede clasificar dentro de cinco categorías según Rossettini., et al., (2018):

1. Características del fisioterapeuta (reputación profesional, apariencia, creencias, comportamientos);
2. Características del paciente (expectativa, preferencias, experiencia previa, condición musculoesquelética, género, edad);

3. Relación paciente-fisioterapeuta (comunicación verbal, comunicación no verbal) que es donde se centra este trabajo.
4. Tratamiento (diagnóstico claro, terapia abierta, aprendizaje observacional, enfoque centrado en el paciente, proceso global de atención, contacto terapéutico).
5. Entorno sanitario (ambiente, arquitectura, diseño de interiores).

Los pacientes interpretan activamente estos factores, provocando expectativas, recuerdos y emociones que pueden influir en el resultado relacionado con la salud, por medio de los efectos placebo o nocebo. Los FC representan el contexto que acompaña cualquier tratamiento sanitario jugando un papel fundamental en la rehabilitación del paciente.

Sumado a ello, se presenta la paradoja del desarrollo del dolor crónico, la cual se ve relacionada con la adecuación de la respuesta de las personas al dolor en el contexto en que se produce, donde el entorno cambiante brinda una oportunidad importante para que la conducta de las personas se adapte. Entonces, el contexto también afecta la forma en que el personal de salud ve las respuestas de un paciente, proporcionando información importante sobre si una estrategia dada probablemente será útil o no (Linton., et al., 2018).

En este sentido, la relación profesional-paciente es un potente modulador al igual que la forma en la que los profesionales de la salud interactúan con los pacientes y comunican los tratamientos (Hartmann y Bingel., 2022).

Para ello, con relación a lo previamente desarrollado, Hartmann y Bingel., (2022) recomiendan a los profesionales el uso de un estilo de comunicación auténtico y empático, prestando atención a cómo se presenta y comunica el tratamiento, teniendo en cuenta la apariencia, los gestos, las expresiones faciales y la información verbal dada. Otra recomendación

es la de optimizar la expectativa del tratamiento y de los efectos adversos, evitando el abuso de expectativas.

En conclusión, el contexto sanitario no es un vacío, sino un espacio relacional enriquecido y creado por múltiples factores contextuales que impregnan cada acción clínica, tener presente su existencia brinda la oportunidad de mejorar la percepción que tienen los pacientes sobre los servicios de fisioterapia, aumentando tanto la calidad de los tratamientos como la satisfacción de los pacientes (Rossettini., et al., 2020).

Entonces, los fisioterapeutas deben conocer y saber cómo manipular y utilizar los factores contextuales junto con la terapia basada en evidencia, para optimizar los resultados y reducir los fracasos (Rossettini., et al., 2018).

### **Relación Entre Estado De Ánimo y El Dolor del Paciente**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el dolor constituye uno de los síntomas más frecuentes en las consultas médicas. La asistencia a pacientes con dolor se realiza en numerosos centros y unidades, tanto en el ámbito hospitalario como en el ámbito de la atención primaria.

El dolor crónico no se produce simplemente, sino que se manifiesta a lo largo de períodos de tiempo relativamente largos, lo que afecta el bienestar y la capacidad funcional del paciente; donde el deterioro físico producto de la inactividad impacta sobre la calidad de vida y las actividades diarias del mismo, facilitando la aparición de trastornos del estado de ánimo (Linton., et al., 2018).

Entonces, el dolor desencadena una serie de emociones negativas (miedo, frustración, ira) y pensamientos (catastrofismo). Estas emociones y pensamientos aversivos pueden impulsar los intentos de evitarlos. Asimismo, las experiencias previas a la lesión también son relevantes, por

ello, la investigación psicológica muestra que las experiencias de la primera infancia generan patrones de respuesta que pueden volverse rígidos, debido a que cuando el dolor se desarrolla a lo largo de un tiempo considerable, con muchos intentos infructuosos de tratarlo y que ha ido empeorando gradualmente, se crea un patrón de respuestas (como la preocupación y la evitación) que sigue impulsando esta progresión (Linton., et al., 2018).

Dentro del artículo, el autor describe los procesos transdiagnósticos, donde los mecanismos psicológicos pueden impulsar la progresión de problemas coexistentes. Las condiciones de dolor persistente casi siempre se asocian con una variedad de síntomas comórbidos que incluyen depresión, trastornos del sueño y trastornos de ansiedad. Entonces un enfoque transdiagnóstico sugiere que existen procesos psicológicos subyacentes que explican la etiología del dolor. Por lo tanto, la depresión coexistente y la disfunción relacionada con el dolor pueden explicarse por procesos como la catastrofización y la evitación, que pueden impulsar la progresión de problemas relacionados con el dolor que ocurren simultáneamente (Linton., et al., 2018).

En síntesis, el dolor es una sensación particularmente potente en el aprendizaje debido a su naturaleza aversiva. El sistema nervioso está diseñado para que el dolor sea fácil de detectar como estímulo, y su carácter nocivo es un poderoso motivador de la conducta (Linton., et al., 2018).

Los fisioterapeutas son probablemente los principales proveedores de atención para las personas con dolor musculoesquelético, siendo considerados el principal agente de atención para las personas con dolor crónico, por lo que son los primeros en responder ante las necesidades físicas y mentales de los pacientes (Linton., et al., 2018). Además, los fisioterapeutas manejan

predominantemente pacientes con trastornos ansiosos/depresivos leves o moderados (Chiesa., et al., 2024).

Cabe destacar que, los encuentros de los fisioterapeutas con pacientes que experimentan angustia psicológica se perciben como "habituales" y, debido a este contacto, los autores postulan que este grupo profesional puede ser vulnerable a experimentar angustia empática y en ocasiones, los fisioterapeutas se distancian emocionalmente para limitar la intensidad de su respuesta (McGrath., et al., 2022).

Si bien a veces se considera a los fisioterapeutas como profesionales de la salud "física", la angustia psicológica (por ejemplo, depresión, ansiedad y angustia) es una característica común de la práctica de la fisioterapia. Por lo tanto, se necesitan estrategias de múltiples niveles para apoyar el bienestar de los fisioterapeutas con clientes que experimentan angustia, incluido un mayor reconocimiento del problema, capacitación individual para ayudarlos a procesar y trabajar a través de sus experiencias e iniciativas destinadas a abordar las causas fundamentales de la fatiga por angustia empática (McGrath., et al., 2022).

Sumado a ello, en el estudio realizado por Chiesa., et al., (2024) se menciona que las profesionales mujeres reconocieron más que los hombres la importancia de identificar los trastornos afectivos para un mejor manejo de los pacientes con dolor crónico. Además, informaron de la necesidad de una mayor capacitación en psiquiatría.

Asimismo, la aplicación de un modelo biopsicosocial en el manejo del dolor crónico es crucial ya que cada vez hay más evidencia que indica que la presencia de trastornos depresivos y de ansiedad son factores asociados con la persistencia de patologías físicas (Chiesa., et al., 2024).

Entonces, el análisis de la alianza terapéutica en el contexto de la fisioterapia y la kinesiología resalta la importancia de este vínculo como un factor crucial en la percepción del

paciente respecto a su dolor y estado de ánimo. Además, el aspecto multidimensional del dolor, que incorpora elementos sensoriales, emocionales y cognitivos, resalta la importancia de un enfoque terapéutico que no solo se limite a lo netamente físico. Si no que tome en cuenta el efecto psicológico y emocional en el proceso de tratamiento.

Por ende, este marco teórico ofrece una base para la aplicación de la alianza terapéutica como un elemento de estudio, respaldando la inclusión de evaluaciones sobre el estado emocional y la intensidad del dolor en la investigación. Esto proporciona una guía hacia el método de estudio, en el que se detallarán las herramientas, procedimientos y criterios de evaluación que facilitarán un estudio más detallado de la relación entre estas variables y su influencia en la experiencia de los pacientes.

## **Métodos**

### **Tipo de estudio**

La presente investigación es de tipo cuantitativa, la cual se enfoca en la recolección y análisis de datos numéricos, utilizando estadísticas para encontrar patrones o relaciones, mediante cuestionarios con escalas numéricas.

Por otra parte, este estudio es descriptivo debido a que se pretende recopilar información detallada sobre los conceptos y variables de estudio.

A su vez es observacional y transversal debido a que no se interviene directamente en las variables de estudio, en su lugar se limita a observar y registrar los datos, además estos se recolectan en un solo punto en el tiempo, donde se observa lo que está ocurriendo en un momento específico, sin hacer seguimiento futuro.

### **Diseño de estudio**

Investigación de campo que consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos. Se utilizaron 3 escalas, que se describen más adelante, donde se recolecta información de un grupo significativo de personas acerca del tema de investigación.

### **Selección de la muestra**

La investigación se realizó en la ciudad de Cipolletti en la provincia de Rio Negro, Argentina, con la colaboración de los centros de Kinesiología de la zona que estuvieron predispuestos a participar, de los cuales se decidió mantener su confidencialidad, en el periodo comprendido entre el tres de septiembre del año 2024 y el dieciocho de octubre del año 2024.

Se utilizó una muestra  $n = 37$ , la cual es no probabilística por conveniencia, considerando los siguientes criterios:

### ***Criterios de Inclusión***

- Personas mayores de 18 años.
- Pacientes con capacidad autónoma para responder las escalas
- Pacientes que presenten dolor musculoesquelético, que los haya derivado y acudan a un centro de rehabilitación física o consultorio de kinesiología.
- Pacientes que llevan al menos tres sesiones consecutivas realizadas.

### ***Criterios de Exclusión***

- Pacientes con presencia de trastornos neurológicos, como la demencia, que no les permita cuantificar su dolor o estado de ánimo.
- Pacientes que no sean consistentes con sus sesiones de rehabilitación, ya que los cambios no podrían relacionarse con el vínculo terapéutico.
- Pacientes que presenten barreras lingüísticas a la hora de entender y expresar sus emociones.
- Pacientes que estén bajo un tratamiento analgésico fuerte, ya sea por una intervención quirúrgica reciente, lo que dificultaría la evaluación de su dolor.

### **Materiales**

Para este trabajo se utilizó:

- Criterios de selección del paciente
- Escala Visual Numérica
- Escala de Valoración del Estado de Animo
- Working Alliance Inventory Short Version – Patient’s From Argentina (WAI-SR-A)
- Software SPSS 23
- Herramienta de Microsoft Excel 2024

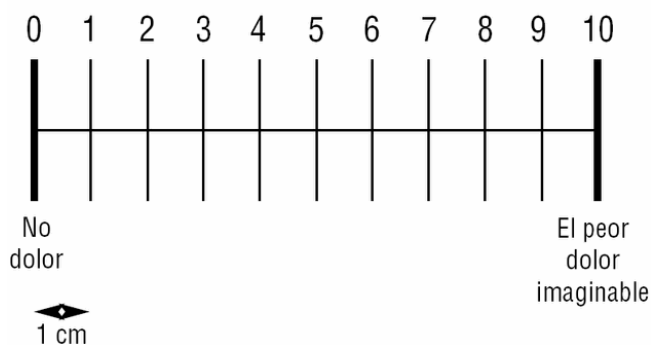
## Escala Visual Numérica

La escala visual analógica (EVA) es un instrumento validado para la estimación del dolor, que se emplea de manera autoadministrada para que la persona evaluada pueda describir de manera cuantificada su percepción de dolor al momento de la prueba. Fue ideada por Scott Huskinson., (1976), y consiste en una línea de 10 cm de longitud, donde en un extremo están las palabras “no dolor”, y en el otro el “peor dolor imaginable”; la puntuación de la intensidad del dolor se lleva a cabo marcando un punto en la línea.

En la respectiva investigación se empleó la Escala Visual Numérica (EVN), la cual asigna números a la EVA, con el fin de facilitar la comunicación entre el paciente y los profesionales de la salud. Por ello mismo, la EVN no se atribuye a un único autor en específico, ya que su origen radica en la necesidad de cuantificar subjetivamente el dolor de forma simple y comprensible, debido que, al usar números, los pacientes pueden ser más precisos en sus respuestas que con una línea sin marcas. Dicho instrumento puede visualizarse en la Figura 1.

### Figura 1

#### *Escala Visual Numérica*



*Nota: Graduación del dolor: de 1 a 3 dolor leve-moderado, de 4 a 6 dolor moderado-grave y más de 6 dolor muy intenso.*

### **Escala de Valoración del Estado de Ánimo**

La Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA), creada por Sanz (2001), es una escala formada por diferentes adjetivos que valoran cuatro estados de ánimo generales, a saber, depresión/tristeza, ansiedad, hostilidad/ira y alegría. Es una escala de carácter situacional, elaborada para detectar los cambios que se puedan operar en esos estados producto de cambios ambientales y contextuales.

EVEA consiste en 16 ítems, por lo que puede aplicarse en menos de dos minutos, cada uno compuesto por una escala tipo Likert de 11 puntos (de 0 a 10) que presenta en su margen izquierdo una corta afirmación que describe un estado de ánimo. Las 16 frases tienen la misma construcción; todas empiezan con las palabras “me siento” y continúan con un adjetivo que representa un estado de ánimo. Cada estado uno viene representado por cuatro ítems con diferentes adjetivos, los cuales definen una subescala (Pino., et al. 2010).

Para obtener la puntuación de una persona en cada uno de los estados de ánimo que evalúa la EVEA, basta con sumar las valoraciones en los cuatro adjetivos correspondientes a cada subescala y dividir la suma por 4. De esta manera, se obtienen cuatro puntuaciones entre 0 y 10 que reflejan los estados de ansiedad (ítem 1, 5, 9, 13), alegría (ítem 3, 6, 12, 15), tristeza (ítem 4, 7, 10, 16) e ira (ítem 2, 8, 11, 14) del sujeto en ese momento. Los autores recomiendan que en EVEA, se analicen los puntajes específicos de cada subescala para obtener un análisis detallado de cada emoción principalmente, sin ser necesario el análisis del total de esta (Pino., et al. 2010). Dicho instrumento puede visualizarse en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Escala de Valoración del Estado de Ánimo*

	Afirmación	Nada										Mucho
1	Me siento nervioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Me siento irritado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Me siento alegre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Me siento melancólico	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Me siento tenso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Me siento optimista	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	Me siento alicaído	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	Me siento enojado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	Me siento ansioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	Me siento apagado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	Me siento molesto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	Me siento tranquilo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13	Me siento intranquilo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	Me siento enfadado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	Me siento jovial	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	Me siento triste	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*Nota: Jesús Sanz, 2001. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid*

**Working Alliance Inventory - Short (WAI-S)**

De acuerdo con Sergi Corbella el Working Alliance Inventory (Horvath y Greenberg., 1986) se basa en la formulación teórica desarrollada por Bordin (1979) a partir del constructo de la alianza terapéutica.

Dadas las características psicométricas del WAI, Tracey y Kokotovic (1989) se plantearon la eliminación de algunos reactivos para conseguir un instrumento de pocos reactivos que facilitara su uso en ámbitos clínicos y que tuviera una estructura factorial adecuada. El resultado del trabajo de ambos autores fue el “WAI short” (WAI-S).

El WAI-S mantiene las tres subescalas del WAI y está formado por 12 reactivos a responder en una escala Likert de 7 puntos donde la polaridad inferior es “nunca” y la superior es “siempre” (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = ocasionalmente, 4 = a veces, 5 = con frecuencia, 6 =

con mucha frecuencia, 7 = siempre). Cada subescala (acuerdo en los objetivos, acuerdo en las tareas y vínculo emocional) está evaluada por 4 reactivos. De este modo, la puntuación total del WAI-S puede fluctuar de 12 a 84 puntos.

Por otro lado, al aplicar esta escala se decidió utilizar la adaptación Argentina, el Working Alliance Inventory, Short Version – Patient’s Form Argentina (WAI-SR-A), a partir de la revisión de las propiedades psicométricas de la misma realizado por Gómez., et al., (2015). Donde los autores, a partir de los resultados, afirman que dicho instrumento es valioso para la exploración, desde la perspectiva del paciente, de los niveles de alianza terapéutica durante procesos terapéuticos de diferentes marcos teóricos, donde por la cantidad de ítems, permite una exploración sencilla, pero a su vez exhaustiva de este constructo y sus elementos principales. Dicho instrumento puede visualizarse en la Tabla 2.

**Tabla 2***Working Alliance Inventory, Short Version – Patient's Form Argentina*

	Ítems	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
1	Siento que mi terapeuta me aprecia	1	2	3	4	5	6	7
2	Estamos de acuerdo acerca de lo que es importante que yo trabaje en mi terapia	1	2	3	4	5	6	7
3	Lo que hacemos en la terapia me brinda nuevas maneras de mirar mi problema	1	2	3	4	5	6	7
4	Creo que le agrado a mi terapeuta	1	2	3	4	5	6	7
5	Mi terapeuta no entiende lo que estoy tratando de lograr en mi terapia	1	2	3	4	5	6	7
6	Confío en la habilidad de mi terapeuta para ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
7	Mi terapeuta y yo estamos trabajando para lograr objetivos mutuamente acordados	1	2	3	4	5	6	7
8	Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo sobre las cosas que necesito hacer para ayudarme a mejorar mi situación	1	2	3	4	5	6	7
9	Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro	1	2	3	4	5	6	7
10	Hemos llegado a un buen entendimiento del tipo de cambios que serían buenos para mí	1	2	3	4	5	6	7
11	Mi terapeuta y yo parecemos tener ideas diferentes acerca de cuáles son mis problemas	1	2	3	4	5	6	7
12	Creo que la manera en que estamos trabajando mi problema es correcta	1	2	3	4	5	6	7

*Nota: Gómez Penedo., et al (2015).*

## **Protocolo de evaluación**

Para comenzar se hizo la selección de los pacientes según los criterios de inclusión y exclusión, una vez hecha la selección se empezó con el proceso de evaluación. La valoración de los participantes se llevó a cabo en tres fases: pre-sesión, durante la sesión de kinesiología y post-sesión. Los recursos empleados comprenden la escala visual numérica del dolor, la escala de evaluación del estado emocional, y el Working Alliance Inventory Short Version – Patient's Form Argentina (WAI-SR-A) para evaluar la calidad de la relación terapéutica.

### *Pre-sesion:*

1. EVN: Los pacientes evaluaron su nivel de dolor en la respectiva escala
2. EVEA: Luego se utilizó dicha escala para medir las cuatro dimensiones del estado de ánimo (ansiedad, tristeza, ira, alegría), para sumar las puntuaciones de cada subescala.

### *Durante la sesión:*

WAI-SR-A: Se utilizó el cuestionario para evaluar la relación terapéutica entre el paciente y el kinesiólogo; y luego la sesión se centró en la intervención clínica habitual del profesional a cargo.

### *Post-sesión:*

1. EVN: Al finalizar la sesión, los pacientes volvieron a evaluar su dolor con la misma escala.
2. EVEA: Se repitió la medición de las subescalas del estado de ánimo con las mismas afirmaciones de la fase pre-sesión.

Estas herramientas se administraron a través de Google Forms para facilitar la recolección y análisis de datos.

La recopilación de información tuvo lugar en un día establecido con antelación junto a los especialistas de cada lugar al que se acudió, y tal como se mencionó con anterioridad, de los cuales se optó por preservar su privacidad. El examen fue dirigido y aprobado por Mamud Lucas, licenciado en Kinesiología y Fisioterapia. Los resultados de la evaluación y las respuestas al cuestionario se cargan al programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para su futuro análisis.

## **Resultados**

En esta sección, se muestran los hallazgos derivados del estudio de las variables analizadas, con la finalidad de examinar las variaciones en el dolor y las subescalas del estado de ánimo (ansiedad, tristeza, ira y alegría) previo y posterior a la sesión de kinesiología, comparando estos resultados en función de la calidad de la relación entre el paciente y su kinesiólogo.

Los datos obtenidos en ambas mediciones, pre-sesión y post-sesión fueron recopilados en Microsoft Excel 2024 donde se realizó un análisis estadístico descriptivo. Para el análisis de probabilidad y correlación se utilizó el Software SPSS 23. En este proceso, se calcularon media, desviación estándar, mediana, mínima, máxima de los datos obtenidos de cada paciente.

Los hallazgos proporcionan una perspectiva detallada de cómo cada una de estas variables se comporta con el paso del tiempo y su posible relación con la percepción del vínculo terapéutico por parte de los pacientes.

### **Análisis de la Alianza Terapéutica**

En este caso, se utilizó el WAI-SR-A. Los valores obtenidos, en relación con la media de 69.94, sugieren un puntaje promedio moderado-alto en la percepción de la alianza terapéutica, ya que se acerca al valor máximo de 84 puntos. En contraste, la SD de 17.83, es considerablemente alta, lo que significa que existe una variación importante en la percepción de la calidad de la relación terapéutica entre los pacientes (ver Tabla 3).

Entonces, estos valores indican que, en promedio, los pacientes tienen una buena percepción de la relación terapéutica, aunque esta es muy variable dentro de la muestra.

Dado que esta escala no tiene puntos de cohorte predefinidos, se realizó una división de pacientes en grupos basados en los resultados obtenidos. Para ello, se utilizó la media y la desviación estándar de los puntajes del WAI-SR-A para así definir las categorías:

- Buena relación: puntajes por encima de la media +1 desviación estándar (SD).
- Relación regular: puntajes cercanos a la media ( $\text{media} \pm \text{SD}$ ).
- Mala relación: puntajes por debajo de la media - 1 desviación estándar.

A partir de esto, el puntaje para una buena relación excede el puntaje máximo posible que puede obtener el paciente en el WAI-SR-A cuyo valor es de 84. Debido a ello, se decidió ajustar el límite superior al puntaje máximo, entonces, el grupo de buena relación terapéutica incluyó a todos los pacientes con puntaje de 84, mientras que el grupo de relación regular incluye los puntajes entre 57.25-83 y por último el grupo de mala relación puntajes menores a 57.25 (ver Tabla 4).

Por lo tanto, en base al grupo de relación se obtuvo una muestra de 15 pacientes con buena relación, 13 con una relación regular y 9 con una mala relación (ver Tabla 4) y (ver Anexo 1).

### **Tabla 3**

*Media y desviación estándar del total de los valores obtenidos.*

<b>Total de Pacientes</b>	<b>Media</b>	<b>SD</b>
37	69.94	17.83

*Nota: Elaboración propia*

**Tabla 4 Parte A**

*Puntajes obtenidos en cada subescala y totales, ordenados según la calidad de la relación terapéutica.*

<b>Buena Relación Terapéutica: puntajes mayores o iguales a 84</b>				
<b>Número de paciente</b>	<b>Vínculo</b>	<b>Tareas</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Total</b>
4	7	7	7	84
6	7	7	7	84
7	7	7	7	84
8	7	7	7	84
12	7	7	7	84
13	7	7	7	84
16	7	7	7	84
24	7	7	7	84
25	7	7	7	84
27	7	7	7	84
28	7	7	7	84
30	7	7	7	84
31	7	7	7	84
35	7	7	7	84
36	7	7	7	84
<b>Relación Regular: puntajes entre 57.25-83</b>				
<b>Número de paciente</b>	<b>Vínculo</b>	<b>Tareas</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Total</b>
1	6,25	6,5	6	75
2	5,75	5,5	5,75	67
3	6	5,75	6	71
5	5,5	7	7	78
9	5,25	5	5,25	61
10	5,5	5,75	6,25	70
14	5,75	7	6,5	77
15	6,5	6,75	7	81
17	6,75	7	6,75	82
20	6,75	7	6,75	82
22	5,25	5	5	61
23	5,75	4,75	5,25	63
32	6,75	6,75	6,75	81

*Nota: Elaboración propia*

**Tabla 4 Parte B**

*Puntajes obtenidos en cada subescala y totales, ordenados según la calidad de la relación terapéutica.*

<b>Mala Relación Terapéutica: puntajes menores a 57.25</b>				
<b>Número de paciente</b>	<b>Vínculo</b>	<b>Tareas</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Total</b>
11	3,5	5	4,75	53
18	3,25	3,5	3	39
19	4,25	3,25	2,75	41
21	5	3,75	5	55
26	3	2,25	3	33
29	2,5	2,5	3	32
33	4	5,5	3,25	51
34	4	3,25	3	41
37	3,5	2,5	2,5	34

*Nota: Elaboración propia*

#### **Percepción dolorosa de los pacientes evaluados previo a la sesión de kinesiología**

La media de los resultados obtenidos en la evaluación del dolor, para el grupo de buena relación fue de 6.07, para el de relación regular 6.54 y para el de mala relación 7.11. Lo que indica que los pacientes del grupo de buena relación presentan el puntaje más bajo entre los grupos, pero el grupo de mala relación presenta el valor más alto (ver Tabla 4).

Con relación a la desviación estándar se puede observar que, para el grupo de buena relación fue de 2.25 lo que sugiere que dentro de este grupo los puntajes de dolor individuales muestran una variabilidad baja-moderada en comparación con los demás. Para el de relación regular la SD fue 1.56 lo que indica una variabilidad menor, dado a que los puntajes de dolor están menos dispersos alrededor de la media. Por último, el grupo de mala relación presenta una SD de 1.53 presentando el valor más bajo entre los tres grupos, indicando que los pacientes

tienden a experimentar niveles de dolor que son más consistentes entre ellos (ver Tabla 4) y (Anexo 2).

En adición a ello, la mediana pre-sesión para los tres grupos (buena, regular y mala relación) es de 7, lo que indica que, antes de la sesión, todos los grupos de pacientes reportaron un nivel de dolor similar en el punto medio de sus respuestas (ver Tabla 4) y (Anexo 2).

Finalmente, los resultados totales de la escala EVN en la evaluación pre-sesión mostraron una media general de 6.48, con un puntaje mínimo de 2 en dos de los pacientes y puntajes máximos de 9 en el 10,8% de los pacientes. La amplitud, definida como la diferencia entre el valor máximo y el mínimo, fue de 7, lo que sugiere que las experiencias dolorosas de los pacientes son variables y no están concentradas en un rango estrecho. Por último, la desviación estándar general de 1.86 señala que la mayoría de los puntajes de dolor están cercanos a la media (ver Tabla 5).

### **Percepción dolorosa de los pacientes evaluados posterior a la sesión de kinesiología**

La media de los resultados obtenidos post-sesión en la evaluación del dolor, para el grupo de buena relación fue de 2.80, para el de relación regular 3.31 y para el de mala relación 6.11. Lo refleja una reducción significativa, menos en el grupo de mala relación que muestra una reducción leve desde el valor inicial (ver Tabla 4).

Con relación a la desviación estándar se puede observar que, para el grupo de buena relación fue de 2.30 lo que sugiere que la variabilidad aumentó levemente. Para el de relación regular la SD fue 1.54, por lo que la variabilidad indica una dispersión menor en las respuestas. Por último, el grupo de mala relación presenta una SD de 1.96, por lo que este valor señala que los pacientes tienen niveles de dolor más consistentes (ver Tabla 5) y (Anexo 2).

Después de la sesión, la mediana del dolor en el grupo de buena relación disminuye notablemente a 2, y en el grupo de relación regular es de 3, lo que también indica una reducción en el mismo. Pero en el grupo de mala relación, la mediana es de 7, el mismo valor que pre-sesión, lo que indica que no hubo cambio significativo (ver Tabla 5) y (Anexo 2).

Finalmente, los resultados totales de la escala EVN en la evaluación post-sesión mostraron una media general de 3.78, con un puntaje mínimo de 0 en dos de los pacientes y puntajes máximos de 8 en el 8,1% de los pacientes. La amplitud, fue de 8, lo que señala una gran dispersión en los niveles de dolor post-sesión entre los pacientes, por lo tanto, no fue homogéneo en toda la muestra. Por último, la desviación estándar general de 2.35 indica una dispersión moderada-alta alrededor de la media, lo cual señala una variabilidad significativa (ver Tabla 6).

**Tabla 5**

*Media, Desviación Estándar y Mediana del Dolor Pre y Post Sesión*

	<b>Grupo de relación</b>	<b>Media</b>	<b>SD</b>	<b>Mediana</b>
<b>Dolor Pre</b>	Buena	6,07	2,25	7
	Mala	7,11	1,53	7
	Regular	6,54	1,56	7
<b>Dolor Post</b>	Buena	2,80	2,30	2
	Mala	6,11	1,96	7
	Regular	3,31	1,54	3

*Nota: elaboración propia*

**Tabla 6**

*Resultados generales de la EVN*

<b>Variable</b>	<b>Media</b>	<b>SD</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>
<b>Dolor Pre-sesion</b>	6.48	1.86	2	9
<b>Dolor Post-sesion</b>	3.78	2.35	0	8

*Nota: elaboración propia*

### **Análisis de correlación utilizando el Software SPSS 23:**

#### **Análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas para comparar los cambios en el dolor pre-sesión y post-sesión en base a los grupos de relación.**

Se realizó con el objetivo de ver si existen diferencias significativas en los cambios de dolor en función de la calidad de la relación terapéutica. Los valores de significancia en la tabla pruebas de efectos intra-sujeto, reflejan que el efecto principal del tiempo (pre y post sesión) en el nivel de dolor de los pacientes, dio como resultado un valor de  $p = 0.001$  este valor de significancia indica que hay una diferencia significativa en los niveles de dolor entre los momentos pre y post sesión (ver Tabla 7).

Sumado a ello, la interacción entre el cambio en el dolor y los grupos de relación terapéutica (buena, regular o mala) otorgados por el WAI-SR-A dio un valor de  $p = 0,047$ , este valor de significancia ( $p < 0.05$ ) señala que la relación terapéutica influye significativamente en el cambio del dolor, pero de forma moderada (ver Tabla 7).

#### **Tabla 7**

##### *Pruebas Intra-Sujeto del Dolor*

<b>Origen</b>		<b>p-value</b>
<b>Dolor</b>	Esfericidad Asumida	< ,001
<b>Dolor*Grupo Relación</b>	Esfericidad Asumida	0,047

*Nota: elaboración propia*

#### **Tabla de Pearson, correlación entre los grupos de relación y los cambios en el dolor percibido:**

La tabla de Pearson (ver Tabla 8) entre el dolor y los grupos de relación, se realiza con el objetivo de medir qué tan fuerte es la relación entre los puntajes del WAI-SR-A y los valores de dolor en el pre y post-sesión. A partir de los valores obtenidos, se restaron los de dolor pre sesión con los de post sesión para obtener la variable “Cambio en el dolor” dando un valor de  $r = 0.410$

indicando de esta manera que, a medida que la calidad de la relación entre el kinesiólogo y el paciente mejora, hay una tendencia a una mayor reducción en la percepción de dolor después de la sesión. Sin embargo, esta correlación no es tan alta como para ser considerada fuerte.

**Tabla 8**

*Tabla de Pearson correlación entre los grupos de relación y los cambios en el dolor percibido.*

<b>Correlaciones</b>			
		<b>GrupoRelación</b>	<b>CambioDolor</b>
<b>GrupoRelación</b>	Correlación de Pearson	1	,410
	Sig.		0,12
<b>CambioDolor</b>	Correlación de Pearson	,410	1
	Sig.	0,12	

*Nota: elaboración propia*

### **Estado de ánimo de los pacientes previo a la sesión de kinesiología**

La media de los resultados obtenidos analizado según el grupo de relación en cada uno de los cuatro constructos del estado de ánimo previo a la sesión fue:

Dentro del constructo de ansiedad, para el grupo de buena relación la media fue de 2.75, para el de relación regular 3.27 y para el de mala relación 5.92. Destacando que en el grupo de mala relación se muestran los niveles más altos de ansiedad (ver Tabla 9).

Con relación a la desviación estándar se puede observar que, para el grupo de buena relación fue de 3.03 el cual es el valor más alto y sugiere que, en este grupo, aunque la media de ansiedad es baja, existe una mayor variabilidad de respuesta entre los pacientes. Para el de relación regular la SD fue 2.59, este valor moderado indica una dispersión algo menor que en el grupo anterior. Por último, el grupo de mala relación presenta una SD de 1.70, lo cual sugiere una menor variabilidad con relación a la media (ver Tabla 9) y (ver Anexo3).

En adición a ello, la mediana en este constructo para los pacientes con una buena relación terapéutica es muy baja, con un valor de 0.25, para el grupo con una relación regular es de 2.62, lo que indica un nivel de ansiedad inicial moderado y para los del grupo de mala relación terapéutica, la mediana de ansiedad es significativamente más alta, con un valor de 4.62 (ver Tabla 9) y (ver Anexo3).

Finalmente, los resultados totales del constructo de ansiedad de la escala EVEA en la evaluación pre-sesión mostraron una media general de 2.89 por lo que, en promedio, los pacientes experimentan un nivel bajo a moderado de ansiedad antes de iniciar la sesión de kinesiología. Por último, la desviación estándar general de 2.91 indica una dispersión alta alrededor de la media, lo cual sugiere una variabilidad considerable entre los pacientes (ver Tabla 10).

A continuación, dentro del constructo de tristeza, para el grupo de buena relación la media fue de 2.35, para el de relación regular 2.54 y para el de mala relación de 3.94. Lo que indica que los pacientes con una buena relación terapéutica tienen niveles más bajos de tristeza en comparación con los demás (ver Tabla 9).

Con relación a la desviación estándar se puede observar que, para el grupo de buena relación fue de 2.72 y para el de relación regular la SD fue 2.74, estos valores similares indican que existe una variabilidad considerable en los niveles de tristeza entre los pacientes. Por último, el grupo de mala relación presenta una SD de 1.82, señalando que los niveles de tristeza son más consistentes entre los pacientes de este grupo, presentando cierta homogeneidad (ver Tabla 9) y (ver Anexo 4).

Sumado a ello, la mediana de tristeza en el grupo de buena relación es muy baja de 0.5, mientras que para el de relación regular es de 0.75 siendo un poco mayor que el anterior, pero

sigue siendo baja. En comparación a ello el grupo de mala relación presenta una mediana de 4, significativamente mayor que en los demás grupos (ver Tabla 9) y (ver Anexo 4).

Finalmente, los resultados totales del constructo de tristeza de la escala EVEA en la evaluación pre-sesión mostraron una media general de 2.04 y una desviación estándar de 2.30 indicando una alta dispersión alrededor de la media (ver Tabla 10).

Por otra parte, dentro del constructo de ira, para el grupo de buena relación la media fue de 0.57, para el de relación regular 2.50 y para el de mala relación de 4.11. Lo que señala que el grupo de mala relación obtuvo la media significativamente más alta (ver Tabla 9).

Con relación a la desviación estándar se puede observar que, para el grupo de buena relación fue de 0.91 y en el grupo de relación regular fue de 2.88, que indica en ambos una variabilidad alta en el nivel de ira entre los pacientes. Mientras que, en el grupo de mala relación la SD de 2.91, señala una variabilidad moderada alrededor de la media (ver Tabla 9) y (ver Anexo 5).

Además, la mediana en el grupo de buena relación y en el de relación regular fue de 0 lo que indica que los pacientes de ambos grupos experimentan niveles mínimos o nulos de ira. Pero en el grupo de mala relación la mediana fue de 1, mayor que en los anteriores, pero aun así es relativamente baja (ver Tabla 9) y (ver Anexo 5).

Finalmente, los resultados generales del constructo de ira de la escala EVEA en la evaluación pre-sesión mostraron una media general de 1.11 y la desviación estándar es de 1.99. Esta media sugiere que, en promedio, los pacientes comenzaron la sesión con niveles bajos de ira, pero en relación con ello la SD es notablemente alta, lo que indica que existen variaciones importantes entre los pacientes (ver Tabla 10).

Así pues, se encuentra el último constructo, la alegría, donde para el grupo de buena relación se obtuvo un valor de media de 5.22, para el grupo de relación regular fue de 4.75, y, por último, el grupo de mala relación tuvo una media de 2.44. Esto refleja que los pacientes que indican una buena relación terapéutica con su kinesiólogo experimentan un promedio relativamente alto (ver Tabla 9).

Con relación a la desviación estándar se puede observar que, para el grupo de buena relación fue de 2.76, para el de relación regular fue 2.55, y el grupo de mala relación presenta una SD de 1.49 (ver Tabla 9) y (ver Anexo 6).

Con respecto al constructo de alegría, la mediana en el grupo de buena relación es alta con un valor de 7, mientras que en el grupo de relación regular es de 4 indicando un nivel intermedio en dicho grupo. Sin embargo, en el grupo de mala relación es significativamente más baja en comparación a los demás, obteniendo un valor de 2 (ver Tabla 9) y (ver Anexo 6).

Finalmente, los resultados totales del constructo de alegría de la escala EVEA en la evaluación pre-sesión mostraron una media general de 4.43 por lo que, en promedio, los pacientes tenían un nivel moderado de alegría. Por último, la desviación estándar general de 2.62 sugiere una variabilidad moderada en los niveles de este constructo entre los pacientes (ver Tabla 10).

### **Estado de ánimo de los pacientes posterior a la sesión de kinesiología**

Dentro del constructo de ansiedad, después de la sesión, los niveles disminuyen considerablemente en los grupos de buena y regular relación, con medias de 0.75 y 1.38, respectivamente. Sin embargo, en el grupo de mala relación, la ansiedad sigue siendo alta con una media de 5.53 (ver Tabla 9).

Con relación a la desviación estándar se puede observar que, para el grupo de buena relación fue de 0.76, lo que sugiere que existe una mayor variabilidad de respuesta entre los pacientes. Para el de relación regular la SD fue 1.13, pero el grupo de mala relación presenta una SD de 2.4, lo cual sugiere una menor variabilidad (ver Tabla 9) y (ver Anexo3).

En adición a ello, la mediana en el post sesión de este constructo disminuyo a 0 para el grupo de buena relación y para el de relación regular bajo a 2. Mientras que, en el grupo de mala relación, la mediana es de 5, mostrando un leve aumento en comparación con la mediana pre-sesión (ver Tabla 9) y (ver Anexo3).

Finalmente, los resultados totales del constructo de ansiedad de la escala EVEA en la evaluación post-sesión mostraron una media general de 1.66 por lo que, en promedio, los pacientes experimentan un nivel más bajo de ansiedad. Por último, la desviación estándar general de 2.19 indica una dispersión alta alrededor de la media (ver Tabla 10).

A continuación, dentro del constructo de tristeza, en comparación a los valores de pre-sesión, estos disminuyen notablemente en los grupos de buena y regular relación, con medias de 0.58 y 0.46, respectivamente, mientras que en el grupo de mala relación la disminución es menos marcada con una media de 3.56. (ver Tabla 9).

Con relación a la desviación estándar se puede observar que, para el grupo de buena relación fue de 0.83, y para el de relación regular la SD fue 0.57, estos valores indican que existe una variabilidad alta en los niveles de tristeza entre los pacientes. Por último, el grupo de mala relación presenta una SD de 2.31 por lo que la variabilidad sigue siendo menor en dicho grupo (ver Tabla 9) y (ver Anexo 4).

Sumado a ello, la mediana tanto en el grupo de buena relación como en el de relación regular es igual a 0. Por otro lado, para los pacientes con mala relación obtuvieron una mediana de 3.25, lo que muestra una ligera disminución (ver Tabla 9) y (ver Anexo 4).

Finalmente, los resultados totales del constructo de tristeza de la escala EVEA en la evaluación post-sesión mostraron una media general de 0.57, reflejando una disminución considerable del promedio y una desviación estándar de 1.18 indicando una alta dispersión alrededor de la media (ver Tabla 10).

Por otra parte, dentro del constructo de ira, la media disminuye drásticamente en los grupos de buena y regular relación con un valor de 0.1 y 0.88, respectivamente. Pero en el grupo de mala relación se logra observar un aumento leve de la media la cual es de 4.47 (ver Tabla 9).

Con respecto a la desviación estándar se puede observar que, para el grupo de buena relación fue de 0.38 y para el de relación regular la SD es de 1.39, indicando de esta forma una alta variabilidad según la media de cada grupo. Sin embargo, en el grupo de mala relación la SD de 2.87, indica una variabilidad moderada (ver Tabla 9) y (ver Anexo 5).

Además, en relación con la mediana, el grupo de buena relación y en el de relación regular permanece en 0, mientras que en el grupo de mala relación la mediana aumenta a un valor de 2 post-sesión (ver Tabla 9) y (ver Anexo 5).

Finalmente, los resultados generales del constructo de ira de la escala EVEA en la evaluación post-sesión mostraron una media general de 0.44 y la desviación estándar es de 1.44. Esta media sugiere que, en promedio, los pacientes finalizaron la sesión con niveles más bajos de ira, pero en relación con ello la SD es notablemente alta, lo que indica que existen variaciones importantes entre los pacientes (ver Tabla 10).

Así pues, se encuentra el último constructo, la alegría, donde se observa un aumento significativo de la media en los grupos de buena y regular relación, alcanzando valores de 7.87 y 6.29, respectivamente. A pesar de ello, el grupo de mala relación muestra una media más baja de 2.06 (ver Tabla 9).

Con respecto a la desviación estándar se puede observar que, para el grupo de buena relación fue de 0.98, para el de relación regular fue 2.2, y el grupo de mala relación presenta una SD de 1.36. La menor desviación estándar en el grupo de buena relación indica una menor dispersión en los niveles de alegría en comparación con los otros grupos (ver Tabla 9) y (ver Anexo 6).

En adición, la mediana aumenta a 8.5 para el grupo de buena relación y también para el de relación regular que obtiene un valor de 6. En contraste a ello, el grupo de mala relación obtuvo una mediana de 1.5 por lo que disminuyó aún más (ver Tabla 9) y (ver Anexo 6).

Finalmente, los resultados totales del constructo de alegría de la escala EVEA en la evaluación post-sesión mostraron una media general de 6.27 por lo que, en promedio, los pacientes obtuvieron un mayor nivel de alegría. Por último, la desviación estándar general de 2.96 sugiere una variabilidad baja-moderada en los niveles de este constructo (ver Tabla 10).

**Tabla 9**

*Medias, desviaciones estándar y medianas, según grupo de relación, de los cuatro constructos*

*de EVEA pre-sesión y post-sesión*

	<b>Grupo de Relación</b>	<b>Media</b>	<b>SD</b>	<b>Mediana</b>
<b>Ansiedad Pre</b>	Buena	2.75	3.03	0.25
	Mala	5.92	1.70	4.62
	Regular	3.27	2.59	2.62
<b>Ansiedad Post</b>	Buena	0.75	0.76	0
	Mala	5.53	2.4	5
	Regular	1.38	1.13	2
<b>Tristeza Pre</b>	Buena	2.35	2.72	0.5
	Mala	3.94	1.82	4
	Regular	2.54	2.74	0.75
<b>Tristeza Post</b>	Buena	0.58	0.83	0
	Mala	3.56	2.31	3.25
	Regular	0.46	0.57	0
<b>Ira Pre</b>	Buena	0.57	0.91	0
	Mala	4.11	2.91	1
	Regular	2.50	2.88	0
<b>Ira Post</b>	Buena	0.10	0.38	0
	Mala	4.47	2.87	2
	Regular	0.88	1.39	0
<b>Alegría Pre</b>	Buena	5,22	2,76	7
	Mala	2,44	1,49	2
	Regular	4,75	2,55	4
<b>Alegría Post</b>	Buena	7,87	0,98	8.5
	Mala	2,06	1,36	1.5
	Regular	6,29	2,20	6

*Nota: elaboración propia*

**Tabla 10**

*Medias y desviaciones estándar general de los cuatro constructos de EVEA pre-sesión y post-sesión*

<b>Subescala</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Media General</b>	<b>SD General</b>
<b>Ansiedad</b>	Pre-sesión	2.89	2.91
	Post-sesión	1.66	2.19
<b>Tristeza</b>	Pre-sesión	2.04	2.30
	Post-sesión	0.57	1.18
<b>Ira</b>	Pre-sesión	1.11	1.99
	Post-sesión	0.44	1.44
<b>Alegría</b>	Pre-sesión	4.43	2.62
	Post-sesión	6.27	2.96

*Nota: elaboración propia*

**Análisis de correlación utilizando el Software SPSS 23:**

**Análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas para comparar los cambios en el constructo de ansiedad pre-sesión y post-sesión en base a los grupos de relación.**

Se realizó con el objetivo de ver si existen diferencias significativas en los cambios del estado de ánimo en función de la calidad de la relación terapéutica, en los cuatro constructos de la EVEA.

Los valores de significancia en la tabla pruebas de efectos intra-sujeto, reflejan que el efecto principal del tiempo (pre y post sesión) en el nivel de ansiedad de los pacientes, dio como resultado un valor de  $p < ,001$  este valor de significancia indica que los niveles de ansiedad han cambiado significativamente antes y después de la sesión (ver Tabla 11).

Sumado a ello, la interacción entre el cambio en la ansiedad y los grupos de relación terapéutica (buena, regular o mala) dio un valor de  $p = 0,21$  un valor mayor a 0,05, es decir que la relación terapéutica no parece afectar de manera significativa cómo cambian los niveles de ansiedad (ver Tabla 11).

Por otra parte, los valores de significancia en la tabla pruebas de efectos intra-sujeto, reflejan que el efecto principal del tiempo (pre y post sesión) en el nivel de tristeza dio como resultado un valor de  $p = < ,001$  este valor de significancia indica que los niveles de tristeza han cambiado significativamente antes y después de la sesión (ver Tabla 11).

Además, en la interacción entre el cambio en la tristeza y los grupos de relación terapéutica dio un valor de  $p = 0,194$  un valor mayor a  $0,05$ , es decir que la relación terapéutica no parece afectar de manera significativa (ver Tabla 11).

A continuación, los resultados obtenidos en la tabla de pruebas intra-sujetos para el constructo ira, se obtiene un valor de  $p = 0,048$  lo que demuestra que existe un efecto significativo del tiempo entre las mediciones pre y post sesión de kinesiología. En adición a ello en la interacción entre el cambio en la ira y los grupos de relación terapéutica obtuvo un valor de  $p = 0,029$  lo que evidencia un efecto significativo de la interacción entre las 2 variables (ver Tabla 11).

Por último, para el constructo de alegría los resultados de la tabla de pruebas intra-sujetos se obtiene un valor de  $p = < ,001$  indicando que los pacientes demostraron una variación estadísticamente significativa en el tiempo.

Finalmente, en la interacción entre el cambio en la alegría y los grupos de relación terapéutica el valor fue de  $p = 0,004$  reflejando que la calidad de la relación influye de forma significativa en los cambios en la alegría.

**Tabla 11**

*Pruebas Intra-Sujeto de los cuatro constructos de EVEA.*

<b>Origen</b>		<b>P-value</b>
<b>Ansiedad</b>	Esfericidad Asumida	< ,001
<b>Ansiedad*Grupo Relación</b>	Esfericidad Asumida	0.21
<b>Tristeza</b>	Esfericidad Asumida	< ,001
<b>Tristeza*Grupo Relación</b>	Esfericidad Asumida	0,194
<b>Ira</b>	Esfericidad Asumida	0,048
<b>Ira*Grupo Relación</b>	Esfericidad Asumida	0,029
<b>Alegría</b>	Esfericidad Asumida	< ,001
<b>Alegría*Grupo Relación</b>	Esfericidad Asumida	0,004

*Nota: elaboración propia*

## Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo principal analizar la correlación que existe entre la alianza terapéutica, que se establece entre el kinesiólogo y el paciente, y su influencia en los cambios de dolor y estado de ánimo antes y después de la sesión de fisioterapia. A partir del cual se formuló un marco teórico y metodológico que permitió obtener resultados que proporcionan mayor información sobre la temática.

En resumen, el análisis estadístico mostró variaciones significativas en varias dimensiones evaluadas, en particular en la percepción del dolor, donde el análisis de esta variable revela diferencias notables en su reducción tras la sesión, dependiendo de la calidad de la relación terapéutica. Los pacientes con una buen vínculo demostraron una disminución significativa en la intensidad del dolor (de 6,07 antes de la sesión a 2,80 tras la sesión), en contraposición a aquellos con una mala relación (de 7,11 a 6,11).

Además, el ANOVA de medidas repetidas, en la tabla de pruebas intra-sujetos, muestra que el vínculo terapéutico tiene un impacto considerable en la disminución de este, con un valor de  $p = 0,047$  para la relación entre la variación en el dolor y la relación con el terapeuta, lo que significa que este vínculo tiene un impacto en cómo varía el dolor antes y después de la sesión, ya que es estadísticamente significativo.

Esto sugiere que los pacientes que presentan una mejor relación tienden a percibir una mayor reducción en el dolor en comparación con los pacientes que tienen una mala relación. Sumado a ello la Correlación de Pearson entre el dolor y los grupos de relación refleja una correlación positiva moderada, lo que señala, que cuando una de las variables aumenta la otra también tiende a aumentar. Por lo tanto, indicaría que los pacientes con una mejor relación

terapéutica tienden a presentar mayores reducciones en el dolor, pero, no de manera absoluta ya que, la correlación no es lo necesariamente fuerte para ser considerada alta.

A su vez, se notó que la calidad de la relación terapéutica tuvo un impacto significativo en la fluctuación de algunas variables emocionales.

Los hallazgos indican que los grupos que mantienen una relación terapéutica positiva y constante suelen sentir una disminución notable en emociones negativas (ansiedad, tristeza, e ira) y un incremento en la alegría tras la sesión, lo que podría señalar una mayor eficacia de la intervención cuando se mantiene una relación positiva con el profesional.

Por otro lado, el grupo de mala relación muestra una disminución menor en las emociones negativas y solo muestra un leve incremento en la alegría, lo que podría sugerir que la ausencia de una relación terapéutica positiva limita el efecto positivo de la sesión en el estado emocional del paciente.

Las modificaciones en las emociones, como la ansiedad y la tristeza, no demostraron una correlación relevante con la calidad del vínculo terapéutico, es decir que los cambios en los niveles no dependen directamente de la relación que existe entre el paciente y el kinesiólogo. A pesar de ello, los hallazgos del ANOVA de medidas repetidas, en la tabla de pruebas intra-sujetos, para los constructos de alegría ( $p = 0,004$ ) e ira ( $p = 0,029$ ), como se mencionó previamente, se demuestra que la calidad de la relación terapéutica tiene un impacto significativo en estos componentes emocionales.

Por lo tanto, los hallazgos de esta investigación respaldan la noción de que la calidad de la alianza terapéutica tiene un impacto directamente sobre los resultados clínicos de los pacientes, tanto en la disminución del dolor como en la mejora del estado emocional; lo cual se ve relacionado con estudios previos. Un gran ejemplo es el estudio de Malfliet., et al., (2018),

quienes indican que las expectativas de los pacientes en relación con su tratamiento pueden tener un impacto significativo en los resultados clínicos. De esta forma, se demuestra que las expectativas positivas se asociaron con una reducción del dolor más significativa, un hecho que también se evidencia en el 40,5% de los pacientes con una relación terapéutica positiva. Por esta razón, al igual que en la investigación correspondiente, Malfliet., et al., resaltan la importancia de la comunicación y la relación entre el profesional y el paciente para el éxito del tratamiento.

A su vez, de forma similar, Mónaco., et al., (2018) investigaron la perspectiva de los fisioterapeutas acerca de su vínculo con los pacientes, y determinaron que la falta de confianza al manejar aspectos emocionales y relacionales puede influir en la calidad de la rehabilitación. Estos hallazgos concuerdan con los presentados en la presente investigación, ya que el 24,3% de los pacientes que tuvieron una mala relación con su kinesiólogo no consiguieron una disminución notable del dolor y, en ciertas situaciones, su condición emocional empeoró, lo cual indica que una alianza terapéutica deficiente podría representar un obstáculo para la recuperación del paciente.

Por otro lado, en la presente investigación, resalta que un vínculo terapéutico positivo no solo reduce el dolor, sino que también parece reducir patrones adversos, ayudando a los pacientes a tomar una actitud más proactiva y menos evitativa con su tratamiento; lo cual se ve directamente relacionado con la investigación de Linton., et al., (2018), donde sostienen que los patrones psicológicos formados desde la infancia pueden fortalecerse con el transcurso del tiempo, causando que los pacientes desarrollen respuestas rígidas frente al dolor. A su vez, señalan que los fisioterapeutas no solo se encargan de los aspectos físicos de los pacientes, sino también de los emocionales. De esta manera, los resultados respaldan esta perspectiva, dejando

en evidencia que la calidad de la relación terapéutica tiene un impacto significativo en ambas variables.

En adición a ello, investigaciones como la realizada por Długońska., et al., (2024) destacan la relevancia de una fuerte relación interpersonal entre el fisioterapeuta y sus pacientes. De esta manera, en la presente investigación, los pacientes que percibían una relación terapéutica positiva, es decir una buena relación, mostraron mejoras emocionales, como un aumento en la alegría. Así, los hallazgos subrayan la relevancia de que los profesionales de kinesiología establezcan un ambiente de confianza.

Además, en investigaciones recientes, en específico la de los autores Moecke y Camp., (2024) apoyan los resultados al poner en evidencia que el apoyo social y las relaciones terapéuticas son fundamentales para mejorar los resultados en salud, donde argumentan que la motivación interna y la autoeficacia del paciente pueden verse potenciadas por una relación sólida con el terapeuta.

Entonces, los resultados de esta investigación indican que la alianza terapéutica tiene un impacto significativo, notando una reducción considerable del dolor y un aumento en los niveles de emociones positivas. Así pues, estos hallazgos corroboran la teoría de que la calidad de la relación entre el kinesiólogo y el paciente supera la simple comunicación, impactando directamente en el tratamiento y en la respuesta tanto emocional como física del paciente.

Finalmente, los resultados demuestran una tendencia a favor de la hipótesis inicial, la cual postula que un vínculo terapéutico positivo repercute favorablemente tanto en el estado de ánimo como en la experiencia dolorosa del paciente.

## **Conclusión**

Entonces, los resultados de este estudio indican que una relación terapéutica positiva se asocia con una reducción significativa en los niveles de dolor y una mejora en el estado emocional de los pacientes tras la sesión, en comparación con aquellos pacientes que tienen una mala o regular relación terapéutica. Esta tendencia sugiere que el vínculo emocional y de confianza que se establece con el terapeuta puede ser un factor modulador en la experiencia dolorosa y en las emociones del paciente, favoreciendo así la efectividad del tratamiento.

Dichos resultados destacan el papel importante de la empatía, la comunicación y el respeto en el vínculo terapéutico, los cuales generan que el paciente tenga una mejor predisposición, promoviendo un entorno más propicio para el alivio del dolor y la regulación del estado emocional.

Sin embargo, es relevante señalar que, aunque los datos reflejan una asociación entre la alianza terapéutica y los resultados en dolor y estado de ánimo, algunas variables no mostraron diferencias estadísticamente significativas en función de la relación terapéutica, lo cual indica que el vínculo emocional con el kinesiólogo es una de varias influencias en la experiencia del paciente.

Esto sugiere que factores externos, como el método de tratamiento utilizado o las particularidades personales del paciente (edad, sexo, estado socioeconómico, etc.), también tengan un papel significativo en los resultados de la intervención.

En síntesis, este estudio proporciona información de que una fuerte alianza terapéutica puede aportar de manera positiva a la experiencia del paciente en sesiones de kinesiología, subrayando la importancia de promover competencias interpersonales en los kinesiólogos como un componente de su capacitación profesional. Así pues, la colaboración terapéutica no solo

facilita el tratamiento físico, sino que también influye de manera considerable en el bienestar emocional, insinuando que, en general, el dolor y el estado de ánimo pueden ser controlados no solo por los procedimientos clínicos, sino también por la calidad de la relación con el profesional.

### **Aportes y Contribuciones De La Investigación**

Este estudio proporciona una variedad de conceptos fundamentales tanto teóricos como prácticos para el campo de la fisioterapia, particularmente con respecto a la alianza terapéutica (AT) y su impacto en los resultados de los pacientes.

Además, mediante la revisión de estudios previos y datos del presente estudio, se constata que una relación positiva entre el kinesiólogo y el paciente influye positivamente en el estado de ánimo y la percepción del dolor del mismo, lo cual son factores esenciales para lograr resultados efectivos.

En adición a ello, se ha demostrado que es necesario mejorar la comunicación centrada en el paciente en la fisioterapia, ya que el tipo de lenguaje y las expectativas que se envían pueden influir de manera crucial en el resultado del tratamiento.

En resumen, el presente trabajo ofrece una visión completa de la AT en la fisioterapia que también puede mejorar la calidad de atención; esta atención no solo beneficiará a los pacientes sino también a los profesionales que los tratan, creando un entorno de tratamiento más efectivo.

### **Limitaciones De La Investigación**

Es fundamental reconocer las limitaciones del presente trabajo, ya que hay algunos dificultades relacionadas con el enfoque metodológico.

En primer lugar, debido a que la AT es subjetiva, es probable que la forma en que las personas ven y evalúan la relación entre el terapeuta y el paciente cambie significativamente. Por tanto, resulta inviable estandarizar las herramientas para evaluar su influencia en los resultados clínicos.

Por otra parte, es pertinente señalar que el número de pacientes evaluados es un factor que podría impedir la generalización de los hallazgos, dado que un tamaño muestral limitado, como en el presente trabajo, puede afectar la representatividad y la validez de las conclusiones.

En adición a ello, otra limitación significativa es que, pese a contar con evaluaciones Pre-sesión y Post-sesión, no existe un registro detallado de las estrategias de comunicación utilizadas por cada profesional durante la sesión, lo que dificulta comprender qué elementos de la interacción, paciente-terapeuta, podrían haber afectado en las variaciones detectadas en el estado emocional y la percepción de dolor de los pacientes.

Otro aspecto para considerar es que los resultados de este estudio pueden no ser aplicables en otros contextos o grupos de pacientes, ya que no se toman en cuenta factores externos, como las barreras económicas y sociales, los cuales pueden influir negativamente en la capacidad de generar un vínculo terapéutico sólido.

Finalmente, sumado a ello, es relevante destacar que una limitación de este estudio radica en el hecho de que las variables evaluadas, como la alianza terapéutica y el estado emocional, han sido validadas y ampliamente estudiadas en el ámbito de la psicoterapia, lo cual puede restringir su aplicabilidad en otras áreas, como la kinesiología. Esto implica que, si bien los

Evaluación del impacto de la Alianza Terapéutica en la rehabilitación kinésica en la Ciudad de Cipolletti.

resultados obtenidos pueden ser significativos dentro del contexto clínico de la salud física, la validez y aceptación de estas variables en el tratamiento podrían no tener el mismo peso o reconocimiento que en contextos de salud mental.

### **Líneas De Investigación Futuras**

Se pueden desarrollar nuevas líneas de investigación para profundizar en el tema a partir de esta investigación. Se podrían llevar a cabo estudios a largo plazo para descubrir qué factores psicosociales (como el nivel de estrés, la situación socioeconómica o las expectativas) tienen un impacto tanto en la creación como en la consolidación del vínculo terapéutico en un consultorio de fisioterapia.

Por otra parte, se debería de crear y validar herramientas o cuestionarios que permitan medir con precisión la calidad de la AT en el ámbito de la fisioterapia específicamente.

Finalmente, se propone realizar una investigación que tenga un enfoque en el uso de un lenguaje positivo y de apoyo por parte de los fisioterapeutas, y como este puede influir en la reducción de creencias erróneas sobre el dolor y la percepción del paciente sobre su capacidad de recuperación.

### **Propuestas De Intervención**

Se sugiere que los estudiantes de fisioterapia, al ser futuros profesionales dentro de esta carrera, asistan a talleres de comunicación efectiva centrados en habilidades como la escucha activa, la empatía y la validación emocional, debido a la importancia del vínculo terapéutico y cómo la comunicación influye en él.

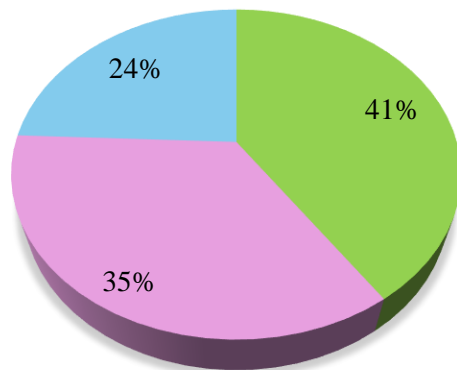
Por otra parte, se propone que, durante la evaluación inicial, se debería incluir una anamnesis psicosocial más profunda, que tenga en cuenta factores de estrés, apoyo social y creencias culturales, que se puede dar a través de sesiones de seguimiento que aborden no solo el progreso físico del paciente, sino también las experiencias emocionales y psicológicas relacionadas con su patología.

Finalmente, se deberían implementar programas de formación para fisioterapeutas que manejan el estado emocional de los pacientes con dolor, incluido el reconocimiento de signos de ansiedad, depresión y catastrofización.

## Anexos

### Anexo 1

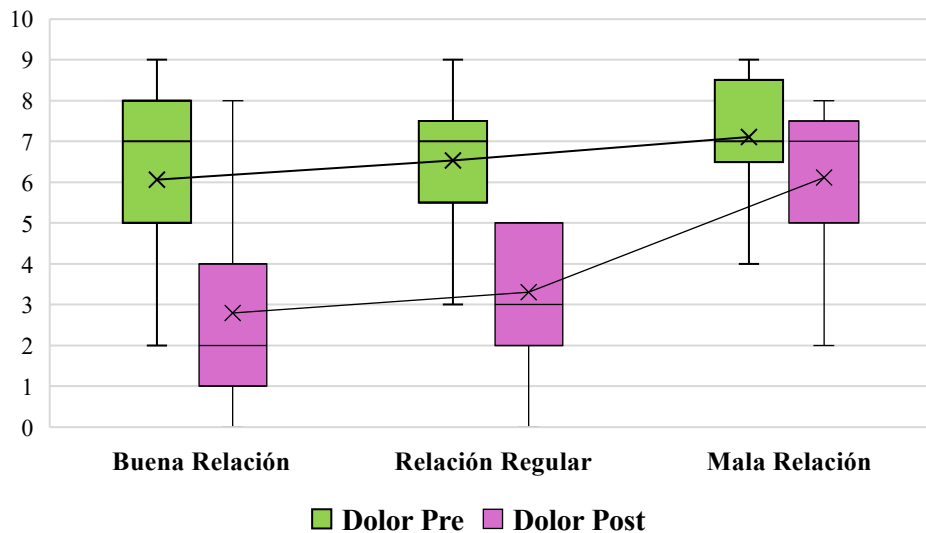
Gráfico de la distribución porcentual de los grupos de relación



■ Buena Relación ■ Relación Regular ■ Mala Relación

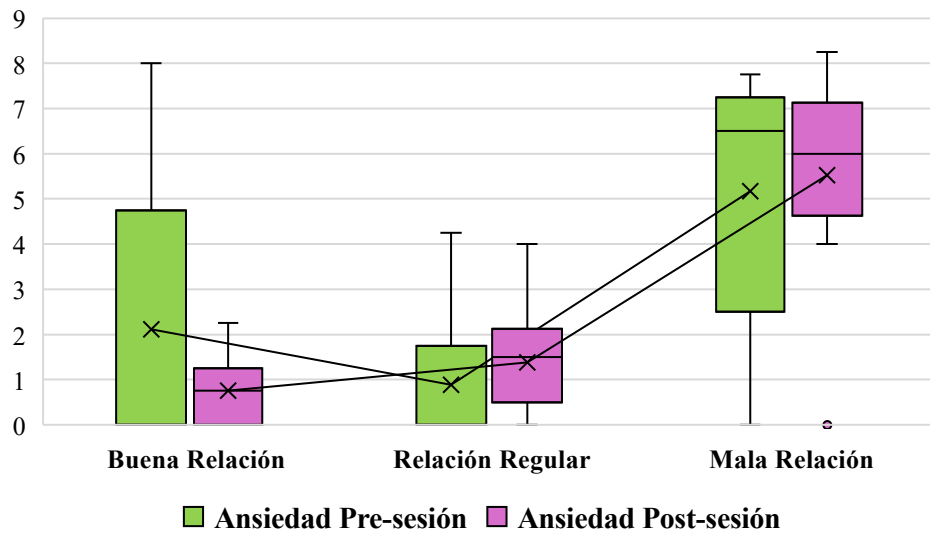
### Anexo 2

Gráfico de cajas y bigotes que representa la variación del dolor pre y post-sesión según cada grupo de relación.



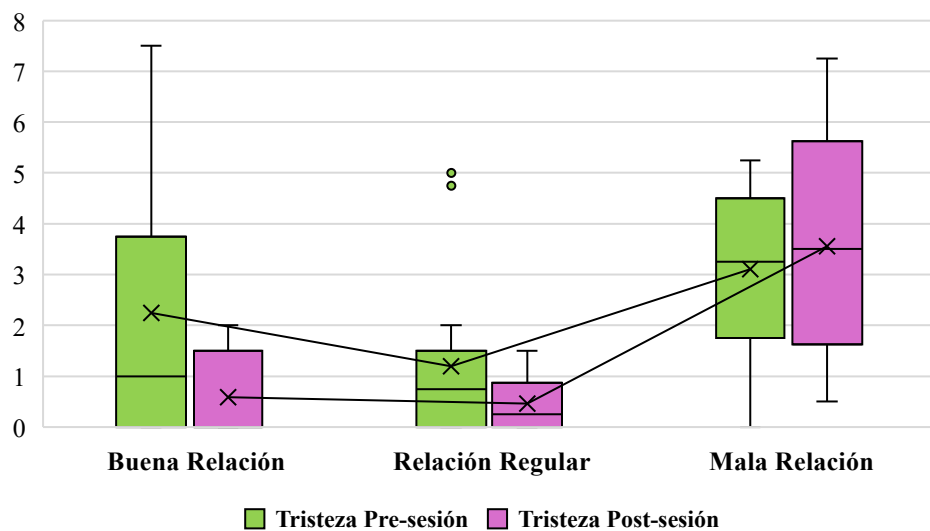
### Anexo 3

Gráfico de cajas y bigotes que representa la variación del constructo de ansiedad pre y post-sesión según cada grupo de relación.



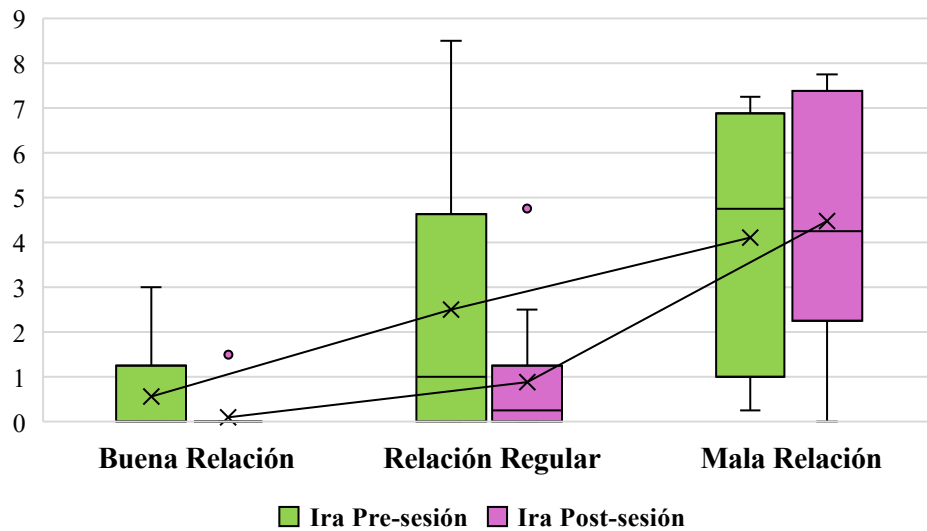
### Anexo 4

Gráfico de cajas y bigotes que representa la variación del constructo de tristeza pre y post-sesión según cada grupo de relación.



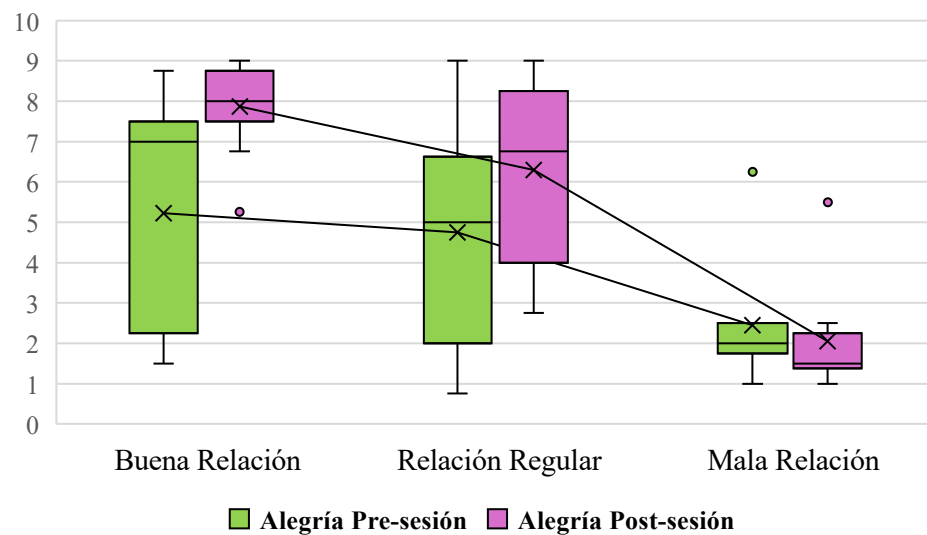
### Anexo 5

Gráfico de cajas y bigotes que representa la variación del constructo de ira pre y post-sesión según cada grupo de relación.



### Anexo 6

Gráfico de cajas y bigotes que representa la variación del constructo de alegría pre y post-sesión según cada grupo de relación.



## **Anexo 7**

### *Consentimiento Informado*

#### **Consentimiento Informado para el Uso de Datos Personales**

**Le informamos que, como parte de nuestro Trabajo Final Integrador, realizaremos una evaluación que incluirá la recopilación de ciertos datos personales:**

**Los datos personales (solo nombre y edad) que se recojan serán utilizados exclusivamente para la comparación de los resultados.**

**Al escribir y presentar los resultados del trabajo relacionado con su tratamiento, se utilizarán únicamente los datos obtenidos de las encuestas, manteniendo en todo momento la confidencialidad de su información personal.**

**Sus datos personales serán tratados con la más estricta confidencialidad y no serán divulgados ni compartidos con terceros.**

#### **Confidencialidad:**

**Nos comprometemos a proteger su privacidad y a garantizar que sus datos personales sean utilizados únicamente para los fines mencionados. Todos los datos personales serán almacenados de manera segura y se eliminarán una vez cumplido el propósito de la evaluación comparativa.**

#### **Consentimiento:**

**Al aceptar, usted confirma que ha leído y comprendido la información proporcionada, y que consiente voluntariamente en el uso de sus datos personales según lo descrito.**

Estoy de acuerdo

No estoy de acuerdo

## Referencias

- Ahlsen, B., y Nilsen, A. B., (2022). Getting in touch: Communication in physical therapy practice and the multiple functions of language. *Frontiers in rehabilitation sciences*, 3. <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.882099>
- Andreu, M., Policastro, P., Días, T., y Pardo, Y. (2022). Teoría de la complejidad en la atención del paciente con dolor musculoesquelético. *Biomedica: revista del Instituto Nacional de Salud*, 42 (4), 563–573. <https://doi.org/10.7705/biomedica.6440>
- Ardito, R. B., y Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in psychology*, 2. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16 (3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina clinica*, 119 (5), 175–179. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(02\)73355-1](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(02)73355-1)
- Bulk, L. Y., Drynan, D., Murphy, S., Gerber, P., Bezati, R., Trivett, S., y Jarus, T. (2019). Patient perspectives: Four pillars of professionalism. *Patient Experience Journal*, 6 (3), 74–81. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1386>
- Carvalho, I. P., y Dores, A. R. (2022). Clinical communication in rehabilitation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (12), 7268. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127268>

Chen, J. (steven), Kandle, P. F., Murray, I. V., Fitzgerald, L. A., & Sehdev, J. S. (2024).

Physiology, pain. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539789/>

Chiesa, M., Nicolini, G., y Buoli, M. (2024). The approach of physiotherapists in the management of patients with persistent pain and comorbid anxiety/depression: ¿Are there any differences between male and female professionals? *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 60 (2), 292. <https://doi.org/10.3390/medicina60020292>

Corbella, S., Botella, L., Gómez, A. M., Herrero, O., y Pacheco, M. (2011). Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Anales de Psicología*. 27 (2), 298–301.

<https://revistas.um.es/analesps/article/view/122881>

Cormack, B., Stilwell, P., Coninx, S., y Gibson, J. (2023). The biopsychosocial model is lost in translation: from misrepresentation to an enactive modernization. *Physiotherapy Theory and Practice*, 39(11), 2273–2288. <https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2080130>

Cox, C., y Fritz, Z. (2022). Presenting complaint: use of language that disempowers patients. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, e066720.

<https://doi.org/10.1136/bmj-2021-066720>

del Pino-Sedeño, T., Peñate, W., Bethencourt, J. M., y Canarias, I. (2011). La escala de valoración del estado de ánimo (EVEA): análisis de la estructura factorial y de la capacidad para detectar cambios en estados de ánimo. *Applied Mathematics and Computation*, 36, 19–32. <https://doi.org/10.33776/AMC.V36I153-154.1058>

Description of physical therapy. (2019). *World Physiotherapy*.

<https://world.physio/sites/default/files/2020-07/PS-2019-Description-of-physical-therapy.pdf>

Długolecka, A., Jagodzińska, M., Bober, W. J., y Przyłuska-Fischer, A. (2024). Ethics of a physiotherapist: Touch, corporeality, intimacy—based on the experience of elderly patients. *Journal of Bioethical Inquiry*. <https://doi.org/10.1007/s11673-023-10323-x>

Engel, George L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196 (4286), 129–136.

<https://doi.org/10.1126/science.847460>

Evers, A. W. M., Colloca, L., Blease, C., Annoni, M., Lauren Y. Atlas, Benedetti, F., Bingel, U., Büchel, C., Carvalho, C., Colagiuri, B., Crum, A. J., Enck, P., Gaab, J., Geers, A. L., Howick, J., Jensen, K. B., Kirsch, I., Meissner, K., Napadow, V., Kelley, J. M. (2018). Implications of placebo and nocebo effects for clinical practice: Expert consensus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87 (4), 204–210.

<https://doi.org/10.1159/000490354>

Freud, S. (1912). *The Dynamics of the Transference*.

<https://readingsinpsych.files.wordpress.com/2009/08/freud-dynamics-of-transference.pdf>

García Sánchez, L. V., (2006). La relación terapeuta-paciente en la práctica fisioterapéutica. *Revista Ciencias de la Salud*, 4 (1), 39-51.

Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J., y Ferreira, M. L. (2010). The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: A

systematic review. *Physical Therapy*, 90 (8), 1099–1110.

<https://doi.org/10.2522/ptj.20090245>

Haskard Zolnierok, K. B., y DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826–834.

<https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e31819a5acc>

Helena Hartmann y Ulrike Bingel. Placebo and nocebo effects: The importance of treatment expectations and patient-physician interaction for treatment outcomes. (2022, enero 17).

*International Association for the Study of Pain (IASP)*. <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/placebo-and-nocebo-effects-the-importance-of-treatment-expectations-and-patient-physician-interaction-for-treatment-outcomes/>

Hoeger Bement, M. K., St. Marie, B. J., Nordstrom, T. M., Christensen, N., Mongoven, J. M., Koebner, I. J., Fishman, S. M., y Sluka, K. A. (2014). An interprofessional consensus of core competencies for prelicensure education in pain management: Curriculum application for physical therapy. *Physical Therapy*, 94(4), 451–465.

<https://doi.org/10.2522/ptj.20130346>

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 9–16.

<https://doi.org/10.1037/a0022186>

Institute of Medicine (US) Committee on Pain, Disability, and Chronic Illness Behavior,

Osterweis, M., Kleinman, A., & Mechanic, D. (1987). *The anatomy and physiology of pain*. National Academies Press.

- Lennon, O., Ryan, C., Helm, M., Moore, K., Sheridan, A., Probst, M., y Cunningham, C. (2020). Psychological distress among patients attending physiotherapy: A survey-based investigation of Irish physiotherapists' current practice and opinions. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 72(3), 239–248. <https://doi.org/10.3138/ptc-2019-0010>
- Leocadio. S., Julio. C., Patricia. M., José. S., María A., y Cristina. C., (Ed.). (2023). *La importancia del lenguaje no verbal en la recuperación de los pacientes*. Revista Sanitaria de Salud. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-del-lenguaje-no-verbal-en-la-recuperacion-de-los-pacientes/>
- Linton, S. J., Flink, I. K., y Vlaeyen, J. W. S. (2018). Understanding the etiology of chronic pain from a psychological perspective. *Physical Therapy*, 98(5), 315–324. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy027>
- Malfliet, A., Lluch Girbés, E., Pecos-Martin, D., Gallego-Izquierdo, T., y Valera-Calero, A. (2019). The influence of treatment expectations on clinical outcomes and cortisol levels in patients with chronic neck pain: An experimental study. *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain*, 19(4), 370–381. <https://doi.org/10.1111/papr.12749>
- Marchán, G. (Ed.). (2022). El Modelo Biopsicosocial de la Fisioterapia y la Educación Bioética para la Formación Profesional Humanista. *Revista Científica CIENCIAEDUC*, 10, (1). <http://portal.amelica.org/ameli/journal/480/4803731033/>
- Martín, G. P. J., Waizmann, V., y Roussos, A. J. (2015, 1 marzo). Propiedades psicométricas de la adaptación argentina del Inventario de Alianza de Trabajo breve - versión paciente (WAI-SR-A): un análisis factorial confirmatorio. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/51752>

McGrath, R. L., Parnell, T., Verdon, S., y Pope, R. (2024). “We take on people’s emotions”: a qualitative study of physiotherapists’ experiences with patients experiencing psychological distress. *Physiotherapy Theory and Practice*, 40(2), 304–326.

<https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2116964>

Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A. S., y Gross, D. P. (2018). The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy: an interpretive description study. *Archives of Physiotherapy*, 8, 3. [https://doi.org/10.1186/s40945-018-](https://doi.org/10.1186/s40945-018-0044-1)

[0044-1](https://doi.org/10.1186/s40945-018-0044-1)

Moecke, D. P., y Camp, P. G. (2024). Social support from the physiotherapist and the therapeutic relationship in physiotherapy: bridging theory to practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/09593985.2024.2372687>

Monaco, S., Renzi, A., Galluzzi, B., Mariani, R., y Di Trani, M. (2022). The relationship between physiotherapist and patient: A qualitative study on physiotherapists’ representations on this theme. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10 (11), 2123.

<https://doi.org/10.3390/healthcare10112123>

Pérez Ruiz, A. O., Jiménez Gutiérrez, M. B., y Vega Cisneros, L. (2018). Regiones del encéfalo vinculadas a la interpretación del dolor. *Revista habanera de ciencias médicas*, 17(3), 386–395. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000300386)

[519X2018000300386](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000300386)

Pirschel, C. (Ed.). (2018). Remembering Margo McCaffery’s Contributions to Pain Management. *ONS Voice*. <https://www.ons.org/publications-research/voice/news-views/remembering-margo-mccafferys-contributions-pain-management>

- Plaghki, L., Mouraux, A., y Le Bars, D. (2018). Fisiología del dolor. *EMC - Kinesiterapia - Medicina Física*, 39 (1), 1–22. [https://doi.org/10.1016/s1293-2965\(18\)88603-0](https://doi.org/10.1016/s1293-2965(18)88603-0)
- Rai, J. K., An, K. Y., Charles, J., Ali, S., y Erdodi, L. A. (2019). Introducing a forced choice recognition trial to the Rey Complex Figure Test. *Psychology & Neuroscience*, 12(4), 451–472. <https://doi.org/10.1037/pne0000175>
- Rodríguez Nogueira, O., Morera Balaguer, J., Moreno Poyato, A., y López Rodríguez, A. F. (2018). Importancia de la comunicación en el establecimiento y satisfacción con el tratamiento en fisioterapia. *Revista española de comunicación en salud*, 9 (1), 93. <https://doi.org/10.20318/recs.2018.4257>
- Rossettini, G., Camerone, E. M., Carlino, E., Benedetti, F., y Testa, M. (2020). Context matters: the psychoneurobiological determinants of placebo, nocebo and context-related effects in physiotherapy. *Archives of Physiotherapy*, 10 (1). <https://doi.org/10.1186/s40945-020-00082-y>
- Rossettini, G., Carlino, E., y Testa, M. (2018). Clinical relevance of contextual factors as triggers of placebo and nocebo effects in musculoskeletal pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 19 (1). <https://doi.org/10.1186/s12891-018-1943-8>
- Sanz, J. (2001). Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: “La Escala de Valoración del Estado de Ánimo” (EVEA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 71-110.
- Serrano, N. L. M. (Ed.). (2019). Educación en dolor crónico: ¿para el paciente o con el paciente? Pasos para establecer una alianza terapéutica: *Revista Dolor*, 8, 76-84.

Stilwell, P., y Harman, K. (2019). An enactive approach to pain: beyond the biopsychosocial model. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 18 (4), 637–665.

<https://doi.org/10.1007/s11097-019-09624-7>

The clinical application of the biopsychosocial model. (1980). *The American Journal of Psychiatry*, 137 (5), 535–544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>

Thompson, K., Johnson, M. I., Milligan, J., y Briggs, M. (2022). Rethinking pain education from the perspectives of people experiencing pain: a meta-ethnography to inform physiotherapy training. *British Medical Journal Open*, 12 (1), e046363.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046363>

Vega-Hurtado, C., (2020). Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58 (2), 197-201.

<https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000017>

Venturine, J. S., Pires, G. M. T., Pereira, M. L., Monteiro, M. G. M., Meziat-Filho, N., Nogueira, L. C., y Reis, F. J. J. (2018). Overview of curricula about pain in physical therapist education programs in Brazil: A faculty survey. *Physical Therapy*, 98 (11), 918–924.

<https://doi.org/10.1093/ptj/pzy091>