

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN FISIOTERAPIA



**COMUNICACIÓN EN FISIOTERAPIA: ¿INFLUYE EL LENGUAJE UTILIZADO EN
EL PRONÓSTICO CLÍNICO?**

AUTOR: Martínez Jorques, Carmen

Departamento: Patología y Cirugía

TUTOR: Torres Belda, Joaquim

Curso académico 2024-2025

Convocatoria de junio



ÍNDICE

1.	RESUMEN.....	1
2.	ABSTRACT	2
3.	INTRODUCCIÓN.....	3
4.	OBJETIVOS	6
5.	MATERIAL Y MÉTODOS	7
5.1.	Tipo de estudio.....	7
5.2.	Criterios de elegibilidad.....	7
5.3.	Procedimiento de recogida de datos	7
5.4.	Diseño de la encuesta.....	7
6.	RESULTADOS	10
7.	DISCUSIÓN	13
8.	LIMITACIONES.....	16
9.	CONCLUSIONES.....	17
10.	ANEXO DE TABLAS Y FIGURAS	19
	Tabla 1. Datos demográficos.....	19
	Tabla 2. Ítems de la encuesta.	20
	Figura 1. Autorización de la Oficina de Investigación responsable de la UMH.....	24
11.	BIBLIOGRAFÍA	26



1. RESUMEN

Introducción: La comunicación es un elemento clave en el ámbito de la fisioterapia, donde el lenguaje del profesional puede influir en la comprensión, adherencia y resultados del tratamiento. La evidencia científica señala que un enfoque de comunicación centrado en el paciente contribuye en la mejora de la relación terapéutica y del pronóstico.

Objetivos: Analizar las percepciones de los estudiantes de Fisioterapia sobre la comunicación clínica y su impacto en el tratamiento, así como explorar diferencias según curso, género y experiencia clínica.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal mediante una encuesta con 14 ítems, en la que participaron estudiantes del Grado de Fisioterapia. La encuesta fue difundida entre el 1 y el 30 de abril de 2025. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.

Resultados: Se obtuvieron 105 respuestas válidas. La mayoría otorgó una alta valoración a la importancia de la comunicación (media de 9'44 sobre 10). Se observaron diferencias significativas según el curso y la experiencia clínica, especialmente en la percepción de términos comunicativos y habilidades aplicadas.

Conclusión: La comunicación es percibida como una herramienta terapéutica esencial. Los hallazgos refuerzan la necesidad de integrar formación en comunicación clínica como una competencia transversal y evaluable desde los inicios del Grado de Fisioterapia. Asimismo, se propone seguir investigando con diseños experimentales que analicen el impacto de la comunicación en la experiencia y pronóstico del paciente.

Palabras clave: “Comunicación clínica”, “relación fisioterapeuta-paciente”, “lenguaje terapéutico”, “competencia comunicacional”, “pronóstico”.

2. ABSTRACT

Introduction: Communication is a key element in the field of physiotherapy, where the professional's language can influence the patient's understanding, adherence and treatment outcomes. Scientific evidence highlights that a patient-centred communication approach contributes to improving both the therapeutic relationship and prognosis.

Objectives: To analyze the perceptions of Physiotherapy students regarding clinical communication and its impact on treatment, as well as to explore differences based on academic year, gender and clinical experience.

Material and Methods: A cross-sectional, observational and descriptive study was conducted using a 14-item questionnaire. Participants were undergraduate students in Physiotherapy. The survey was distributed between April 1 and April 30, 2025. Data analysis was performed using SPSS software.

Results: A total of 105 valid responses were obtained. Most students gave a high rating to the importance of communication (mean score: 9.44 out of 10). Statistically significant differences were found based on academic year and clinical experience, particularly in the perception of communication-related terms and the application of communication skills.

Conclusión: Communication is perceived as an essential therapeutic tool. The findings support the need to integrate clinical communication training as a transversal and assessable competence from the early stages of the Physiotherapy degree. Furthermore, continued research is recommended using experimental designs to examine the impact of communication on patient experience and prognosis.

Key words: "Clinical communication", "physiotherapist-patient relationship", "therapeutic language", "communication competence", "prognosis".

3. INTRODUCCIÓN

La entrevista clínica es un pilar fundamental en la medicina, pues permite construir la relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes (1).

El proceso comunicativo no sólo tiene el propósito de conseguir información, sino que se reconoce cada vez más como terapéutico en sí mismo, debido a su potencial para influir directamente en los resultados de los pacientes (2)(3)(4). Por ello, la comunicación clínica es un proceso complejo que va más allá de ser cortés y honesto, pues constituye un proceso continuo, interaccional y multidimensional (5).

En fisioterapia, la comunicación se incluye como una de las competencias fundamentales en los códigos de conducta profesionales. A través de sus interacciones, los fisioterapeutas pueden educar, motivar, expresar empatía o autoridad, demostrar interés y generar confianza (2). Esto revela la necesidad de desarrollar habilidades específicas, como la capacidad de reflexión en la acción (mientras se actúa) y una determinada actitud ante el sufrimiento del paciente. En este sentido, el *Manual de estrategias prácticas para la entrevista clínica* define la competencia en comunicación como un “saber hacer”, que abarca además de las palabras, la forma y la intención con la que se expresan (6).

La comunicación clínica efectiva tiene como objetivo incluir al paciente como un partícipe activo en el contexto de su propio proceso de atención. No se trata únicamente de obtener la información que el sanitario necesita en el cumplimiento de su función, sino de lograr que el paciente se sienta escuchado y comprenda el significado de su enfermedad. Esto exige tener en cuenta su conocimiento, comprensión, objetivos, preferencias y evaluación de su situación, factores fundamentales para el desarrollo e implementación del plan de atención (7).

Dos funciones clínicas que todo sanitario debe cumplir ante sus pacientes son el diagnóstico y el tratamiento, y para obtener buenos resultados ante estas funciones, se deben incluir tanto el factor biológico como los aspectos sociales y psicológicos, es decir, aplicar un modelo biopsicosocial (BPS) centrado en el paciente. Un enfoque de estas características se basa en la idea de que la

mala salud o la disfunción física no solo se originan en un problema físico, sino que también se ven influenciadas por los sentimientos de la persona, sus ideas sobre la salud y los acontecimientos y circunstancias de su vida. Extrapolado a la comunicación sanitaria, un enfoque BPS requiere que el profesional incorpore factores biológicos, sociales y psicológicos al evaluar, diagnosticar, administrar tratamiento e interactuar con su paciente (2).

Uno de los aspectos de mayor interés para el paciente es que el profesional sanitario muestre interés por él, que utilice palabras comprensibles, que proporcione información sobre el tratamiento, transmita tranquilidad y que aconseje al paciente permitiéndole formar parte de las decisiones. Ser conocido y entendido es una de sus mayores necesidades.

Kosrch, estudia la relación entre las técnicas de intervención del médico y la satisfacción del paciente, encontrando una relación significativa entre dicha satisfacción y lo amigable y simpático que sea el sanitario, sus habilidades de comunicación, la explicación de la naturaleza de la patología y el manejo adecuado de la preocupación y ansiedad del paciente (8).

La propuesta conceptual para orientar el desarrollo de un currículo en habilidades de comunicación centradas en el paciente consta de: obtener y entender la perspectiva del paciente (sus preocupaciones, ideas, expectativas, necesidades y sentimientos); comprender al paciente dentro de su contexto psicosocial único, llegar a un entendimiento común del problema y su tratamiento con el paciente, concordante con sus valores y ayudar a los pacientes a compartir el poder y la responsabilidad mediante su participación en las elecciones en la medida que lo deseen. Para conseguir esto, se requiere que el sanitario tenga interés genuino, compromiso personal e implicación emocional (5).

Los factores psicosociales (laborales y personales) representados por las banderas amarillas y azules influyen significativamente en la persistencia de los síntomas y retraso en la reincorporación laboral. Es fundamental que los fisioterapeutas tengan las habilidades necesarias para evaluar y gestionar factores psicosociales como parte del tratamiento.

Algunos estudios muestran que, a pesar de que muchos fisioterapeutas eligen teóricamente un enfoque de manejo BPS, su práctica a veces no se ajusta a este modelo (9).

La evidencia disponible indica que, en la práctica clínica actual, aún existen importantes limitaciones para conseguir una atención verdaderamente centrada en el paciente. Un hallazgo revelador de esta realidad es que, de media, los profesionales interrumpen al paciente apenas transcurridos 11 segundos desde el inicio de la exposición de sus preocupaciones (1), y sólo en el 23% de las visitas, el paciente tuvo la oportunidad de completar su declaración inicial de inquietudes sin interrupciones (10). Entre los factores que dificultan la implementación de este enfoque se incluyen las limitaciones de tiempo durante las consultas, la insuficiente formación en habilidades comunicativas y el agotamiento del profesional sanitario (1).

En relación con esta realidad, diversos estudios respaldan que la formación en habilidades comunicacionales es un factor clave para una efectiva interacción entre el profesional sanitario y el paciente (8) (11). De este modo, dicha formación ha demostrado ser eficaz en la recopilación de datos clínicos, la mejora de la alianza terapéutica y por consecuencia, la adherencia al tratamiento y la disminución de las posibles confusiones o malentendidos en el proceso de atención en fisioterapia (11). Estos factores contribuyen a crear un ambiente asistencial favorable, centrado en el paciente y efectivo en cuanto a las intervenciones clínicas. Por tanto, diversas investigaciones coinciden en destacar la comunicación como un factor clave y esencial en la práctica clínica sanitaria, siendo determinante en la mejora de los resultados en salud.

4. OBJETIVOS

El objetivo general de este Trabajo de Fin de Grado es analizar el proceso de comunicación como parte del tratamiento fisioterapéutico, con el fin de valorar su relevancia como competencia clínica.

Objetivos específicos:

1. Explorar la percepción de los estudiantes de Fisioterapia sobre la importancia de la comunicación en el contexto clínico.
2. Identificar qué elementos del lenguaje son valorados como más o menos adecuados durante la interacción con el paciente.
3. Examinar posibles diferencias en la valoración del proceso comunicacional según variables sociodemográficas como el curso académico o el género.
4. Relacionar el nivel de exposición clínica del alumnado con su percepción sobre la comunicación como herramienta terapéutica.
5. Valorar la necesidad de incluir formación específica sobre comunicación clínica en los planes de estudio de Fisioterapia.

Con base en los objetivos fijados, se ha diseñado un estudio observacional de tipo descriptivo y transversal fundamentado en un cuestionario, con el propósito de recopilar datos relevantes que permitan responder a los objetivos planteados en esta investigación.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional descriptivo de corte transversal, basado en las recomendaciones de la guía STROBE (12). La realización de este Trabajo de Final de Grado ha sido aprobada por el Comité de Ética de la Oficina de Investigación Responsable (OIR) de la Universidad Miguel Hernández, que ha proporcionado el Código de Investigación Responsable (COIR) TFG.GFI.JTB.CMJ.250305 (**Figura 1**).

5.2. Criterios de elegibilidad

La población diana estuvo constituida por estudiantes del Grado de Fisioterapia, con una edad superior a los 18 años y que hayan dado su consentimiento para la participación de este estudio.

5.3. Procedimiento de recogida de datos

La recogida de datos se realizó mediante una encuesta autoadministrada, en formato electrónico, diseñada específicamente para este estudio. La difusión de la encuesta se llevó a cabo a través de la aplicación WhatsApp, durante el periodo comprendido entre el 1 y el 30 de abril de 2025.

5.4. Diseño de la encuesta

Con la finalidad de argumentar los ítems, se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed, sobre qué factores influyen en el proceso comunicacional. Para dicha búsqueda se utilizaron descriptores DeCs (Descriptores en Ciencias de la Salud), lo que permitió una búsqueda más precisa. Los principales descriptores utilizados fueron *“health communication”*, *“clinical communication”*, *“doctor-patient communication”*, *“patient-physician communication”*, *“clinical prognosis”* y *“communication barriers”*. Asimismo, se emplearon los operadores booleanos AND y OR, para combinar los descriptores en la siguiente fórmula de búsqueda: *(health communication OR clinical comunicacion) AND (doctor-patient communication OR Pysician-patient communication)*.

La búsqueda incluyó artículos en español y en inglés, con el texto completo disponible y enfocados en estudios de relación sanitario-paciente.

Se encontraron 1004 artículos, y tras su revisión, se seleccionaron 7 artículos que representaban una mayor relevancia y profundidad en relación con el tema de estudio.

Posteriormente, se crearon 14 ítems en la aplicación online Google Forms, entre los que se encontraban diferentes temáticas según la literatura descrita a continuación. Para el diseño de opciones de respuesta, se usaron la escala Likert (13) y escalas de puntuación entre 0 y 10 para permitir cuantificar las respuestas, además, una de ellas se estableció como respuesta abierta.

En cuanto a la estructura de la encuesta, se divide en cuatro partes: la primera es una breve explicación en la que se explica de qué trata, cuál es la finalidad, a quién va dirigida y se detalla claramente la participación voluntaria y anónima en la recogida de datos. En el primer ítem, se escoge el idioma en el cual se desea rellenar la encuesta (pudiendo elegir entre castellano, valenciano e inglés). A continuación, se recogen datos acerca del curso académico del Grado de Fisioterapia que cursan actualmente, la edad, el género y la universidad a la que pertenecen. Estos datos se detallan en la **Tabla 1**, ubicada en el apartado de Anexo.

La segunda parte consta de preguntas sobre la importancia que los encuestados atribuyen a diferentes aspectos del proceso de comunicación. Por ello, se cuestiona sobre la comunicación en el contexto clínico (14) (15), la valoración de crear expectativas (16) y qué porcentaje asignan a la comunicación verbal frente a la no verbal (17).

La tercera parte se enfoca en el impacto que puede generar el uso de una jerga especializada en el pronóstico del paciente (17), la importancia que le otorgan a diferente terminología para ser usada con dichos pacientes (14), la frecuencia con la que creen conveniente mencionar el nivel de dolor percibido (18), la importancia de formular preguntas abiertas para generar un diálogo con feedback (17) y la relevancia de incluir metáforas o ejemplos en la explicación de un tratamiento (19).

La última parte se dirige a las capacidades comunicativas de los estudiantes, cuestionando sobre sus capacidades percibidas para poder comunicarse de manera efectiva con los pacientes y si creen que han recibido suficiente formación en competencias comunicacionales para poder afrontar las interacciones de manera efectiva. Asimismo, se incluyeron dos ítems finales: uno para determinar si los alumnos han puesto en práctica dichas competencias durante sus estancias clínicas, y otra de respuesta abierta, destinada a recoger una opinión personal sobre el papel que desempeña la comunicación en el tratamiento fisioterápico.

La **Tabla 2**, incluida en el Anexo, recoge de forma detallada los ítems correspondientes a la segunda, tercera y cuarta parte de la encuesta.



6. RESULTADOS

El análisis de datos se realizó con el programa estadístico IBM SPSS.

Se obtuvieron un total de 105 encuestas válidas. El 75'2% de los encuestados respondieron en castellano, el 23'8% en valenciano y el 1% en inglés (**Figura 2**).

Del total, 78 (74'2%) fueron contestadas por mujeres y las 27 (25'7%) restantes, por **hombres** (**Figura 3**).

Figura 2. Idioma seleccionado

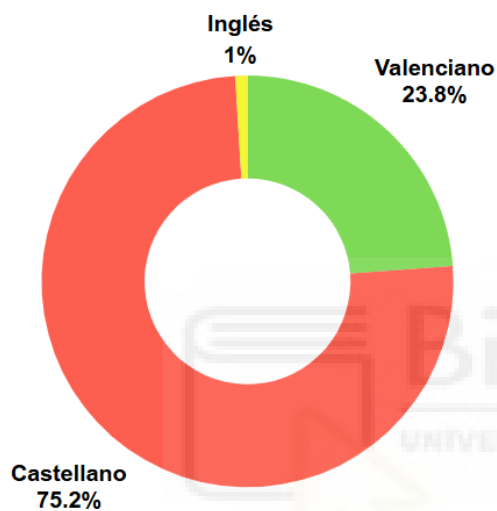
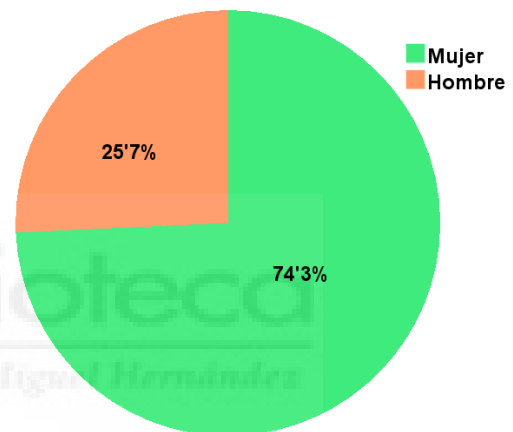
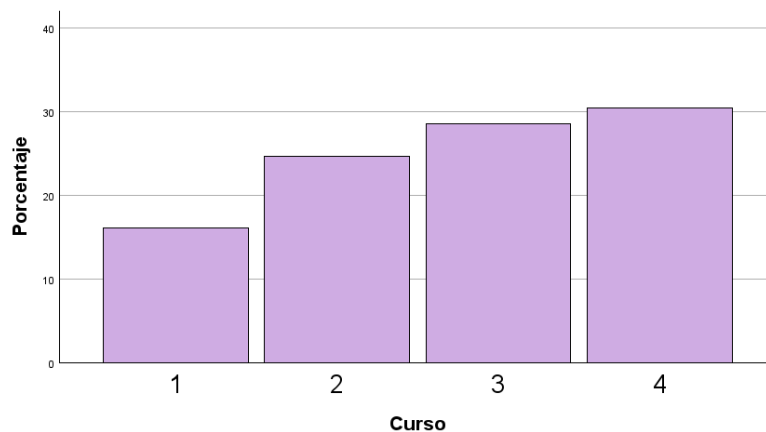


Figura 3. Distribución por género



En cuanto al **curso** académico, el 16'2% de los estudiantes pertenecía a 1º curso, el 24'8% a 2º, el 28'6% a 3º y el 30'5% restante a 4º curso (**Figura 4**).

Figura 4. Curso académico



Las edades de los participantes estuvieron comprendidas entre los 18 y 42 años, con una media de 21'73 años. La distribución por edad se puede observar en la **Figura 5**.

Respecto a la procedencia universitaria, el 66'7% procedía de la Universidad Miguel Hernández (UMH), el 14'3% de la Universidad de Valencia (UV), el 9'5% de la Universidad Rovira y Virgili (URV), el 4'8% de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), el 3'8% de la Universidad el País Vasco (UPV-EHU) y el 1% de la Universidad de Cantabria (UC) (**Figura 6**).

Figura 5. Distribución por edad

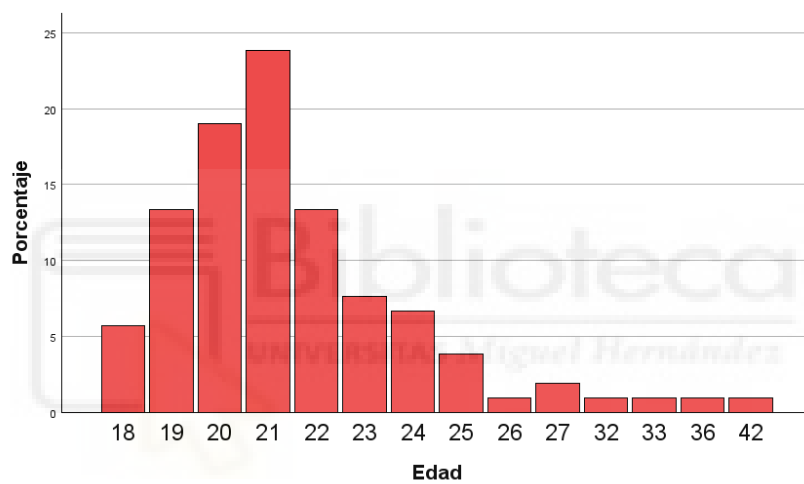
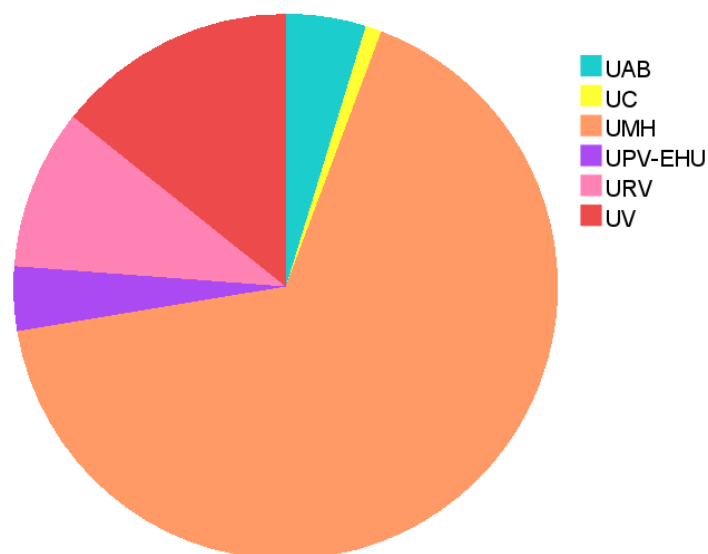


Figura 6. Universidad de procedencia



A continuación, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para evaluar posibles diferencias de significación ($p < 0.05$) entre distintas variables.

En los siguientes ítems se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del curso: en el nivel de importancia atribuido a “daño reparable” ($p = .014$), al término “enfermedad” ($p = .015$), al término “hueso sobre hueso” ($p = .019$), y al término “condición” ($p = .009$). De la misma forma, se observaron diferencias significativas en las respuestas al ítem sobre la puesta en práctica de competencias comunicacionales durante las estancias clínicas ($p = .045$). Por último, se hallaron diferencias altamente significativas en el ítem de realización de estancias clínicas ($p < .001$). Las comparaciones múltiples post-hoc mediante el método DMS señalaron que dichas diferencias se encuentran mayoritariamente entre los estudiantes de primero y cuarto curso.

Por otro lado, en cuanto a la variable independiente de género, se encontraron diferencias significativas en relación con la importancia de la comunicación en el tratamiento ($p = .005$). También se observaron diferencias significativas en la percepción del porcentaje de importancia que tiene la comunicación verbal ($p = .011$). En relación con haber realizado prácticas clínicas, se mostró una diferencia significativa entre los grupos ($p = .003$).

En el resto de las variables analizadas no se presentaron diferencias estadísticamente significativas, al mostrarse valores de p superiores a .05.

7. DISCUSIÓN

En cuanto al objetivo general que planteaba analizar el proceso de comunicación como parte del tratamiento fisioterapéutico y su influencia en los resultados, los datos respaldan la idea de que los estudiantes reconocen el papel fundamental de la comunicación. La media de 9'44 sobre 10 en la valoración de la importancia de la comunicación, evidencia una percepción muy positiva, coherente con la evidencia científica revisada, que destaca la relevancia de una interacción efectiva en la mejora del vínculo terapéutico y los resultados clínicos.

En relación con el primer objetivo específico, orientado a explorar la percepción general sobre la importancia de la comunicación clínica, se puede afirmar que los alumnos le otorgan un peso considerable a esta competencia. Cabe destacar que no existen diferencias estadísticamente significativas por género ni curso académico, aunque se observó una tendencia a valorar esta competencia por parte de las mujeres, en consonancia con otros estudios que asocian una mayor sensibilidad comunicativa al género femenino (20).

En cuanto al segundo objetivo específico, enfocado en identificar los elementos del lenguaje que se perciben como adecuados o inadecuados, aporta resultados especialmente relevantes. En la comparación entre términos clínicos, los encuestados atribuyeron puntuaciones más altas a los términos considerados como correctos o neutros, como “condición” o “daño reparable”, y puntuaciones más bajas a aquellos con connotaciones negativas o a evitar, como “enfermedad o “hueso sobre hueso”. Este patrón revela una creciente sensibilidad hacia el impacto emocional del lenguaje empleado en el contexto clínico (14). No obstante, las diferencias entre cursos académicos muestran una evolución en esta percepción, puesto que los estudiantes de tercer curso fueron quienes menos valoraron el uso de estos términos positivos, mientras que los de cuarto curso lo hicieron en mayor medida. Este hallazgo sugiere que la experiencia clínica refuerza la conciencia sobre el efecto que tienen las palabras en la experiencia del paciente (21). Además, el 60% de los estudiantes calificó de forma negativa el uso de jerga técnica lo cual coincide con la literatura que desaconseja su uso en contextos clínicos por dificultar la comprensión del paciente (17). De igual forma, valoraron como “fundamental” el uso del feedback y la formulación de

preguntas abiertas para facilitar las explicaciones del paciente, lo que concuerda con los principios de la comunicación centrada en la persona (7) (22).

Uno de los datos más destacables fue la percepción del peso de la comunicación verbal frente a la no verbal, donde los estudiantes asignaron un 60% a la verbal y un 40% a la no verbal. Este resultado es contrario a lo establecido en la literatura científica, que atribuye los porcentajes contrarios cada tipo de comunicación (17). Este resultado puede evidenciar una carencia en la formación sobre este aspecto, lo cual refuerza la necesidad de una instrucción más profunda y específica.

El tercer objetivo específico, que abordaba las diferencias entre cursos o género, los datos muestran que la progresión académica influye notablemente en las percepciones. Las diferencias más marcadas se encontraron entre el primer y el cuarto curso, especialmente en la valoración de términos concretos y en la percepción de haber puesto en práctica habilidades comunicativas durante las estancias clínicas. Los alumnos de cuarto mostraron una mayor madurez comunicativa, lo que sugiere que la experiencia clínica favorece el desarrollo de esta competencia. Respecto al género, no hubo diferencias estadísticamente significativas, aunque los hombres tendieron a atribuir mayor importancia a la comunicación verbal, mientras que las mujeres mostraron una mayor valoración global del proceso comunicativo, aunque sin alcanzar significación estadística.

El cuarto objetivo específico, que buscaba relacionar la experiencia clínica con la percepción del valor terapéutico de la comunicación, también fue respaldado por los datos. Se encontraron diferencias significativas entre quienes habían realizado prácticas clínicas y quienes no, tanto en la percepción de su competencia comunicativa como en la valoración de aspectos específicos del lenguaje. Además, el hecho de que los estudiantes de cuarto curso (quienes cuentan con mayor experiencia clínica) muestren una mayor adecuación a la elección de términos apropiados, refuerza la idea de que la exposición clínica favorece una visión más consciente y refinada al acto comunicativo.

Para finalizar, el quinto objetivo específico pretendía valorar la necesidad de incluir formación específica en comunicación clínica, se ve reforzado por varias evidencias del estudio. A pesar de la alta valoración general de la comunicación, una parte considerable del alumnado expresa no haber recibido formación suficiente en esta área. Asimismo, cabe destacar que el nivel medio de confianza percibida para comunicarse con los pacientes fue de 7'31 sobre 10, lo cual refleja una autopercepción positiva, pero todavía mejorable. Además, el desconocimiento sobre el verdadero peso de la comunicación no verbal y la evolución progresiva de la competencia comunicacional según el curso académico, indican que gran parte del aprendizaje ocurre de forma implícita y no estructurada. Esto refuerza la propuesta de integrar contenidos formativos específicos que refuercen esta competencia desde los primeros años del grado, reconocida como esencial tanto por la literatura como por el propio estudiantado.



8. LIMITACIONES

Entre las principales limitaciones del presente estudio cabe destacar la baja representatividad en cuanto a procedencia universitaria, ya que el 66'7% de las respuestas pertenecen a estudiantes de una única universidad (UMH). Este sesgo geográfico puede limitar la generalización de los resultados a otras instituciones con diferentes enfoques formativos o socioculturales.

Asimismo, la muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (74'3%), lo que podría haber influido en ciertas variables relacionadas con la percepción y la importancia atribuida a la comunicación, especialmente considerando las diferencias de género observadas en algunos ítems del cuestionario. Este desequilibrio dificulta una comparación equitativa entre géneros y puede afectar la validez del estudio.

Por otro lado, la naturaleza autoadministrada y voluntaria de la encuesta puede implicar un sesgo de autoselección, ya que es posible que hayan participado más activamente aquellos estudiantes con mayor interés o sensibilidad hacia la comunicación clínica, lo cual podría haber condicionado los resultados.

No debe olvidarse que, al tratarse de un estudio transversal, los resultados reflejan percepciones en un momento concreto, por lo que no permiten establecer relaciones de causalidad ni observar la evolución de las competencias comunicativas a lo largo del tiempo.

A estas limitaciones se añade que, si bien se ha evidenciado una alta valoración de la comunicación clínica por parte del alumnado, no es posible determinar con precisión en qué medida esta influye directamente en el pronóstico del paciente. Aunque la literatura respalda esta relación, sigue siendo difícil de cuantificar de manera objetiva.

En última instancia, cabe señalar que el estudio se centra exclusivamente en la percepción del estudiantado de Fisioterapia, sin considerar la perspectiva de los pacientes. Incluir sus opiniones permitiría obtener una visión más compleja y enriquecida del proceso comunicacional y su impacto en el entorno terapéutico.

9. CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio evidencian que el alumnado del Grado de Fisioterapia valora de forma muy positiva la comunicación clínica, considerándola una herramienta terapéutica esencial en la relación con el paciente. Esta alta valoración, refleja una sensibilidad creciente hacia el lenguaje y su impacto en el proceso de rehabilitación.

A pesar de ello, se han identificado áreas de mejora, especialmente en el conocimiento teórico sobre los distintos tipos de comunicación y en el uso consciente de los recursos no verbales. Por ejemplo, una parte considerable del estudiantado continúa atribuyendo un mayor peso a la comunicación verbal, en contra de lo que señala la literatura científica, lo que pone en manifiesto la necesidad de reforzar estos contenidos desde una perspectiva basada en la evidencia.

Además, el estudio sugiere que a medida que el alumnado avanza en su formación y se expone al entorno clínico, desarrolla una mayor conciencia crítica sobre el lenguaje, apreciándose una evolución en el uso de términos técnicos, metáforas o feedback. No obstante, esta evolución parece producirse de manera intuitiva y desigual, en función de las experiencias individuales, en lugar de responder a una formación estructurada.

Por todo ello, se concluye que la incorporación de la comunicación clínica como una competencia transversal, estructurada y evaluable desde los primeros cursos del Grado de Fisioterapia es fundamental. No se trata únicamente de mejorar habilidades comunicativas, sino de fomentar una conciencia crítica y reflexiva sobre el papel del lenguaje en la relación terapéutica y su impacto en la adherencia, el vínculo y los resultados en salud. Incluir estos contenidos en los planes de estudio permitiría formar profesionales más conscientes y competentes, capaces de integrar la comunicación como un pilar básico de su práctica clínica diaria.

Además, los hallazgos del presente estudio invitan a futuras líneas de investigaciones con diseños experimentales controlados, que permitan explorar con mayor precisión cómo influye el lenguaje en la experiencia y resultados del paciente. Sin embargo, este tipo de estudios requeriría una revisión ética detallada, dada la posible afectación a los participantes.

También es importante considerar que la competencia comunicacional no depende exclusivamente de la formación académica. Existen diferencias individuales que podrían condicionar la eficacia comunicativa. Esto refuerza la necesidad de una formación estructurada y personalizada en habilidades comunicacionales desde las etapas iniciales del Grado.



10. ANEXO DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Datos demográficos.

	VARIABLE	n (%)
IDIOMA	Valenciano	25 (23'8%)
	Castellano	79 (75'2%)
	Inglés	1 (1%)
GÉNERO	Masculino	27 (25'7%)
	Femenino	78 (74'3%)
CURSO	1º	17 (16'2%)
	2º	26 (24'8%)
	3º	30 (28'6%)
	4º	32 (30'5%)
EDAD	18-22	79 (75'2%)
	23-30	22 (21%)
	31-42	4 (3'8%)
UNIVERSIDAD	Universidad Miguel Hernández	70 (66'7%)
	Universidad de Valencia	15 (14'3%)
	Universidad Rovira y Virgili	10 (9'5%)
	Universidad Autónoma de Barcelona	5 (4'8%)
	Universidad del País Vasco	4 (3'8%)
	Universidad de Cantabria	1 (1%)
n = tamaño de la muestra de cada variable		
% calculado sobre el total de participantes (t=105)		

Tabla 2. Ítems de la encuesta.

En una escala del 0 al 10, ¿qué importancia crees que tiene la comunicación en el contexto del tratamiento fisioterapéutico?		
Media		9'44
Mediana		10
Moda		10
Mínimo		7
Máximo		10
¿Cómo valorarías el hecho de crear expectativas durante las sesiones de fisioterapia, sobre el factor pronóstico del paciente?		
Nada importante		50 (47'6%)
Algo importante		47 (44'8%)
Importante		7 (6'7%)
Muy importante		1 (1%)
¿Qué porcentaje de importancia tiene la comunicación verbal en la atención en fisioterapia?		
Media		59'8
Mediana		60
Moda		60
Mínimo		30
Máximo		90
¿Qué porcentaje de importancia tiene la comunicación no verbal en la atención en fisioterapia?		
Media		43'4
Mediana		40
Moda		40
Mínimo		10
Máximo		90
¿Consideras que el uso de una jerga especializada puede influir en el pronóstico del paciente?		
Sí, positivamente		32 (30'5%)
Sí, negativamente		63 (60%)
No		10 (9'5%)
En una escala de 0-10 ¿qué nivel de importancia atribuyes a cada término para ser usados con los pacientes?		
Daño	Media	6'55
	Mediana	7
	Moda	8

Daño reparable	Media	7'74
	Mediana	8
	Moda	9
Enfermedad	Media	5'89
	Mediana	6
	Moda	5
Condición	Media	6'85
	Mediana	7
	Moda	8
Hueso sobre hueso	Media	5'39
	Mediana	5
	Moda	5
Opresión/estrechamiento	Media	5'98
	Mediana	6
	Moda	7
¿Cada cuánto tiempo crees que se debe preguntar al paciente sobre el nivel de su molestia, utilizando, por ejemplo, la escala EVA?		
En todas las técnicas que se apliquen	35 (44'3%)	
Durante la valoración inicial	6 (7'6%)	
Al inicio y al final de las sesiones	19 (24,1%)	
Frecuentemente	43 (54'4%)	
En ciertas técnicas y al inicio y final de las sesiones	1 (1'3%)	
Cada ciertas sesiones para ver cómo evoluciona	1 (1'3%)	
Al ver un proceso de mejoría o empeoramiento	1 (1'3%)	
¿Qué nivel de importancia le das a la formulación de preguntas abiertas durante la valoración clínica para generar un diálogo con “feedback”?		
Nada importante	0	
Poco importante	1 (1%)	
Importante	9 (8'6%)	
Muy importante	34 (32'4%)	
Fundamental	61 (58'1%)	
En una escala de 0 a 10 ¿Qué importancia le das al uso de metáforas o ejemplos en la explicación de un tratamiento a los pacientes?		

Media	8'44
Mediana	9
Moda	10
Mínimo	2
Máximo	10
En una escala del 0 al 10, ¿qué nivel de confianza sientes en tu capacidad para comunicarte de manera efectiva con los pacientes?	
Media	7'31
Mediana	7'5
Moda	8
Mínimo	4
Máximo	10
¿Consideras que, a lo largo de tu formación en fisioterapia, has recibido suficiente preparación en habilidades y competencias comunicacionales para interactuar eficazmente con los pacientes durante las terapias?	
Sí, he recibido una formación adecuada y me siento preparado.	13 (12'4%)
Sí, pero creo que la formación ha sido insuficiente.	50 (47'6%)
No, y considero que es un aspecto fundamental que debería reforzarse.	16 (15'2%)
No, apenas he recibido formación en comunicación.	26 (24'8%)
¿Has realizado prácticas clínicas?	
Sí, curriculares	72 (68'6%)
Sí, extracurriculares	2 (1'9%)
No	31 (29'5%)
Si tu respuesta anterior ha sido "sí": ¿Durante tus estancias clínicas has puesto en práctica tus competencias comunicacionales con los pacientes?	
Sí, de forma constante, porque considero que la comunicación es clave en el tratamiento.	30 (28'6%)
Sí, en algunas ocasiones, pero creo que podría mejorar en este aspecto.	33 (31'4%)
No mucho, me he centrado más en la valoración y la terapia.	0 (0%)

No, creo que solo la parte de valoración y terapia es importante.	0 (0%)
¿Qué papel consideras que desempeña la comunicación en el tratamiento fisioterápico? Razona tu respuesta:	105 respuestas de opinión.
En el último ítem del cuestionario se recogió la opinión de los encuestados sobre el papel que desempeña la comunicación en el tratamiento fisioterápico mediante una opción de respuesta abierta. Se obtuvieron 105 respuestas, las cuales se categorizaron según los temas más relevantes, contabilizando la frecuencia de aparición de cada uno. Tras un análisis exhaustivo, se destacan los temas de:	○ <u>Comprensión y educación</u> al paciente: 25 menciones. ○ Relación de <u>confianza y seguridad</u>: 20 menciones. ○ <u>Adherencia</u> al tratamiento: 18 menciones. ○ <u>Motivación y apoyo emocional</u>: 15 menciones. ○ <u>Resultados efectivos</u> de tratamiento: 12 menciones. ○ Evitar <u>efectos negativos</u>: 8 menciones. ○ Comunicación <u>bidireccional</u>: 22 menciones. ○ <u>Adaptación</u> de la comunicación: 17 menciones.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Singh Ospina N, Phillips KA, Rodriguez-Gutierrez R, Castaneda-Guarderas A, Gionfriddo MR, Branda ME, et al. Eliciting the patient's agenda: secondary analysis of recorded clinical encounters. *J Gen Intern Med* [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 14 de abril de 2025];34(1):36-40. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-018-4540-5>
2. Gibson BE, Nicholls DA, Setchell J, Groven KS, Abaraogu U, Ahlsen B, et al. *Manipulating practices: a critical physiotherapy reader*. Oslo: Cappelen Damm Forskning [Internet]. 8 de enero de 2018 [citado 14 de abril de 2025]; Disponible en: <https://press.nordicopenaccess.no/cdf/catalog/download/29/120/957>
3. Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Phys Ther* [Internet]. agosto de 2010 [citado 15 de abril de 2025];90(8):1099-110. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20576715/>
4. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Phys Ther* [Internet]. 1 de enero de 2011 [citado 15 de abril de 2025];91(1):25-36. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.2522/ptj.20100061>
5. Moral RR. Una propuesta conceptual para orientar el desarrollo de un currículo en habilidades de comunicación médico-paciente. *Educ Med*. 1 de enero de 2015;16(1):74-82.
6. Borrell Carrió F. *Entrevista Clínica: manual de estrategias prácticas*. 2004 [citado 14 de abril de 2025]; Disponible en: www.semfyc.es
7. Jewell DV. *Guide to evidence-based physical therapist practice*. 2017 [citado 14 de abril de 2025]; Disponible en:

https://books.google.com/books/about/Guide_to_Evidence_Based_Physical_Therapi.htm?hl=es&id=HZAwDwAAQBAJ

8. Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Hernández-Hernández MA. The Importance of Physician-Patient Communication in Family Medicine. *Arch Med Fam*. 2006;8(2):137-43.
9. Gray H, Howe T. Physiotherapists' assessment and management of psychosocial factors (yellow and blue flags) in individuals with back pain. *Phys Ther Rev* [Internet]. 1 de octubre de 2013 [citado 14 de abril de 2025];18(5):379-94. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1179/1743288X13Y.00000000096>
10. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* [Internet]. 1984 [citado 30 de abril de 2025];101(5):692-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6486600/>
11. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R. Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. *Acad Med*. 2004;79(6):495-507.
12. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. abril de 2008;61(4):344-9.
13. Stratton SJ. Likert Data. *Prehosp Disaster Med*. 28 de abril de 2018;33(2):117-8.
14. Stewart M, Loftus S. Sticks and stones: The impact of language in musculoskeletal rehabilitation. *J Orthop Sports Phys Ther* [Internet]. 1 de julio de 2018 [citado 29 de abril de 2025];48(7):519-22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30067920/>

15. Gutiérrez R, Garrahan JP, Dartiguelongue JB. Communication in health care teams. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2021 [citado 29 de abril de 2025];119(6):589-93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2021.eng.e589>
16. Howick J, Moscrop A, Mebius A, Fanshawe TR, Lewith G, Bishop FL, et al. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. J R Soc Med [Internet]. 1 de julio de 2018 [citado 29 de abril de 2025];111(7):240-52. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0141076818769477>
17. Flórez Lozano JA, Martínez Suárez PC, Valdés Sánchez C. Análisis de la comunicación en la relación médico-paciente. Medicina Integral [Internet]. 1 de julio de 2000 [citado 29 de abril de 2025];36(3):113. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-analisis-relacion-medico-paciente-15330>
18. Woo KY. Unravelling nocebo effect: The mediating effect of anxiety between anticipation and pain at wound dressing change. J Clin Nurs [Internet]. 1 de julio de 2015 [citado 29 de abril de 2025];24(13-14):1975-84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26032858/>
19. Loftus S. Pain and its Metaphors: A Dialogical Approach. J Med Humanit [Internet]. 12 de septiembre de 2011 [citado 29 de abril de 2025];32(3):213-30. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10912-011-9139-3>
20. Roter DL, Hall JA. Physician gender and patient-centered communication: A critical review of empirical research. Annu Rev Public Health [Internet]. 2004 [citado 13 de mayo de 2025];25:497-519. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15015932/>
21. Tsimtsiou Z, Kerasidou O, Efstathiou N, Papaharitou S, Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Medical students' attitudes toward patient-centred care: A longitudinal survey. Med Educ [Internet]. febrero de 2007 [citado 13 de mayo de 2025];41(2):146-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17269947/>

22. Newell S, Jordan Z. The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBIC Database System Rev Implement Rep* [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 13 de mayo de 2025];13(1):76-87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26447009/>

