

INTRODUCCIÓN.

I. INTRODUCCIÓN.

El desarrollo motor y cognitivo del niño está íntimamente ligado a su desarrollo socioemocional^{1,2}. El desarrollo socioemocional, a su vez, es indisociable de la relación que establezca el niño, fundamentalmente, con su cuidador principal. Allan Schore asegura que *“La madre (el cuidador principal)...regula también la producción por parte del niño de neurohormonas y hormonas que influyen la activación de los sistemas genéticos que programan el crecimiento estructural de las regiones del cerebro que son esenciales para el futuro desarrollo socioemocional del niño”*³. Por tanto, podemos pensar que cualquier circunstancia que afecte al bienestar del cuidador principal de un niño afectará, finalmente, a su desarrollo psicomotor.

Por otro lado, sabemos que el cerebro humano es plástico. Tiene la capacidad de cambiar su estructura y su función como resultado del desarrollo, de la experiencia o de las lesiones⁴. Cuando una parte del cerebro no cumple adecuadamente su función, como puede ocurrir tras una lesión cerebral, otra parte del cerebro puede asumirla. El aprendizaje cambia el cerebro. Cualquier aprendizaje, ya sea motor o cognitivo. Nuestro cerebro puede seguir produciendo nuevas neuronas y sinapsis, puede reorganizarse⁵⁻⁷. Sin embargo, el estrés excesivo, la privación de estímulos o de afecto también cambian el cerebro, pero en el sentido opuesto, pudiendo llegar a causar un trastorno en el desarrollo del niño.

Si el bienestar del cuidador principal de un niño puede afectar a su desarrollo, en aquellos niños que presentan trastornos de desarrollo, o riesgo de padecerlos, el estado del cuidador principal puede ser determinante en su evolución.

La Atención Temprana tiene como finalidad ofrecer a los niños de 0 a 6 años con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos, un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras, que faciliten su adecuada maduración en todos los ámbitos y que les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social⁸⁻¹⁰. Entre los especialistas que colaboran en la Atención Temprana se

encuentra el fisioterapeuta, puesto que algunos de los trastornos del desarrollo que padecen estos niños se deben a patologías que afectan al desarrollo de la motricidad^{8,9}.

Sabemos que la percepción de los padres de niños con discapacidad atendidos en centros de Atención Temprana o en servicios de rehabilitación en relación con la atención multiprofesional que reciben es un aspecto relevante porque se ha asociado a un incremento en la satisfacción de los padres, a una reducción en los niveles de estrés de estos y a resultados positivos en los niños¹¹⁻¹³. Además, algunos estudios aseguran que las actitudes de los proveedores pueden ser tanto facilitadores como barreras para la participación de los padres en el cuidado de sus hijos^{14,15}, o incluso para el bienestar de toda la familia¹⁶.

En definitiva, la relación entre los proveedores de los servicios y los padres de los niños va a afectar al bienestar de los padres¹⁷, lo cual a su vez afectará al bienestar de sus hijos, a su desarrollo, y a la percepción de calidad del servicio por parte de los padres¹⁸.

Sin embargo, se conoce poco sobre cómo perciben los padres la atención proporcionada por los fisioterapeutas en los servicios de rehabilitación que ofrecen servicios a los niños con discapacidades y en los centros de Atención Temprana¹⁹.

Esto justifica la necesidad de conocer cuáles son las características personales del fisioterapeuta que influyen en la percepción de los padres sobre la calidad de su interrelación. En nuestro trabajo hemos investigado qué aspectos de la interacción entre fisioterapeutas y padres de niños en tratamiento en Atención Temprana son importantes para la percepción de calidad por parte de los padres, para posteriormente crear un instrumento de medición que permita detectar aquellos aspectos en los cuales se están produciendo déficits en esta calidad.

Por otro lado, se ha encontrado que las percepciones de padres y proveedores difieren en casi todos los dominios referentes a la calidad²⁰⁻²², lo cual podría explicar la alta incidencia de padres que aseguran no sentir sus necesidades de cuidados cubiertas²³, y nos confirma que no podemos tomar como referencia de calidad percibida de un servicio a sus proveedores.

Para medir la percepción de calidad en los niños se necesitan instrumentos específicos, puesto que los niños y adolescentes son distintos clínicamente a los adultos. Un niño con una enfermedad crónica pasa por distintas fases de desarrollo, lo cual dificulta el poder definir qué es un resultado “normal”, y además su morbilidad es menor. Pero las variaciones en la calidad de los cuidados pueden afectarles más que a un adulto.

Además, los niños dependen de un adulto para recibir cuidados y para relacionar los resultados de estos²⁴. Por ello los instrumentos para medir la percepción de calidad en los niños deben dirigirse a los padres cuidadores.

En los servicios de salud, la calidad se ha abordado fundamentalmente desde dos enfoques: un primer enfoque basado en la perspectiva técnica²⁵, y un segundo enfoque basado en las percepciones del receptor²⁶.

El primer enfoque está respaldado por los trabajos de Donabedian, quien define la calidad como “la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos”²⁵. Según Donabedian, se puede estudiar la calidad desde tres enfoques: estructura, proceso y resultado. No obstante, Donabedian argumenta que el camino más directo para evaluar la calidad es examinar los procesos²⁷.

El segundo enfoque sostiene que la percepción del paciente sobre la prestación del servicio determina, en forma definitiva, su calidad²⁸. Este segundo enfoque es el que ha dado origen al concepto de calidad percibida. Podemos definir calidad percibida como “un juicio global de la calidad de un servicio”²⁹. Un juicio subjetivo del paciente acerca de la excelencia del servicio recibido tomando como referencia experiencias y estándares evocados por el propio consumidor³⁰.

Las investigaciones muestran que la calidad técnica se queda corta en cuanto a su utilidad real para medir y describir cómo los pacientes evalúan la calidad del servicio en el contexto de la salud³¹. Esto fundamenta la necesidad de realizar mediciones enfocadas en la perspectiva de los pacientes (calidad funcional), aunque no posean los conocimientos para evaluar la calidad de los diagnósticos y los procesos de intervención terapéutica a los que se someten³².

Este último es el enfoque más dominante, y el que hemos utilizado en la construcción del instrumento. Se basa en identificar y evaluar los elementos de los servicios que pueden ser responsables de pérdidas de calidad en la prestación de un servicio en cualquier tipo de organización. Dentro de este enfoque se han desarrollado dos grandes perspectivas a la hora de medir cada uno de los elementos relevantes en la percepción de calidad. Una primera, basada en medir el grado en que las percepciones satisfacen las expectativas del consumidor en cada uno de esos elementos³². Una segunda, basada en medir únicamente las percepciones del consumidor sobre el servicio recibido³³.

La segunda perspectiva de medición es, actualmente, la opción más aceptada para medir la calidad³⁴. Desde esta perspectiva se han identificado numerosos modelos de dimensiones clave relevantes en la calidad percibida. Entre todos los modelos existentes, uno de los más aceptados es el de Brady y Cronin. Según este modelo, la calidad en una experiencia de servicio está determinada en relación a tres áreas o dominios: la interacción con el personal, la organización, y el resultado de la transacción del servicio³⁵.

En nuestra investigación, nos hemos centrado en una sola de las tres áreas que, según el modelo de Brady y Cronin, determinan la calidad: la interacción con el personal. Diversos autores demuestran que esta área es la más determinante en la percepción de calidad por parte de los usuarios de los servicios de salud.³⁵⁻⁴⁰ Además, hay evidencias que demuestran que la relación entre los profesionales sanitarios y los miembros de la familia, cuando funciona bien, es un importante recurso para ésta¹⁶, y que algunos aspectos de la relación entre los cuidadores sanitarios y los padres de niños con discapacidad influyen fuertemente en el bienestar de los padres, de manera que un mal funcionamiento de esta relación puede ser un impedimento para el bienestar de los padres que incide, a su vez, en una pérdida de bienestar en los hijos¹⁸. Algunos autores aseguran que la manera en que la Atención Temprana se alinea con los valores, creencias y maneras de hacer de los padres y familia es un indicador de su calidad y, en última instancia, de los resultados sobre los niños^{41,42}.

Nuestra encuesta está dirigida a conocer en qué aspectos de la relación interpersonal puede haber pérdida de calidad percibida dentro del campo de la fisioterapia en Atención Temprana. Ahora bien, para que podamos inferir de los resultados de una encuesta de percepción de experiencias datos sobre la calidad del servicio, necesitamos antes

identificar qué características determinan que un servicio o producto es de calidad. Una vez hecho esto, la sola presencia de esa característica determinará que ese servicio sea de calidad, y la ausencia determinará la pérdida de calidad²⁵.

Distintos investigadores han definido modelos de dimensiones de calidad. Sin embargo, la universalidad de estas dimensiones es cuestionada por varios autores que afirman que la cantidad y naturaleza de las dimensiones de un servicio dependen del contexto analizado, lo que hace necesario desarrollar metodologías de investigación que descubran las dimensiones particulares de cada contexto^{43,44}. En nuestro caso, hemos utilizado la técnica de grupos focales para investigar cuáles son las características del estilo de relación del fisioterapeuta que influyen en la percepción de los padres de la calidad de su interacción con éste.

La encuesta no está dirigida a los niños sino a sus padres. Esto es debido a que los niños no son competentes para responder a las encuestas de calidad percibida y, además, a que hay suficiente evidencia científica sobre la utilidad y la fiabilidad de las encuestas a los padres para medir la calidad percibida^{24,45,46}.

En fisioterapia la calidad percibida se ha medido sobre todo a partir de cuestionarios de satisfacción^{38,47-53}. Ahora bien, la calidad percibida y la satisfacción son conceptos relacionados pero no equivalentes. La calidad percibida es una actitud hacia un servicio o producto; representa un juicio cognitivo que abarca una valoración global del servicio^{54,55}. En cambio, la satisfacción es la respuesta o reacción emocional a ese servicio o producto⁵⁶.

Muchos autores están en contra del uso de los cuestionarios de satisfacción como una medida indirecta de las experiencias de los pacientes. La principal razón es que la satisfacción no refleja las percepciones porque es una dimensión emocional dependiente de las expectativas y afectos⁵⁷.

La diferencia fundamental entre las encuestas de satisfacción y los cuestionarios de percepción de las experiencias de los pacientes es que, mientras que la satisfacción es evaluada frente a las preferencias y expectativas personales, que varían ampliamente entre personas, las encuestas de experiencias son evaluadas frente a criterios específicos. Por

tanto, desviaciones del criterio representan potenciales desviaciones de calidad y descubren áreas en las que se debe incrementar ésta. De manera que sólo las encuestas de percepción de experiencias nos sirven para detectar desviaciones en la calidad⁴⁵.

La construcción de nuestro cuestionario se llevó a cabo en dos fases: una primera fase de estudio cualitativo, a través del método de grupos focales, y una segunda fase cuantitativa.

En la fase cualitativa exploramos qué aspectos de la relación entre fisioterapeuta y padre son importantes en la percepción de calidad de asistencia por parte de los padres y, por tanto, determinan que el servicio sea de calidad. Posteriormente, con los datos obtenidos en el estudio cualitativo elaboramos un cuestionario previo. Algunos autores han sugerido que los instrumentos de medida deben incluir sólo aspectos que predigan la evaluación general de la percepción de calidad, sin embargo, existe evidencia de que los pacientes pueden tener una percepción de calidad alta sobre un servicio y al mismo tiempo tener una pobre percepción de algunos de sus aspectos⁵⁸. Esto hace que sea necesario estudiar qué aspectos del cuidado constituyen alta calidad para el paciente. En la literatura médica hay numerosas referencias acerca de la utilización de las técnicas cualitativas como paso previo a la construcción de cuestionarios ya que, entre otras ventajas, permite el diseño de cuestionarios con una amplia perspectiva de los factores implicados⁵⁹.

En la fase cuantitativa, depuramos los ítems del cuestionario previo y probamos su validez y fiabilidad, a partir de los resultados de un test piloto.

En la actualidad existen algunos instrumentos que miden las experiencias de los padres en Atención Temprana. Sin embargo, ninguno de ellos está construido específicamente para medir las experiencias relativas a la calidad percibida en los servicios de fisioterapia, razón por la cual hemos querido cubrir este vacío importante.

OBJETIVOS

II. OBJETIVOS.

1. Explorar las experiencias de los padres de niños que reciben tratamiento de fisioterapia en los centros de Atención Temprana e identificar aspectos de la atención que pueden influir en sus percepciones sobre la calidad de la interacción con el fisioterapeuta.

2. Desarrollar y evaluar un instrumento de medida de las experiencias relevantes para la calidad percibida de la interacción entre los fisioterapeutas y los padres de niños atendidos en Atención Temprana.
 - 2.1. Construir ítems e identificar un modelo de medición de experiencias relevantes para la calidad percibida de padres de niños que reciben atención fisioterápica en Atención Temprana.

 - 2.2. Determinar el grado de fiabilidad y validez de las puntuaciones de las escalas del instrumento de medida.

 - 2.3. Analizar la aceptabilidad del instrumento de medida entre la población diana a la que va dirigido.

REVISIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

III. REVISIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

1. CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS DE ATENCIÓN TEMPRANA.

1.1. Concepto de Atención Temprana.

Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objeto dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar⁸

El trastorno del desarrollo debe considerarse como la desviación significativa del curso del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos que comprometen la evolución biológica, psicológica y social⁸.

La prevalencia de los trastornos de desarrollo en la infancia es difícil de establecer, al encontrarnos ante un continuo desde la normalidad a la patología, sin una línea que las separe. Según C. Bugié, considerando el amplio criterio propuesto se sitúa entre un 10 y un 15%⁹. Desde la perspectiva de los datos, según la Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS), en España el 2,24% de los niños/niñas de entre 0 y 6 años presenta alguna discapacidad. Existe otro 5% de niños/niñas de la misma franja de edad, dividido a partes iguales entre los que tienen un trastorno en el desarrollo que no derivará necesariamente en discapacidad (2,5%), y otro grupo idéntico que tiene riesgo biológico o social de presentar un trastorno. Todo ello sitúa el umbral en el 7% de la población de 0 a 6 años, como eventualmente necesitada y, por ende, potencial demandante de servicios de AT⁶⁰. La Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana- Grupo de Atención Temprana (GAT), por su parte, sitúa en el rango del 4 al 8% de la población infantil a la población objetivo de la AT⁶¹.

El principal objetivo de la Atención Temprana es que los niños que presentan trastornos del desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa posible su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal⁸. En este sentido, busca estimular y fomentar el desarrollo sensitivo-motor, emocional, social e intelectual del niño⁶². Todas las acciones que se llevan a cabo en Atención Temprana deben considerar no sólo al niño, sino también a la familia y a su entorno⁸.

Esta finalidad general se puede concretar en cuatro objetivos específicos: la prevención de deficiencias o dificultades, la detección de problemas asociados a una deficiencia o carencia socio-familiar, la estimulación del desarrollo, y la ayuda y asistencia a las familias^{8,62}.

Estos objetivos específicos se desarrollan dentro de los distintos niveles que abarca la Atención Temprana. A continuación vamos a describir estos niveles y los servicios implicados en cada uno de ellos⁶³.

I) Prevención primaria: son medidas de carácter universal para la promoción y la protección del desarrollo infantil. En este nivel habrá que conseguir la universalización, la gratuidad y la precocidad de la Atención Temprana, evitando la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil. Servicios competentes:

- Servicios de salud: programas de protección a las familias, atención a la mujer embarazada, salud materno-infantil, etc.
- Servicios sociales: prevención en situaciones de riesgo social, haciendo especial hincapié en el trabajo con familias.
- Servicios educativos: prevención de trastornos del desarrollo en poblaciones de alto riesgo, ofreciendo un entorno estable y estimulante para los niños.

II) Prevención secundaria: detección y diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo, constituyendo el paso imprescindible para el diagnóstico y la atención terapéutica. La no detección precoz de estos trastornos, según el Libro Blanco de la Atención Temprana⁸, puede producir un agravamiento de sus disfunciones y conflictos al no acceder a la ayuda terapéutica que precisan. Ignorar signos de alerta y síntomas precoces de psicopatología puede llevar a que estos se organicen en formas más estructuradas tales como el autismo, la psicosis, los procesos deficitarios, los estados depresivos o los desórdenes evolutivos precoces.

El diagnóstico en Atención Temprana debe contemplar los ámbitos biológicos, psicológicos, sociales y educativos; es, por tanto, necesaria la colaboración de distintas disciplinas: medicina, psicología, pedagogía y acción social. Servicios competentes:

- Etapa prenatal: servicios de obstetricia.
- Etapa perinatal: servicios de neonatología.
- Etapa postnatal: servicios de pediatría, servicios educativos, servicios sociales y entorno familiar.

III) Prevención terciaria: Agrupa todas las actividades dirigidas al niño, a su familia y su entorno con el objeto de atenuar o superar los trastornos o las disfunciones en su desarrollo previniendo trastornos secundarios.

La intervención debe iniciarse desde el momento en que se detecta la alteración desde la unidad de neonatología en el propio hospital, desde las consultas pediátricas o desde los centros escolares con el fin de poder derivar lo más tempranamente posible a los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT). Estos centros también participan en la prevención primaria y secundaria a través de la sensibilización, la prevención y la detección colaborando con otros centros y profesionales de su zona de influencia.

En línea con lo recogido en el Libro Blanco⁸, el conjunto de principios básicos sobre los que se debiera asentar la Atención Temprana ha de ser⁶¹:

1. Diálogo, integración y participación.
2. Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades, responsabilidad pública.
3. Interdisciplinaridad y elevada cualificación profesional.
4. Coordinación.
5. Descentralización.
6. Sectorización.

1.2. El contexto de la Atención Temprana en España.

Para entender la realidad actual de la situación de la Atención Temprana en nuestro país es necesario conocer los principales hitos históricos que nos han conducido a ella.

1.2.1. Desarrollo histórico de la Atención Temprana en España.

La Ley 193/1963, de 28 de diciembre, de Bases de la Seguridad Social abrió la misma a dos modalidades de prestaciones complementarias de las básicas: los servicios sociales y la asistencia social (bases 15ª y 16ª). Mediante el Decreto 2421/68 de 20 de septiembre, se crea el Servicio Social de Asistencia a Menores Subnormales. Por el Decreto 2531/1970, de 22 de mayo, sobre empleo de trabajadores minusválidos se regula el Servicio Social de Recuperación y de Rehabilitación de Minusválidos (SEREM), con carácter de servicio común de la Seguridad Social (art. 22.1), el cual jugó un papel decisivo en el desarrollo de la intervención en discapacidad.

Inicialmente, el SEREM centró su atención en los jóvenes y adultos afectos de deficiencias físicas, como correspondía al hecho de que dicho servicio fuera creado mediante un decreto, antes citado, sobre “empleo de trabajadores minusválidos”. Por el Decreto 731/1974, de 31 de marzo, el organismo SEREM pasa a tener responsabilidades en la edad infantil, al serle encomendada la gestión del Servicio Social de Asistencia a Subnormales, anteriormente indicado.

En el campo de la educación, fue de gran importancia la promulgación de la Ley 14/1970 de 4 de agosto, General de educación y de financiamiento de la reforma educativa (Ley Villar). La misma universaliza el derecho a la educación general básica y profesional de primer grado, que se declaran obligatorias y gratuitas (art. 2.2). Esta ley regula la educación especial (arts. 49 a 53) y la educación preescolar, para niños de dos a cinco años de edad y de régimen voluntario (art. 13.2).

Los tratamientos de estimulación precoz (según el uso léxico entonces dominante) emergen en España a comienzos del decenio de los 70. Las acciones pioneras se realizan en varios centros hospitalarios por iniciativas personales autónomas, aunque no produjeron un efecto de arrastre en las administraciones públicas. El SEREM se abre a la estimulación precoz en la segunda mitad de los pasados años 70 a través de su Servicio de minusválidos psíquicos, iniciando, en 1976, una línea de subvenciones -“ayudas”, en su terminología- a las iniciativas privadas.

En una segunda etapa, el SEREM, integrado, mediante el Real Decreto-Ley 36/1978 en el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), pasa a la provisión directa de estimulación precoz. Esto se vio favorecido por la relación con asociaciones y otras entidades especializadas. Las cuestiones sanitarias y de educación remitían a los ministerios expresamente competentes en las mismas, pero la Atención Temprana no estaba adscrita a ningún departamento y el SEREM le abrió su conciencia institucional.

Por otro lado, por Decreto 1151/75, de 23 de mayo, del Ministerio de Educación se crea el Instituto Nacional de Educación Especial y, en 1976, el Real Patronato de Educación Especial. En cumplimiento de su misión, el Real Patronato encomendó al Instituto de Educación Especial la elaboración del Plan nacional de educación especial, concluido en 1978. Estos son sus criterios respecto a la estimulación precoz:

“La integración a nivel preescolar, puede expresarse en los términos que siguen:

1.1. Tanto para la prevención como para el tratamiento educativo, es preciso que los servicios de estimulación empiecen lo más precozmente posible.

1.2. En edad preescolar, las necesidades educativas de los niños deficientes e inadaptados no requieren tanto centros donde escolarizarse, cuanto equipos profesionales que impulsen y vigilen su desarrollo, no debiendo el niño deficiente

estar separado de sus compañeros de igual edad. La normalización e integración son, en este nivel, principios de muy escasas excepciones.”.

Por su parte, el Plan nacional de prevención de la subnormalidad abordó, en su línea perinatólogica, la cuestión del diagnóstico precoz y aun de los centros de estudio de la maduración. En el período 1978-1982 se subvencionaron efectivamente las actividades de diagnóstico y de estudio de la maduración, así como las de estimulación precoz existentes a la sazón.

Durante la década de los ochenta esta atención se configuró como servicio a través de los centros base del INSERSO y de subvenciones a centros de iniciativa social, básicamente asociaciones de padres. Por Resolución de la Dirección General del INSERSO, de 11 de enero de 1981, se acuerda crear nueve “Servicios de estimulación precoz” en los centros base de Álava, Baleares, Burgos, Córdoba, Madrid, Pamplona, Segovia, Sevilla y Santa Cruz de Tenerife.

En los años finales del decenio de los 70 y primeros 80, la estimulación precoz se hallaba en pleno desarrollo, aunque era deficitaria en cuanto a su capacidad de servicio. Esto comportaba, entre otras cosas, que sólo una pequeña minoría de los potenciales usuarios la recibía y que, además, predominaban los accesos tardíos. Además, los equipos de estimulación precoz existentes seguían pautas técnicas diversas y no se disponía apenas de usos y procedimientos de intercambio y contraste científicos y técnicos. Esto era debido a dos razones: por un lado, en cuanto a los recursos humanos, la estimulación precoz no fue asumida decididamente por ninguna profesión; por otro lado, en cuanto a los recursos materiales, por el hecho de que ninguna institución pública decidió desarrollar de modo sistemático una red nacional de oferta.

Entre las personas y entidades comprometidas inicialmente con la Atención Temprana, muchas tomaron conciencia de estas deficiencias y decidieron actuar para superarlas o paliarlas. El hecho dinamizador, a partir del cual se inició un camino de coordinación de distintas iniciativas y de contraste y transmisión científica, fue el I Simposio iberoamericano de experiencias en estimulación temprana, celebrado en Madrid entre el 15 y el 17 de junio de 1987 y auspiciado por el Real Patronato. A partir de este primer simposio, distintas asociaciones de profesionales realizaron una activa labor: Grupo de

Prevención y Atención al Desarrollo Infantil (PADI), Grupo de Estudios Neonatológicos de la Comunidad de Madrid (GENMA), Grupo de Estudios Neonatológicos y de Servicios de Intervención (GENYSI), y Grupo de Atención temprana (GAT), llamado posteriormente Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. Este último se encargó de la confección del Libro blanco de la Atención Temprana, cuyo objetivo ha sido promover la extensión y convergencia de la Atención Temprana en las distintas comunidades autónomas españolas, y que ha sido de enorme influencia tanto en nuestro país como fuera de él, siendo traducido a varios idiomas.

Será el Ministerio de Educación y Ciencia quien, a partir del año 1986, mediante convenios de colaboración con distintas comunidades autónomas ponga regla a un "Programa de atención temprana e integración en la educación infantil", mediante resoluciones, que a fin de cuentas son normas de rango menor. En estas normas encontramos las referencias a los equipos de Atención Temprana y a su composición y atribuciones.

La primera Comunidad Autónoma que regula sobre la Atención Temprana en una norma con rango de Decreto es la catalana, en el año 1995. Pero será la Comunidad de Galicia la que en 1998 regule este tipo de prestación con un mayor detalle. No quiere ello decir que no existiera esta prestación en otras Comunidades (podemos encontrar referencias legales a convenios suscritos entre administraciones y asociaciones o convocatorias de subvenciones para el mantenimiento de centros y servicios de Atención Temprana). Lo que sucede es que no existe una normativa a nivel estatal que regule las bases de la Atención Temprana. Se deja en manos de la iniciativa social su puesta en marcha, su desarrollo y su regulación, limitándose las administraciones a ser proveedoras de los recursos económicos para su mantenimiento. Esto conlleva una enorme disparidad entre comunidades autónomas en cuanto a recursos humanos y materiales, normativas, accesibilidad, etc.

La Atención Temprana no ha sido decididamente asumida por ninguno de los sistemas de servicios que se ven implicados en ella: servicios sociales, sanitarios y educativos. Si bien es cierto que hay una tendencia general a establecer una mayor vinculación con los servicios sociales, no lo es menos que esto está determinado por la comunidad autónoma de que se trate. Esta disparidad puede provocar el que haya un distinto desarrollo del

derecho a la asistencia al niño con discapacidad o riesgo de padecerla según la parte de España en que este nazca.

Según Ponte⁶⁴, en la legislación de las autonomías sobre Atención Temprana “se revela una estimable concordancia en los objetivos (desarrollo personal e integración social), en el ámbito de aplicación (infancia con discapacidad 0-3/6 años) o en el reconocimiento del papel de la familia”. Y continúa, “sin embargo, en las leyes, programas y normas de desarrollo sectoriales se aprecia que cada autonomía ha valorado de forma diferente la importancia de principios como la participación, la interdisciplinariedad, la coordinación, la descentralización y la sectorización, que se consideran “básicos” en la atención infantil temprana, según el Libro Blanco de la Atención Temprana”.

A continuación vamos a examinar brevemente la normativa estatal vigente en las distintas instituciones implicadas en la Atención Temprana.

A. La normativa de sanidad.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud incluye en la Prestación de atención primaria actividades preventivas y rehabilitadoras (art. 12), pero no menciona expresamente la Atención Temprana. La misma puede ser introducida por cada Comunidad Autónoma, pero su establecimiento obligatorio y general en el Sistema Nacional de Salud necesitaría la aprobación de su Consejo Interterritorial (art. 20), lo que no se ha producido.

B. La normativa de educación.

La Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) incluye algunas disposiciones facilitadoras de la prestación de Atención Temprana por la rama educativa pública. La educación infantil cubre, en dos ciclos, desde los cero a los seis años de edad; se mantiene su carácter voluntario, pero la Ley garantiza la provisión pública de las plazas que se soliciten (art. 7). En la regulación de la educación especial, establece la Ley que “La atención a los alumnos con necesidades educativas especiales se iniciará desde el momento de su detección.” (art. 37.2). El Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con

necesidades educativas especiales encomienda esa detección y la evaluación de esas necesidades a los equipos de orientación educativa y psicopedagógica (art. 12.1). Además, reproduce el precepto legal sobre la inmediatez de la intervención, con fines de corrección y prevención, respecto a los pasos previos indicados, “en un contexto de máxima integración.” (art. 12.2). De este modo se confirma la apertura de la educación pública a la Atención Temprana.

C. La normativa de servicios sociales.

Como vimos, la rama pública de los servicios sociales intervino pronto en Atención Temprana mediante el SEREM. La competencia en dicha rama ha sido tomada en exclusiva por las Comunidades Autónomas, salvo la reserva que hace la Constitución al Estado central de la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social, la cual afecta a sus propios servicios sociales (art. 149.1.17°).

Las Comunidades Autónomas han promulgado leyes por las que desarrollan su competencia en dicha rama (a la que algunas denominaron “acción social”). Los contenidos de actividades que perfilan estas normas legales pueden abarcar la Atención Temprana, pero no establecen obligaciones públicas determinadas ni, menos aún, derechos subjetivos relativos a la misma. Ello no obstante, los departamentos competentes en servicios sociales de algunas Comunidades Autónomas están dedicando recursos estimables a la Atención Temprana, principalmente mediante apoyos a entidades privadas.

Desde la perspectiva de los Servicios Sociales, hay que notar que la transferencia de los recursos de Atención Temprana que se gestionaban desde el INSERSO vive un proceso de transferencia hacia las Comunidades Autónomas. Esta circunstancia ha contribuido a que cada Comunidad Autónoma, con sus criterios y su ritmo, haya generado un nuevo goteo de normativa sobre Atención Temprana. El Estado central no ha ejercido su competencia antes indicada mediante legislación básica en servicios sociales de la Seguridad Social.

1.2.2. Contexto de aplicación de la Atención Temprana en España.

A. El espacio físico.

Como consecuencia del desarrollo histórico y la normativa sobre Atención Temprana, los tipos de centro donde se llevan a cabo los programas de Atención Temprana en España son centros sanitarios, centros sociales y centros educativos. Entre ellos se incluyen tanto los propios de las distintas administraciones públicas, como los promovidos por entidades del movimiento asociativo de familiares, amigos y de personas con discapacidad. En este sentido, y como se destaca en el Libro Blanco⁸, el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) ha ido tomando cuerpo como la principal estructura específica.

Los CDIAT son servicios autónomos de referencia para la Atención Temprana. Estos centros, de carácter interdisciplinar, surgieron alrededor de los años 70 (en principio como “centros base”) y han ido experimentando una constante evolución a lo largo de su trayectoria histórica⁸. En ellos la asistencia es gratuita, deben ser de fácil acceso para las familias, por lo cual su ubicación será próxima a otros servicios comunitarios, en especial otros servicios de atención a la infancia como escuelas infantiles, centros de salud o centros de servicios sociales, y deben evitar las barreras arquitectónicas⁶⁵.

Además de los CDIAT, en la red pública de centros y servicios de Atención Temprana se integran los Equipos de Atención Temprana de los Centros Base, que son recursos públicos y gratuitos, y además servicios de Atención Temprana conveniados con distintas asociaciones que realizan una atención específica a niños con algún tipo de discapacidad (p.e., niños con deficiencia auditiva o niños con trastornos del espectro autista)⁶⁵. Existen, igualmente, recursos de Atención Temprana no integrados en estas estructuras, como son los servicios de educación especial de centros formativos o los recursos del Sistema Nacional de Salud.

B. El equipo de Atención Temprana

En Atención Temprana se ha de considerar al niño en su globalidad, teniendo en cuenta los aspectos intrapersonales, biológicos, psico-sociales y educativos, propios de cada

individuo, y los interpersonales, relacionados con su propio entorno, familia, escuela, cultura y contexto social⁸.

Para conseguir esto, los equipos de Atención Temprana están compuestos por una gran diversidad de profesionales que cubren las cuatro áreas fundamentales en la atención al desarrollo infantil: médica, psicológica, educativa y social. Estos equipos deben estar constituidos, como mínimo, por los siguientes profesionales: un especialista en apoyo familiar, con la titulación de licenciado en psicología, pedagogía o psicopedagogía; un especialista en desarrollo psicomotor, con la titulación de licenciado en psicología, pedagogía o psicopedagogía, o maestro con la especialidad de pedagogía terapéutica; un especialista en desarrollo neurofisiológico, con la titulación de diplomado en fisioterapia; un especialista en desarrollo del lenguaje y la comunicación, con titulación de maestro con la especialidad de audición y lenguaje o de diplomado en logopedia⁸.

Un concepto clave es el de flexibilidad en su composición, según las demandas y las necesidades. No hay modelos fijos y los papeles están bien diferenciados⁶⁶. Entre los profesionales que deben formar parte del equipo de Atención Temprana se encuentra el fisioterapeuta.

Este equipo debe tener una orientación transdisciplinar, evitándose la multiplicación de exámenes y terapeutas, pero asegurando que se consideren los aspectos médicos, educativos y psicológicos, así como las necesidades específicas de cada niño. Debe preservarse la especialización profesional, pero tiene que existir una base común de conocimiento de los distintos trastornos del desarrollo y del apoyo y atención a la familia para todos los profesionales.

La coordinación entre profesionales de diferentes ámbitos es fundamental para dar una atención temprana a las dificultades de los niños, así como para ayudar a las familias en estos momentos dándoles una información precisa, tanto del diagnóstico como de los recursos disponibles, y evitando, en lo posible, trámites administrativos e, incluso, informaciones diferentes y, a veces, contradictorias. Los profesionales implicados deben partir de la diferencia de contextos en los que actúan, contextos que se deben complementar y en los que se deben clarificar las funciones y los roles⁶⁷.

Tanto los contextos como las funciones de cada profesional se deben explicar a las familias, aunque al principio puedan resultarles confusos. La familia debe tener muy claro qué profesionales de referencia trabajan con su hijo así como sus funciones. Las relaciones entre los profesionales se deben basar en el respeto mutuo definiendo en todo momento qué tareas realiza cada uno⁶⁷.

Su intervención se planifica y programa de forma individual teniendo en cuenta las necesidades y las posibilidades de cada niño en cada área del desarrollo, así como a su familia y entorno. Para ello, la intervención se realiza en distintas fases⁶⁷

1. Valoración inicial de las necesidades del niño y de su familia.
2. Diseño del plan de intervención individual por los distintos servicios que intervengan con ese caso.
3. Intervención desde los servicios que se consideren adecuados: psicología, trabajo social, estimulación, logopedia, fisioterapia, psicomotricidad y/o psicoterapia.

Estas acciones se complementan con las funciones de información, orientación, formación y apoyo familiar, orientación sobre recursos externos beneficiosos para el desarrollo del niño y que faciliten el más alto nivel de integración, y la participación activa en la coordinación entre instituciones para realizar una intervención interdisciplinar⁶⁵.

El profesional responsable de la intervención se determina en función de la problemática principal del niño, y será la persona de referencia, siempre con el apoyo y asesoramiento del resto del equipo⁸.

La intervención puede realizarse en el medio de vida del niño, con y por los padres. En este caso los profesionales realizan ante todo una función de apoyo, consulta y orientación⁶². En otros casos se realiza en el propio centro de referencia (CDIAT u otros), o combinando ambos⁶⁸. Cuando el niño asiste a la escuela infantil, la atención considera también este ámbito y se realizan observaciones en el medio escolar, se asesora a educadores y maestros y se planifica, de forma conjunta, la intervención.

C. Realidad actual de la Atención Temprana en España

Creemos importante observar que en nuestro país existen, todavía, grandes diferencias en el contexto de la Atención Temprana entre distintas comunidades. A continuación presentamos un breve resumen de la situación en distintos aspectos:

Legislación: 14 comunidades tienen contemplada legalmente la Atención Temprana, 10 desde Servicios Sociales y 4 desde Salud. Todavía quedan 4 en las que la Atención Temprana no está regulada de ninguna manera.

Edad: en 4 comunidades, la Atención Temprana va dirigida a los niños de 0 a 3 años y, aunque 16 comunidades contemplan la edad 0-6 años, se observa la tendencia de retirar la Atención Temprana a los niños que inician la escolarización.

Grado de discapacidad: en 16 comunidades autónomas no es necesario el mínimo del 33% de minusvalía para acceder a la Atención Temprana. En 3 comunidades todavía es necesaria la condición de minusvalía para acceder a Atención Temprana. Este hecho supone que únicamente pueden ser atendidos aquellos niños diagnosticados de un trastorno en el desarrollo que conlleve una minusvalía lo cual deja fuera a todos aquellos que por antecedentes previos, sean de tipo biológico o social, puedan estar en riesgo de padecerlos, y a todos aquellos que aún no tienen un diagnóstico preciso pero que claramente tienen necesidad de AT.

Autonomía de los CDIAT: en 11 comunidades, los centros de Atención Temprana tienen autonomía para la recepción de casos. En 7 comunidades, los recursos de Atención Temprana no son autónomos para la recepción de casos. Esto suele suponer que a veces la intervención no se pueda iniciar en el momento más precoz y que la familia tenga que esperar a un diagnóstico previo para poder iniciar el tratamiento en el CDIAT.

Financiación: el 48,14% de los recursos tienen financiación pública, el 23,88% concertada, el 20,74 % subvencionada o por convenio y en un 7,24% son otras las formas de financiación.

Composición de los equipos: todavía se dan diferencias en la composición de los equipos. Estas diferencias en general vienen dadas por la historia y el momento de creación de estos servicios y también por el modelo teórico con que trabajan.

2. MODELOS DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA.

En el contexto de la Atención Temprana, el manejo de los niños tiene multitud de enfoques. Estos enfoques podemos observarlos desde dos perspectivas: según dónde se llevan a cabo las intervenciones, y según en quién está centrada la actuación.

Según el lugar donde se llevan a cabo, Gavidia identificó tres tipos de intervención: programas basados en el hogar, programas basados en el centro, y combinación de ambos⁶⁸.

Según en quién se centra la actuación, la Atención Temprana ha sufrido un cambio de orientación desde modelos centrados en el niño al denominado modelo centrado en la familia^{62,69-71}. Hasta hace varias décadas, el modelo de intervención en Atención Temprana estaba centrado en el niño: este siempre recibía el tratamiento directamente del profesional, pero no se incluía a la familia en el proceso. Sin embargo, desde hace algún tiempo, los modelos de intervención en el tratamiento de los niños han ido variando, pasando por el modelo centrado en la implicación de los padres, en el que estos actuaban realizando en casa actividades prescritas por los profesionales, pero sin tomar ninguna decisión al respecto, hasta finalmente llegar al modelo centrado en la familia. En este modelo los padres no sólo participan llevando a cabo los consejos del programa domiciliario, sino que a la hora de planificar y desarrollar los contenidos del programa, los profesionales del equipo de Atención Temprana tienen en cuenta sus opiniones, objetivos, preferencias y características^{19,70,72}.

El modelo de servicio centrado en la familia nace en Estados Unidos en los años 80, cuando la Division of Maternal and Child Health (DMCH), y posteriormente el Dr. Everett Koop, proclaman el rol esencial de la familia en la salud de los niños⁷². Posteriormente la DMCH funda la Association for the Care of Children's Health (ACCH) para desarrollar e implementar un programa a nivel nacional con el fin de impulsar el modelo entre los niños con necesidades especiales⁷². En 1987, la ACCH define el modelo de cuidados centrados en la familia y describe los componentes clave de su filosofía⁷³. En la actualidad este sistema se ha extendido a todo el mundo y a todos los servicios que realizan cuidados pediátricos, incluidos los servicios de fisioterapia.

El modelo de servicio centrado en la familia es una filosofía y un método de provisión de los servicios para el niño y los padres que enfatiza la colaboración entre los padres y los profesionales, especialmente focaliza el rol de la familia en la toma de decisiones con relación al niño, y reconoce a los padres como expertos sobre el estado de salud y necesidades del niño¹¹.

Este modelo está basado en la idea de que la familia es la fuente fundamental de fortaleza y apoyo para el niño. Los profesionales que trabajan en este modelo reconocen a los padres y otros familiares cercanos como expertos en su propio niño y poseedores de información esencial que puede mejorar los cuidados sanitarios de éste⁷³. Por eso, en este modelo las necesidades y deseos de la familia guían el modelo de intervención⁷⁴.

Law, Rosenbaum y King definen este modelo de servicio como “...un conjunto de valores, actitudes, y aproximaciones a los servicios para niños con necesidades especiales y sus familias. El modelo de servicio centrado en la familia reconoce que cada familia es única, que la familia es la constante en la vida del niño, y que ella es la experta en las capacidades y necesidades del niño. La familia trabaja conjuntamente con los proveedores para tomar decisiones informadas acerca de los servicios y los apoyos que reciben el niño y la familia. En el modelo de servicio centrado en la familia son consideradas las fortalezas y las necesidades de todos los miembros de la familia⁷⁵.”

Budreau y Chase, en un artículo de 1994, describen los 5 conceptos clave que deben servir como guía del modelo de intervención centrado en la familia: respeto a los valores, creencias y entorno cultural de la familia; intercambio de información entre padres y profesionales; colaboración entre ambos para la provisión de los servicios; apoyo entre las familias; e incremento de la confianza de los padres en sus habilidades para el cuidado de sus hijos⁷⁶.

En un sentido parecido se expresan Johnson et al., cuando describen los siguientes elementos clave del modelo de atención centrado en la familia: reconocer que la familia es la constante en la vida del niño, animar la colaboración entre familia y profesionales, tener en cuenta la diversidad de las familias, reconocer sus fortalezas, compartir información, facilitar el apoyo entre familias, entender las necesidades de desarrollo de los niños, apoyar emocionalmente a las familias y diseñar sistemas de salud accesibles⁷⁷.

El modelo de cuidados centrado en la familia implica garantizar que los padres tienen el control último en la toma de decisiones⁷⁴.

En este modelo la intervención terapéutica se planifica sobre la base de las hipótesis diagnósticas establecidas, en función de las dificultades y potencialidades del niño y del conocimiento de su realidad familiar y social. El objetivo prioritario de la intervención es ayudar a los padres a entender las dificultades o características de su hijo, sus posibilidades y sus limitaciones, y a encontrar las estrategias más adecuadas para promover su desarrollo. Para conseguir este objetivo se necesita, además del conocimiento del propio niño, estudiar la dinámica de la familia (sus patrones relacionales, expectativas y prioridades), pues el conocimiento de estas realidades es la clave para hacer propuestas terapéuticas adecuadas que la familia pueda asumir. En todos los casos, se considera y planifica la atención al niño y la atención a la familia⁶⁵.

El modelo centrado en la familia enfatiza, pues, en aspectos interpersonales de la asistencia^{78,79}. Estos aspectos incluyen las habilidades o comportamientos que los terapeutas utilizan durante su interacción con las familias. Los tres campos que aparecen repetidamente en la investigación que examina los aspectos interpersonales de la asistencia en Atención Temprana son: 1) intercambio de información, 2) cuidados respetuosos y que apoyen a la familia y 3) establecimiento de una asociación entre los padres y los profesionales que tratan a su niño⁷⁹. El intercambio de información se refiere a las características de comunicación entre los terapeutas y los padres. El cuidado respetuoso y apoyando a la familia se refiere a la sensibilidad interpersonal de parte del terapeuta que asegure que los padres se sienten respetados y apoyados. El establecimiento de una asociación se refiere a las prácticas del terapeuta que fomenten la colaboración con los padres y apoyen sus roles como tomadores de decisiones y defensores de sus hijos⁷⁸⁻⁸⁰.

Los beneficios del modelo centrado en la familia incluyen: mayores sentimientos de confianza y competencia en el cuidado del niño por parte de los miembros de la familia⁸¹; disminución en la dependencia de las familias con respecto al profesional sanitario; disminución del coste de los cuidados; mayor satisfacción laboral para los profesionales sanitarios; mayor facilidad para padres y profesionales sanitarios para desarrollar habilidades⁷³; mayores avances en el desarrollo psicomotor y en el desarrollo de

habilidades psico-sociales en el niño⁸²⁻⁸⁵; mayor satisfacción de los padres con el servicio⁷⁵; menor estrés y mayor bienestar emocional de padres e hijos^{17,76,77,86-88}.

Sin embargo, a pesar de existir acuerdo sobre la conveniencia de proveer cuidados basados en el modelo centrado en la familia⁸⁹⁻⁹², los profesionales sanitarios encuentran dificultades para desarrollar planes basados en él²². Este modelo requiere que los profesionales sanitarios cambien desde una visión de los cuidados sanitarios centrados en el profesional a un modelo colaborativo que reconoce a las familias como el eje central en la vida de los niños y considera fundamentales sus valores y prioridades⁹³.

Los investigadores piensan que las dificultades de los profesionales sanitarios se deben a la falta de comprensión de las necesidades de las familias, así como a una falta de conocimiento de los elementos que componen el modelo y de cómo implementarlo²². Gran parte de estos problemas se debe a la gran diferencia existente entre las necesidades percibidas por los propios padres y las necesidades de los padres percibidas por los proveedores⁹³.

Por otro lado, en una investigación llevada a cabo por King, Kertoy, et al⁹⁴, demostraron que fuertes creencias de los proveedores sobre los principios de esta filosofía de tratamiento, así como sobre sus beneficios, determinan una mayor sensibilidad interpersonal y un trato más respetuoso hacia los padres y, por otro lado, fuertes creencias sobre su capacidad para implementar el servicio siguiendo esta filosofía, determinan mayores niveles en aspectos tanto técnicos como interpersonales de los cuidados.

Para los fisioterapeutas la asunción de este modelo ha supuesto nuevas implicaciones. Ahora se espera que los fisioterapeutas realicen sus intervenciones con el niño en el contexto de la familia y que apoyen a los niños y las familias en el entorno comunitario donde viven y aprenden. Esto implica otros desafíos como, por ejemplo, encontrar la forma en que deben obtener y utilizar la información procedente de los padres, encontrar qué forma de terapia es la que más se adapta a cada familia, ser un recurso de la familia y no sólo un experto que diagnostica y que provee terapia, etc⁹⁵.

Aunque se ha insistido sobre los nuevos roles que deben ocupar los fisioterapeutas para la atención de los niños⁹⁶, poco es conocido en relación a cómo perciben los padres la

atención proporcionada por los fisioterapeutas en los servicios de rehabilitación que ofrecen servicios a los niños con discapacidades y en los centros de Atención Temprana¹⁹.

Sin embargo, la percepción de los padres de niños con discapacidad atendidos en centros de Atención Temprana o en servicios de rehabilitación en relación con la atención multiprofesional que reciben es un aspecto relevante porque se ha asociado a un incremento en la satisfacción de los padres, a una reducción en los niveles de estrés de estos y a resultados positivos en los niños¹¹⁻¹³.

Además, para poder hacer frente al reto, necesitamos definir qué significa calidad en este nuevo modelo, cuáles son sus dimensiones, cuál es la mejor manera de medir la calidad y/o cada una de sus dimensiones, y crear instrumentos que nos permitan realizar esta medición de forma fácil, válida y fiable. Por esto nos hemos centrado en la evaluación de la calidad de las interacciones entre los padres de niños en Atención Temprana y los fisioterapeutas que tratan a sus hijos, desde el punto de vista de las percepciones que tienen los padres, basadas en sus experiencias en esta relación.

Las siguientes páginas analizan el concepto, naturaleza y dimensiones de la calidad percibida, para terminar describiendo formas de evaluar esta que son aceptadas en la actualidad.

3. CONCEPTO DE CALIDAD PERCIBIDA.

Desde el área empresarial se define la calidad percibida como un constructo resultante de las percepciones que tienen los clientes del servicio. Algunos autores lo han descrito como un juicio global de la calidad de un servicio²⁹, mientras que otros lo han definido como un constructo similar a una actitud⁵⁴.

La intangibilidad del servicio hace que dichas percepciones sean basadas en la experiencia y absolutamente subjetivas⁹⁷. De hecho, Valls y colaboradores (2003) definen el concepto de percepción e indican que es “la forma en que cada cliente recoge, procesa e interpreta la información que proviene del entorno, siendo una representación del mundo real”⁹⁸. Esta aproximación para evaluar la calidad difiere de la llamada “calidad objetiva” basada en la evaluación objetiva de eventos⁹⁹.

3.1. Relevancia de la calidad percibida en los servicios de salud.

La prestación de un servicio sanitario es muy diferente al resto de servicios clásicamente estudiados en la literatura sobre calidad del servicio (bancos, comercios, restaurantes, etc.) por diversos motivos: I) la interacción entre el profesional y el usuario suele ser de larga duración y de naturaleza más íntima, II) la terapia conlleva mucho contacto físico que normalmente requiere la participación activa del usuario y, en ocasiones, puede ser dolorosa; III) parte del tratamiento se realiza en el mismo lugar en que se encuentran otros usuarios, debiendo compartir espacio físico y equipamiento, y IV) el resultado esperado no siempre es la mejoría absoluta del estado de salud sino que parte del tratamiento puede consistir en aprender a vivir con la discapacidad¹⁰⁰.

Estas y otras diferencias sugieren que la conceptualización de la calidad en este tipo de servicios debe ser específica¹⁰¹.

La evaluación de la calidad de los servicios de salud ha sufrido una evolución considerable. Inicialmente se centró en la calidad de la realización del servicio y su adaptación a las especificaciones fijadas por los proveedores, abordándose como si se tratara de calidad de un objeto material^{102,103}. Más tarde, el concepto se desplaza hacia la perspectiva del consumidor pasando de una calidad objetiva a una calidad subjetiva

basada en las percepciones del consumidor, motivo por el cual algunos autores han venido a llamarla calidad percibida²⁶.

En la actualidad, la perspectiva del usuario aparece como un indicador significativo de calidad en el área de la salud, y puede representar la perspectiva más importante^{104,105}. Las investigaciones muestran que la calidad técnica se queda corta en cuanto a su utilidad real para medir y describir cómo los usuarios perciben la calidad del servicio en el contexto de la salud³¹. Esto fundamenta y refuerza la necesidad de realizar mediciones enfocadas en la perspectiva de los usuarios (calidad funcional), aunque no posean los conocimientos para evaluar la calidad de los diagnósticos y los procesos de intervención terapéutica a los que se someten³².

La medición de la calidad percibida es aún más importante si tenemos en cuenta que la percepción del servicio que tienen los usuarios suele ser diferente de la que tienen los profesionales sanitarios¹⁰⁶. Las percepciones de los usuarios sobre la calidad del servicio están construidas de forma más general que las de los profesionales, y basadas en una visión más holística de su experiencia como usuarios del servicio. Además, aunque pueden incluir valoraciones sobre la calidad técnica, suelen centrarse en aspectos aparentemente periféricos como es la interacción con el profesional, los aspectos físicos y la calidad del ambiente donde se desarrolla la atención sanitaria¹⁰¹.

De acuerdo con este razonamiento, no importa si el usuario está en lo correcto o no en su juicio, lo realmente válido es cómo siente y percibe la experiencia del servicio¹⁰⁷.

3.2. Relación entre calidad percibida y satisfacción.

El concepto de calidad del servicio se ha tratado de definir a partir de su diferenciación con el concepto de satisfacción del usuario. Son muchos los autores que han trabajado en la construcción de modelos teóricos sobre satisfacción de usuarios y calidad percibida, aplicables al sector sanitario, que recojan y expliquen los cambios en la satisfacción y los relacionen con las expectativas que los usuarios tienen hacia los servicios de salud¹⁰⁸⁻¹¹².

Sin lugar a dudas, satisfacción y calidad percibida son conceptos íntimamente relacionados. Un gran número de autores señala que la calidad percibida y la satisfacción

son dos de las principales áreas de estudio sobre el comportamiento del cliente, y ambas comparten la importancia del punto de vista de éste al valorar el servicio¹¹³⁻¹¹⁷. Según varios autores, la satisfacción del usuario o la insatisfacción, al igual que la calidad de servicio, surgen de la discrepancia entre las expectativas y el resultado actual^{118,119}. Por tanto, las definiciones de satisfacción y calidad percibida tienen en común aspectos como los resultados de la atención y las percepciones de la atención recibida¹²⁰.

Sin embargo, existen diferencias entre ambos conceptos. Los investigadores han distinguido entre calidad percibida y satisfacción en función del nivel en que son medidos: la satisfacción suele definirse como una respuesta afectiva⁵⁷ y hace referencia a una valoración específica de una transacción, mientras que la calidad percibida representa un juicio cognitivo que abarca una valoración global del servicio^{33,55}. Casi todos los expertos concuerdan en que la satisfacción del usuario es una medida a corto plazo, específica de las transacciones. En cambio, la calidad percibida de los servicios es una actitud a largo plazo resultante de una evaluación global de un desempeño.

La similitud de los conceptos satisfacción y calidad percibida ha llevado a la inexistencia de acuerdo a la hora de determinar qué relación existe entre ambos. Esta distinción es importante en la gestión de la calidad porque los proveedores del servicio necesitan saber si su objetivo debe ser tener a los pacientes satisfechos con la prestación recibida o alcanzar el máximo nivel de calidad percibida del servicio¹²¹. La importancia de este tema ha llevado a numerosos autores a realizar sus aportaciones para aclarar la relación existente entre satisfacción y calidad percibida del servicio.

Son varios los autores que afirman que la satisfacción es un antecedente de la calidad de servicio, de forma que la primera influye en las evaluaciones de la segunda^{97,119}. En dirección opuesta, otros autores, entre los que destacan los trabajos de Oliver, demuestran que es la calidad de servicio la que tiene un efecto significativo en la satisfacción del consumidor¹²².

En 1993, Oliver propuso un modelo de relación entre ambos conceptos según el cual tanto las expectativas como la calidad percibida serían antecedentes de la satisfacción¹²³. Spreng y Mackoy (1996) pusieron a prueba el modelo propuesto por Oliver confirmándolo parcialmente, ya que, aunque satisfacción y calidad percibida son dos

conceptos altamente interrelacionados, las expectativas resultaron ser también un antecedente de la calidad percibida¹²⁴.

En 1988 Parasuraman, Zeithaml y Berry crearon el instrumento SERVQUAL (SERVice QUALity)⁵⁴. Este instrumento está formado por un cuestionario con dos partes que miden expectativas y percepciones respectivamente. Según estos autores, la calidad del servicio se puede determinar comparando las puntuaciones obtenidas en los dos cuestionarios. Confirmando la teoría de Oliver, varios autores que han realizado estudios con el cuestionario SERVQUAL pusieron de manifiesto que, efectivamente, la calidad percibida es un determinante de la satisfacción del usuario, mientras que la satisfacción no influye en la calidad percibida¹²⁵. Curiosamente, sus resultados sugieren que, aunque la calidad del servicio permanezca constante, el nivel de satisfacción tiende a disminuir porque se necesita mejorar continuamente para lograr “impresionar” al usuario, es decir, la calidad percibida está relacionada positivamente con satisfacción pero, una vez establecida esta relación, el nivel de satisfacción puede no ser constante a menos que se realicen continuas mejoras que aseguren una percepción de mayor calidad del servicio por parte del usuario¹²⁶.

Dabholkar, en el año 2000, confirma que la satisfacción del usuario y la calidad percibida son constructos distintos y sostiene que la satisfacción resulta ser mejor predictor de las intenciones del usuario respecto al servicio, mientras que la calidad percibida está más relacionada con la valoración de factores específicos del mismo. Así, la satisfacción puede ser vista como mediadora entre la calidad percibida y las intenciones del usuario¹²⁷.

4. PARADIGMAS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL JUICIO DE CALIDAD.

La conceptualización y medida de la calidad percibida es uno de los temas más debatidos y controvertidos en las publicaciones de calidad empresarial hasta la fecha³⁵. Un análisis de las publicaciones en esta materia muestra que el objetivo de los investigadores ha sido encontrar una conceptualización y medición estándar que pudieran ser usadas en el marco de cualquier tipo de servicio¹²⁸.

El debate principal sobre la conceptualización de la calidad percibida consiste en explicar su naturaleza, esto es, el proceso mediante el cual los usuarios se forman una opinión sobre la calidad del servicio recibido. Las principales corrientes que ha existido al respecto son las que se explican a continuación: I) paradigma de desconfirmación de expectativas, y II) valoración del desempeño. La figura 1 recoge las diferencias fundamentales entre estos dos paradigmas bajo los que se construyen los modelos de evaluación de la calidad percibida.

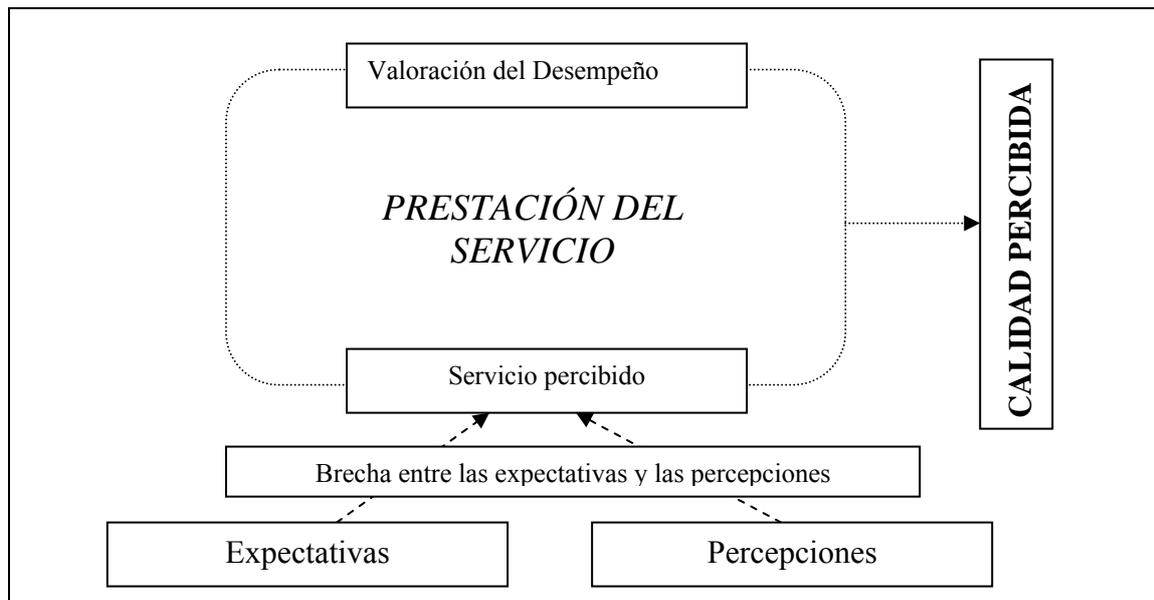


Figura 1. Representación de los paradigmas de construcción del juicio de calidad del servicio
Fuente: Elaboración propia a partir de Suuroja M. *Service quality: main conceptualizations and critique*. Estonia: Tartu University Press, 2003.

4.1. Desconfirmación de expectativas.

La conceptualización más tradicional de calidad percibida está basada en este paradigma definido por Oliver en 1980, donde la calidad percibida es el resultado de comparar las percepciones en la experiencia del servicio con algún tipo de referencia (expectativas,

deseos, normas, etc)¹²². Por ejemplo, Grönroos (1982) define la calidad percibida del servicio como “el resultado de un proceso de evaluación, donde el usuario compara sus expectativas con el servicio que ha recibido”²⁸. Parasuraman, Zeithaml y Berry (1994) se apoyan en él y definen la calidad percibida como “una forma de actitud, relacionada pero no equivalente a la satisfacción, que resulta de la comparación de las expectativas del usuario con la percepción del servicio recibido”⁵⁴.

Según este enfoque, se entiende que la calidad percibida es el resultado de la diferencia entre lo que el usuario esperaba que ocurriera y lo que percibe que ha obtenido. Así, la percepción de calidad será positiva si se confirman sus expectativas, mientras que será negativa si el usuario posee una expectativa exigente y percibe haber recibido un mal servicio.

Parasuraman y colaboradores (1988) consideran las expectativas como “los deseos o necesidades de los consumidores, por ejemplo, lo que sienten que debe ser entregado por un proveedor de servicios más que lo que podría ser ofrecido”⁵⁴. Estos autores conceptualizan las percepciones como “las creencias de los consumidores relativas al servicio recibido”⁵⁴. Las expectativas son definidas por Oliver (1980) como “pensamientos que crean en el consumidor un marco de referencia a partir del cual hace juicios comparativos entre lo esperado y lo percibido”¹²².

Dentro de los distintos trabajos que hemos mencionado hasta el momento el estándar utilizado ha sido el de las expectativas. Sin embargo, éstas no son más que uno de los posibles marcos de referencia que se pueden utilizar para evaluar los servicios. Otros estudios se han desarrollado bajo la óptica de otros estándares, como pudieran ser los deseos¹²⁹⁻¹³², las normas basadas en la experiencia¹³², los esquemas¹³³ o el rendimiento ideal¹³⁴.

A diferencia de lo que ocurre con la satisfacción, donde se comparan las percepciones de los usuarios con lo que normalmente esperarían, la calidad percibida de los servicios compara las percepciones de los usuarios con lo que un usuario debería esperar de una empresa que ofrece servicios de elevada calidad; es decir, tal y como lo argumentan Hoffman y Bateson (2002), “la calidad de los servicios parece medir un parámetro más alto de la prestación del servicio”¹³⁵.

4.2. Valoración del desempeño.

La segunda aproximación a la construcción del juicio de calidad del servicio considera como variable de entrada únicamente las percepciones del usuario sobre el desempeño del servicio prestado.

Este paradigma nace como resultado de las investigaciones realizadas por Cronin y Taylor (1992, 1994)^{33,136}. Según su criterio, las conceptualizaciones y mediciones actuales de la calidad del servicio están basadas en un paradigma defectuoso, que no es el más adecuado para conceptualizar la calidad del servicio debido a la inclusión de las expectativas del usuario.

Las expectativas son el componente de los modelos de conceptualización y medición de la calidad del servicio que más controversias ha suscitado por los problemas de interpretación que plantea a los encuestados y porque suponen una redundancia dentro del modelo, ya que las percepciones están influidas por las expectativas. Mc Dougall y Levesque, en un artículo de 1994, también creen ineficiente e innecesario incluir las expectativas. Sustentan su afirmación en el hecho de que las personas tienden a indicar muchas expectativas, mientras las percepciones raramente logran excederlas¹³⁷.

Esta es la principal razón que lleva a Cronin y Taylor, en 1994, a desarrollar este nuevo marco de conceptualización de la calidad percibida. Basándose en una serie de cuestionarios, contrastaron la medición de la calidad realizada mediante la discrepancia entre expectativas y percepciones de los usuarios y la realizada solamente con las percepciones o actitudes de los mismos. Según las pruebas practicadas por Cronin y Taylor (1994), la valoración del desempeño parece representar más de cerca la realidad sobre la construcción del juicio de calidad¹³⁶.

5. DIMENSIONES Y ANTECEDENTES DE LA CALIDAD PERCIBIDA.

La conceptualización tradicional de la calidad percibida es multidimensional y se basa en considerar a un conjunto de factores o atributos del servicio como dimensiones porque el usuario es capaz de generar sus percepciones o evaluaciones sobre ellos. La calidad global del servicio no se ve, por tanto, como una valoración superior a los factores relacionados con ella, sino más bien como una suma de componentes o dimensiones. Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1988) señalan que "se puede obtener una medición general de la calidad en base a la media de las puntuaciones en las cinco dimensiones que considera su modelo"⁵⁴.

Dentro de esta corriente o perspectiva multidimensional de la calidad percibida, un grupo de trabajos recientes han propuesto que las percepciones o evaluaciones de la calidad del servicio son también jerarquizadas. Así, las dimensiones no se organizan en una estructura sencilla sino que adoptan una organización jerárquica y multinivel donde las dimensiones se dividen en subdimensiones, asumiendo una estructura más llena de matices que responde mejor a la complejidad de las percepciones humanas^{35,138}. Esta última aproximación recoge el hecho de que en la evaluación de la calidad del servicio los usuarios suelen hacer tanto una evaluación global como evaluaciones parciales de diferentes aspectos del servicio (las denominadas dimensiones en la literatura).

Una conceptualización diferente de los factores o aspectos del servicio como dimensiones de la calidad es la desarrollada por Dabholkar en el año 2000. Según este autor, los factores relevantes del servicio no deben ser considerados como dimensiones componentes de la calidad sino como antecedentes de la calidad global del servicio¹²⁷. Este enfoque considera que los usuarios no sólo evalúan los diferentes factores relacionados con el servicio, sino que también forman un juicio global de la calidad del servicio, el cual no corresponde exactamente con la suma de todos los componentes.

5.1. La calidad percibida como agregación de dimensiones.

Según esta perspectiva, el juicio de calidad del servicio se construye mediante la agregación de los atributos en los que se fijan los usuarios para valorarla. La multidimensionalidad del concepto de calidad percibida está justificada ampliamente de

forma teórica pero falta consenso respecto a la naturaleza y el contenido de las dimensiones que lo constituyen¹³⁸.

La universalidad de estas dimensiones ha sido cuestionada por varios autores que afirman que la cantidad y naturaleza de las dimensiones o componentes de la calidad percibida de un servicio dependen del contexto analizado, lo que hace necesario desarrollar metodologías de investigación que descubran las dimensiones particulares de cada contexto^{43,44}.

Los investigadores generalmente han adoptado una de las dos conceptualizaciones clásicas: la primera es la perspectiva nórdica, que define las dimensiones de la calidad percibida en términos generales, y la segunda es la escuela norteamericana que emplea atributos que describen las características del servicio. Aunque esta última es la que tiene más seguidores no existe consenso sobre cuál, si es que es alguna, supone la aproximación más acertada.

5.1.1. La escuela nórdica.

Sus contribuciones se basan en la tridimensionalidad de la calidad de servicio que, generalmente, constituyen las principales partes en que se divide naturalmente el proceso de producción de un servicio.

El mayor exponente de esta escuela es Grönroos²⁸, quien establece que la calidad percibida en los servicios puede dividirse en: calidad técnica, calidad funcional y la imagen corporativa. La calidad técnica se enfoca en un servicio técnicamente correcto y que conduzca a un resultado aceptable (soporte físico, los medios materiales, la organización interna, etc); es lo que el consumidor recibe. La calidad funcional se relaciona con la manera en que se presta el servicio al usuario. La forma en que los usuarios perciben la empresa es la imagen corporativa.

Grönroos (1988) afirma que el nivel de calidad total percibida no está determinado realmente por el nivel objetivo de las dimensiones de la calidad técnica y funcional sino que está dado por las diferencias entre la calidad experimentada y la calidad esperada¹³⁹ (paradigma de desconfirmación de expectativas propuesto por Oliver¹²²). La figura 3

presenta un esquema del modelo de evaluación de la calidad percibida del servicio según Grönroos.

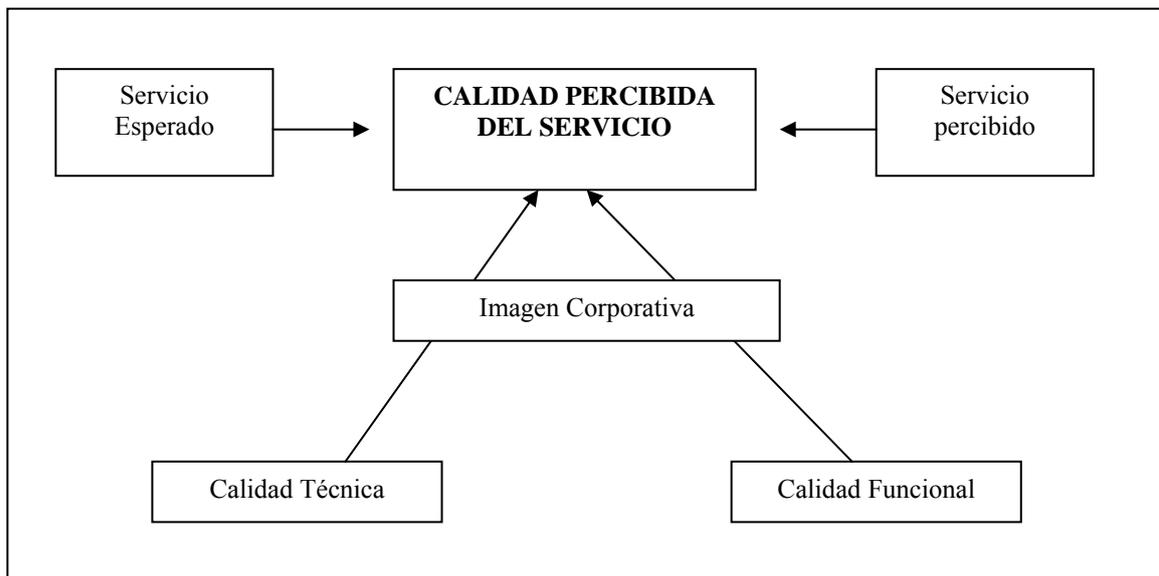


Figura 2. Modelo de evaluación de la calidad del servicio percibida de Grönroos (1988)

Fuente: Elaboración propia a partir de Grönroos C. *Service quality: The six criteria of good service quality. Review of Business. New York: St. John's University Press; 1988.*

En opinión de Kang (2006), la calidad técnica que postula Grönroos²⁸ puede ser difícil de evaluar en algunos servicios. Es el caso de los servicios de salud, donde resulta complicado para un paciente evaluar la competencia técnica del proveedor o el resultado inmediato del tratamiento. Esta falta de habilidad o conocimiento para valorar la calidad técnica hace que los usuarios de este tipo de servicios se centren en la evaluación de otras medidas de la calidad, como son los atributos asociados con los procesos de atención¹⁴⁰.

Finalmente, Rust y Oliver¹⁴¹ ofrecen un modelo que trata de completar la propuesta de Grönroos. Según estos autores, los factores que reúnen las percepciones de los usuarios respecto a la calidad de un servicio son: las características del servicio en sí (equivalente a la calidad técnica de Grönroos), el modo en que se presta el servicio (calidad funcional) y el ambiente en que este se desarrolla. Sustituye la imagen corporativa por el ambiente (figura 3).

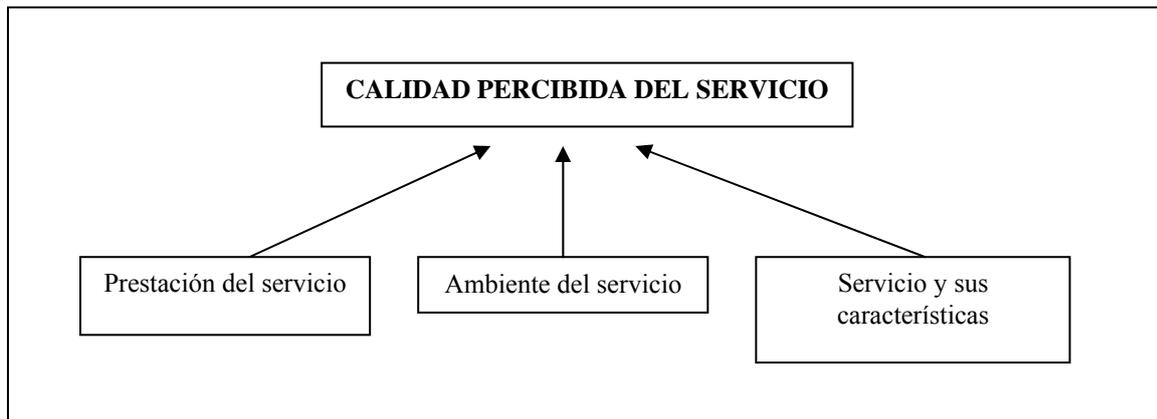


Figura 3. Modelo de evaluación de la calidad percibida del servicio de Rust y Oliver (1994)

Fuente: Elaboración propia a partir de Rust RA, Oliver RL. *Service quality. New directions in theory and practice*. California: Sage Publications, 1994.

La prestación del servicio hace referencia a las relaciones establecidas entre el usuario y el proveedor durante la realización del servicio. El ambiente del servicio está subdividido en dos perspectivas: la interna (del proveedor del servicio), que se enfoca a la cultura organizacional, y la externa, que se orienta principalmente al ambiente físico de la prestación del servicio. Por último, el servicio y sus características se refieren al diseño del servicio antes de ser entregado al cliente, siendo el punto clave las características relevantes o especificaciones a ofrecer.

5.1.2. La escuela norteamericana.

Los aportes de la escuela norteamericana siguen los dos paradigmas anteriormente comentados sobre la construcción del juicio de calidad percibida. Por un lado un grupo de autores plantea que la calidad percibida es el juicio que el cliente realiza acerca de la superioridad o excelencia global del servicio, y que se describe como el grado de las discrepancias entre las percepciones y las expectativas de los consumidores (similar a la escuela nórdica). Por otro lado, otros autores defienden la calidad como un fenómeno que debe ser medido en función únicamente del desempeño, y en el que no se deben tomar en cuenta las expectativas³³.

La escuela norteamericana originalmente, a diferencia de la escuela nórdica, además del diseño del modelo conceptual multidimensional incorpora el diseño de instrumentos de medida para la evaluación de la calidad del servicio, lo que ha supuesto un fuerte impulso

para su aceptación y aplicación en las organizaciones. Esta escuela es la que ha generado mayor cantidad de estudios.

A diferencia de la escuela nórdica, que establece dimensiones más generales, la escuela norteamericana establece como dimensiones los atributos que describen características específicas del servicio. Otro punto de discrepancia lo encontramos en la cantidad de dimensiones consideradas, ya que entre los seguidores de la escuela norteamericana no existe consenso a este respecto y cada autor propone un número distinto dependiendo del ámbito de investigación. A continuación se presentan las contribuciones más relevantes de esta escuela.

Dentro de la escuela norteamericana podemos identificar dos tendencias: la consideración de todos los factores relevantes de la calidad a un mismo nivel, y la existencia de una organización jerárquica y multinivel que considera dimensiones y subdimensiones de la calidad percibida.

A. Estructura no jerarquizada de las dimensiones.

Posiblemente, la relación más amplia y divulgada de dimensiones de la calidad del servicio es la propuesta de Parasuraman, Zeithaml y Berry en 1985. Estos autores siguen el paradigma de la desconfirmación de expectativas. A partir de un extenso grupo de entrevistas identificaron 10 determinantes de la calidad del servicio. En teoría, todos los comentarios realizados por los consumidores en estas entrevistas sobre diversos aspectos como las expectativas creadas en torno a los servicios, las prioridades y experiencias vividas, se incluían dentro de alguno de esos 10 factores¹⁴².

Aunque manifiestan que la importancia relativa de los factores varía entre diferentes tipos de servicios y usuarios, defienden que los determinantes de la calidad del servicio para la mayor parte de los usuarios se pueden incluir en dicha lista. Distinguen las siguientes dimensiones iniciales: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, información y empatía. Su conceptualización se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Definición de las 10 dimensiones de calidad percibida, según Parasuraman y col (1985)

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN
Elementos tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación
Fiabilidad	Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa
Capacidad de respuesta	Disposición y voluntad de los empleados para ayudar al cliente y proporcionar el servicio
Competencia	Habilidades y conocimientos para prestar un buen servicio
Cortesía	Respeto, amabilidad y consideración del personal con los usuarios
Credibilidad	Confianza, honestidad y tener presente el interés del usuario
Seguridad	Seguridad física e intimidad.
Accesibilidad	Acercamiento y facilidad del contacto del usuario con la empresa
Información	Mantener a los clientes informados en un lenguaje sencillo y que se les escuche
Empatía	Atención individualizada que se ofrece al usuario.

Por medio de la validación empírica y el desarrollo de procedimientos rigurosos, redujeron, en 1988, las diez dimensiones originalmente halladas a cinco dimensiones de la calidad de servicio, a saber: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía⁵⁴ (Tabla 2). A partir de este momento, la mayoría de los resultados propuestos parten de las dimensiones sugeridas por estos autores.

Tabla 2. Definición de las 5 dimensiones de calidad percibida, según Parasuraman y col (1988)

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN
Elementos tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación
Fiabilidad	Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa
Capacidad de respuesta	Disposición y voluntad de los empleados para ayudar al cliente y proporcionar el servicio
Seguridad	Conocimiento y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza. Agrupa a las anteriores dimensiones de competencia, cortesía, credibilidad y seguridad.
Empatía	Atención individualizada que se ofrece al usuario. Agrupa a los anteriores criterios de accesibilidad, información y empatía.

Son numerosos los autores que analizan y, en algunos casos, reforman el modelo de multidimensionalidad de la calidad percibida de Parasuraman: Bowers, Swan y Koehler¹⁴³⁻¹⁴⁵. Sin embargo, la mayoría de estudios que han tratado de confirmar o refutar las propuestas de estos autores en distintos servicios han llegado a la conclusión de que las estructuras dimensionales estandarizadas no son genéricas, es decir, no son aplicables a cualquier tipo de servicio^{44,127,146-148}, lo que confirma la idea de que los determinantes de la calidad del servicio son únicos para cada sector, dependiendo de las características específicas del mismo.

Resumiendo, tenemos que los investigadores han avanzado desarrollando versiones modificadas, bien del modelo de Grönroos (modelo nórdico de 3 dimensiones), o bien del modelo de Parasuraman (modelo americano de 5 dimensiones). De este modo, la calidad percibida de un servicio se materializa: I) según Grönroos en aspectos técnicos y funcionales²⁸ II) según Rust y Oliver en atributos del servicio como producto del desarrollo del servicio y del ambiente en que este se presta¹⁴¹; o III) en el caso de Parasuraman y colaboradores en la fiabilidad, las capacidades de respuesta, la empatía, los elementos tangibles y la seguridad asociadas a la experiencia del servicio, dependiendo de las características del sector⁵⁴.

B. Estructura jerarquizada de las dimensiones.

Según esta perspectiva, el concepto de calidad percibida no puede ser considerado como la simple suma de dimensiones sino más bien como una estructura jerárquica donde las dimensiones constituyen valoraciones parciales del juicio global de calidad.

Carman (1990) fue el primero que constató que los usuarios tienden a dividir las dimensiones de la calidad del servicio en subdimensiones⁴³. Existe un apoyo teórico importante a este modelo multidimensional y multinivel de la calidad percibida^{136,149}, pero no hay tanto consenso a la hora de definir los atributos o factores que definen estas subdimensiones.

Dabholkar, Torpe y Rentz (1996) confirman las afirmaciones de Carman y afirman que los usuarios piensan en la calidad del servicio en 3 niveles diferentes: un nivel de dimensiones (al que denominan nivel integrado), un nivel de subdimensiones (nivel de atributos) y un nivel de juicio global de la calidad¹⁴⁹.

Según estos autores, las dimensiones de la calidad son 5: aspectos físicos, fiabilidad, interacción personal, resolución de problemas y política de empresa. Debido a que estas dimensiones comparten un tema subyacente, existe un factor de orden superior que las agrupa, al que denominan juicio global de calidad. Además, se observa que algunas dimensiones son más complejas que otras porque combinan más de un atributo relacionado, es decir, poseen varias subdimensiones.

Dabholkar y colaboradores se basaron en una revisión de la literatura y en un estudio cualitativo para generar sus dimensiones. Por este motivo, vemos cómo las dos primeras dimensiones poseen un significado muy próximo a las dimensiones del instrumento SERVQUAL “elementos tangibles” y “fiabilidad”, respectivamente. Otro aspecto a destacar es que, aunque la definición de la dimensión *Resolución de problemas* podría verse integrada en la de *Interacción personal*, el análisis factorial realizado demuestra que es un factor independiente relacionado exclusivamente con el manejo de problemas, por lo que merecen ser tratadas como dimensiones separadas¹⁴⁹. La definición de estas dimensiones y sus subdimensiones se detalla en la tabla 3.

Tabla 3: Dimensiones y subdimensiones de calidad percibida, según Dabholkar y col (1996)

DIMENSIÓN/SUBDIMENSIÓN	DEFINICIÓN
Aspectos físicos	Evidencia física del servicio, instalaciones, material, equipos.
<ul style="list-style-type: none"> • Aspecto 	Recoge atributos de apariencia del espacio donde se desarrolla el servicio: limpieza, decoración, actualización de los equipos y materiales.
<ul style="list-style-type: none"> • Conveniencia 	Disposición de la infraestructura del servicio que facilite el desplazamiento, la orientación y la localización de los elementos físicos.
Fiabilidad	Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento 	Capacidad de cumplir las promesas que se realizan al usuario.
<ul style="list-style-type: none"> • Competencia 	Realizar el servicio correctamente.
Interacción personal	Modo en que el proveedor se relaciona con el usuario.
<ul style="list-style-type: none"> • Confianza 	El usuario se siente cómodo y no intimidado en presencia del proveedor.
<ul style="list-style-type: none"> • Amabilidad 	El proveedor se encuentra a disposición del usuario y se dirige a él cortésmente.
Resolución de problemas	Modo en que los proveedores manejan la aparición de problemas durante la prestación del servicio o las quejas y reclamaciones de los usuarios.
Política de empresa	Facilidades que la empresa otorga a los usuarios en relación al pago del servicio, horarios, acceso...

Brady y Cronin (2001) también proponen una estructura jerárquica de las dimensiones de la calidad percibida estableciendo tres dimensiones primarias del servicio: la interacción entre usuario y proveedor, el ambiente físico en que se desarrolla el servicio, y los resultados obtenidos³⁵. Su estructura dimensional es una adaptación de la propuesta por Rust y Oliver¹⁴¹ en 1994, con alguna variación en su conceptualización y la novedad de que cada una de estas dimensiones tiene tres subdimensiones.

Según este modelo, el cliente forma inicialmente la percepción de la calidad del servicio sobre la base de la evaluación de diferentes subdimensiones relevantes y, de forma agregada, genera las percepciones en cada una de las tres dimensiones citadas. La suma de esas percepciones conduce a una percepción global de la calidad del servicio.

En la figura 4 se muestra el modelo desarrollado por estos autores a la luz del análisis de los datos de un estudio cualitativo realizado mediante entrevista a los usuarios de varias empresas de servicios diversos, en el que generó el nivel de las subdimensiones del modelo jerárquico que proponen.

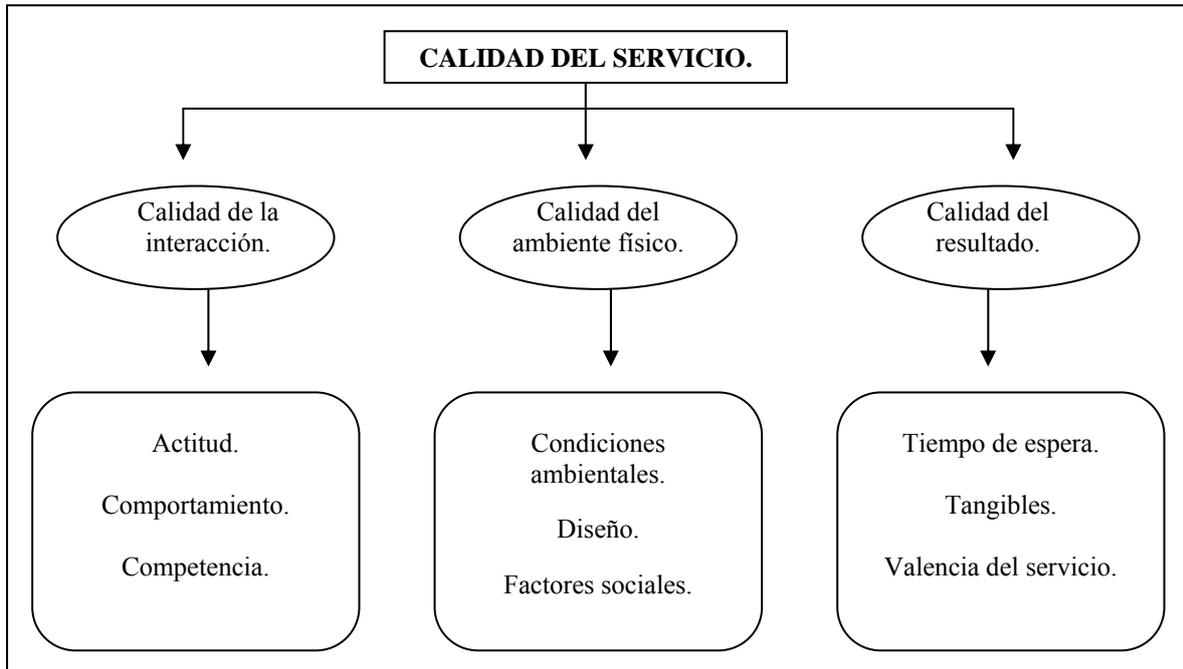


Figura 4: modelo jerárquico y multidimensional de la calidad del servicio (Brady y Cronin, 2001)

La definición de cada una de estas dimensiones y subdimensiones la encontramos en la Tabla 4.

Tabla 4. Dimensiones y subdimensiones de calidad percibida, según Brady y Cronin (2001)

DIMENSIÓN/SUBDIMENSIÓN	DEFINICIÓN
Calidad de la interacción	Abarca los distintos aspectos de la relación entre el proveedor y el usuario mientras se presta el servicio.
• Actitud	Modo en que los proveedores tratan a los usuarios en términos de cordialidad, respeto y cercanía.
• Comportamiento	Modo de proceder de los proveedores del servicio en su relación con el usuario.
• Competencia	Habilidades y conocimientos que los proveedores ponen a disposición de los usuarios, dando muestra de su experiencia.
Calidad del ambiente físico	Reúne las condiciones del entorno físico donde se presta el servicio.
• Condiciones ambientales	Son los aspectos no visuales del entorno: temperatura, olor, presencia de ruidos...
• Diseño	Se refiere a la disposición u organización del entorno y considera tanto aspectos funcionales como estéticos.
• Factores sociales	Número y tipo de personas presentes en el espacio donde se desarrolla el servicio, así como sus comportamientos.
Calidad del resultado	Lo que le queda al usuario cuando la prestación del servicio ha finalizado.
• Tiempo de espera	Demora en la prestación del servicio más allá del tiempo previsto.
• Tangibles	Evidencia física del servicio recibido.
• Valencia del servicio	Reúne los aspectos del resultado del servicio que están fuera del control del proveedor.

Fuente: Elaboración propia a partir de Brady MK, Cronin J. Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach. Journal of marketing 2001;65(3):34-49

Para estos autores, las interacciones personales que tienen lugar durante la prestación del servicio suponen el factor más influyente en las percepciones de calidad del mismo, ya que, como sugieren Surprenant y Solomon (1987), la calidad del servicio es más consecuencia de los procesos que de los resultados. Los resultados de su estudio cualitativo indican que los tres factores que constituyen las percepciones en la calidad de la interacción son aspectos referidos a la actitud, el comportamiento y la competencia del proveedor del servicio, lo que es consistente con la literatura revisada^{28,121,150}.

5.2. Antecedentes del juicio global de calidad

Dabholkar, Torpe y Rentz, en el año 2000, presentaron una revisión crítica del marco conceptual y las medidas de la calidad del servicio donde determinaron que los factores relacionados con la calidad del servicio (fiabilidad, atención personal, comodidad y elementos tangibles, en su caso) actuaban como antecedentes de la calidad del servicio más que como componentes¹²⁷.

En opinión de estos investigadores, los usuarios evalúan diferentes factores relacionados con el servicio pero también forman un juicio global independiente de la calidad del servicio, que no es una sencilla suma de sus componentes.

Tal y como la literatura sobre este tema permite constatar, los constructos suelen definirse a priori en términos de sus componentes mientras que, más tarde, cuando la investigación se va desarrollando, algunos de estos componentes son vistos como antecedentes que ofrecen una mayor comprensión del fenómeno de estudio. Por ejemplo, la satisfacción se definió originalmente como la desconfirmación de expectativas¹⁵¹, pero más tarde, la desconfirmación de expectativas se vio como un antecedente de la satisfacción¹⁵².

Dabholkar y colaboradores concluyen que las evaluaciones directas de la calidad global del servicio actúan como mejores predictores del comportamiento del usuario que las evaluaciones basadas en la suma de las mediciones de las dimensiones de calidad del servicio¹²⁷. Estos resultados muestran la compleja naturaleza de las percepciones de los usuarios sobre la calidad del servicio¹²⁸.

6. TENDENCIAS EN EL DESARROLLO DE INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

Los instrumentos utilizados para medir la calidad percibida de los servicios pueden orientarse hacia la medición de las expectativas de los usuarios o hacia la valoración de la percepción del desempeño. Uno de los principales instrumentos creados bajo la primera perspectiva es la escala SERVQUAL que mide simultáneamente expectativas y percepciones, hecho que constituye su atractivo primordial pero también es el origen de sus principales críticas¹⁵³.

La perspectiva de medir la calidad desde la percepción de los usuarios presenta interesantes ventajas de cara a la evaluación del servicio: I) los usuarios constituyen la mejor fuente de información sobre los aspectos de relaciones interpersonales en el servicio; II) la opinión del usuario influye directamente en su fidelidad con el servicio (en el entorno sanitario influye, por ejemplo, en la adherencia al tratamiento); III) la medición de la percepción de los usuarios es rápida, barata y más sensible a las diferencias en la calidad del servicio que otro tipo de registros³⁴.

Los instrumentos para valorar el desempeño desde la perspectiva de los usuarios presentan una gran variabilidad en cuanto a su diseño, contenido y el objeto de su evaluación. Muchos de ellos emplean la satisfacción, más que la opinión del paciente sobre la calidad del servicio. Sin embargo, ésta no se expresa necesariamente en términos de satisfacción y la medida de la satisfacción no siempre refleja la percepción que tiene el paciente sobre la calidad del servicio. Además de esto, la satisfacción incluye una dimensión altamente afectiva y se considera más dependiente de las expectativas que la calidad percibida.

Así, dentro de la perspectiva de medición de la calidad en base a la percepción del desempeño se pueden definir esencialmente dos corrientes: I) los instrumentos de valoración, y II) los informes de los usuarios. A continuación, se explica cada una de ellas en detalle.

6.1. Las encuestas de valoración

Las valoraciones de los usuarios recogen evaluaciones personales de atributos de los servicios, es decir, los usuarios emiten sus opiniones frente a diferentes dimensiones de la calidad del servicio. Estas evaluaciones son muy subjetivas porque reflejan tanto la experiencia personal como los estándares que los usuarios aplican cuando evalúan el servicio. Para ello, las preguntas se plantean con diferentes escalas de respuesta (grado de acuerdo, excelente-mala, positivo-negativo).

Esta perspectiva es la que se plantea en los instrumentos de valoración del desempeño que asumen la estructura multidimensional de la calidad percibida, ya que se trata de emitir juicios subjetivos o evaluaciones de cada dimensión:

- SERVPERF (Cronin y Taylor, 1992)³³: escala en que los ítems se utilizan únicamente para evaluar las percepciones.
- Escala multinivel (Dabholkar, Thorpe y Rentz, 1996)¹⁴⁹: escala que plantea una estructura factorial jerárquica de la calidad percibida con 5 dimensiones básicas, un juicio global de calidad, y donde 3 de las 5 dimensiones poseen dos subdimensiones cada una.
- Modelo jerárquico multidimensional (Brady y Cronin, 2001)³⁵: en esta escala la calidad del servicio se conforma como una estructura de tercer orden, donde la percepción de calidad es definida por dimensiones y, a su vez, estas están constituidas por subdimensiones.

6.2. Los informes de los usuarios

Consisten en preguntar a los usuarios sobre sus experiencias realizando preguntas específicas sobre si ocurrieron o no determinados hechos durante la prestación del servicio¹⁵⁴. Este tipo de cuestionarios puede aportar resultados fáciles de interpretar y sobre los que se puede actuar directamente¹⁵⁵.

La idea de preguntar directamente para obtener datos objetivos sobre experiencias concretas surge del Instituto Picker⁵⁸. El informe del usuario debe reunir una serie de características comunes a otro tipo de encuestas, como su validez y fiabilidad. Sin

embargo, también ha de tener otras propias de este método, entre las que se encuentran que es más específico y, sobre todo, la intencionalidad de obtener información objetiva más que una valoración.

Para conseguir que los instrumentos de medida basados en ocurrencia de hechos cumplan estas condiciones es de gran utilidad realizar previamente estudios cualitativos para indagar sobre cuáles son los aspectos más relevantes del servicio que condicionan el juicio de calidad desde el punto de vista de los usuarios.

7. ESTUDIOS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LAS EXPERIENCIAS DE LOS PADRES EN ATENCIÓN TEMPRANA.

En este punto nos vamos a referir a los trabajos que han investigado las experiencias de los padres en Atención Temprana y a los instrumentos que se han creado para medirlas. Afortunadamente, muchos autores han constatado que las experiencias de los padres de niños con enfermedades crónicas tienen muchos puntos en común a pesar de ser en condiciones patológicas distintas¹⁵⁶. Esto permite construir instrumentos que midan la calidad en distintas condiciones patológicas crónicas.

Son necesarios instrumentos específicos para medir la percepción de calidad en los niños, puesto que los niños y adolescentes son distintos clínicamente a los adultos. Un niño con una enfermedad crónica pasa por distintas fases de desarrollo, lo cual dificulta el poder definir qué es un resultado “normal”, y además su morbilidad es menor. Pero las variaciones en la calidad de los cuidados pueden afectarles más que a un adulto. Además los niños dependen de un adulto para recibir cuidados y para relacionar los resultados de estos. Todo esto justifica la necesidad de usar instrumentos de medida específicos para niños^{24,45}.

Por otro lado, cuando se prestan servicios desde una perspectiva basada en la familia, son necesarias evaluaciones que midan aspectos del proceso así como resultados funcionales y de salud. Así, la calidad del servicio puede ser vista como una medida de la percepción que tienen los padres del proceso de rehabilitación¹⁵⁶.

Según varios autores, los padres están en la mejor posición para informar sobre los cuidados que sus hijos reciben, ya que muchos de los aspectos relacionados con estos cuidados, como comunicación, accesibilidad, describen su experiencia, más que el comportamiento de los proveedores^{24,158}. Además, los padres han demostrado ser unos informadores muy precisos sobre la historia médica de sus hijos, y sus informes han demostrado ser más precisos que las historias clínicas para relatar los aspectos interpersonales de los encuentros clínicos^{24,158}. Según Siebes y Maasen¹⁵⁹, los padres deben ser la mayor o incluso la única fuente de información para evaluar los aspectos personales del cuidado de sus hijos y para integrar información sobre el establecimiento del programa, los proveedores de los servicios y los períodos de tiempo.

Por todo lo anterior, la mayoría de investigaciones sobre calidad percibida de la atención prestada a niños con enfermedades de larga duración se han dirigido a conocer la percepción que los padres tienen de los procesos de cuidado. Los temas que se han estudiado han sido:

- 1) Satisfacción de los padres con el tratamiento recibido por sus hijos¹⁸.
- 2) Aspectos del cuidado de los niños que las familias consideran como los más importantes^{157,160}.
- 3) Calidad de las relaciones interpersonales entre los fisioterapeutas y los padres de los niños^{15,157}.
- 4) Percepciones de padres y proveedores sobre la implementación de la filosofía de servicios centrados en la familia^{14,22,70,161,162}.
- 5) Percepciones de padres y proveedores sobre aspectos que influyen en la colaboración padres-profesionales¹⁶².
- 6) Percepciones de padres y profesionales sobre la implicación de los primeros en el establecimiento e implementación de los objetivos del tratamiento de rehabilitación de sus hijos^{81,164}.
- 7) Percepciones de los padres sobre la inclusión de las necesidades y principales problemas de los niños en los objetivos de los programas de rehabilitación²³.
- 8) Percepción de los padres de niños con problemas crónicos de salud sobre los comportamientos de los proveedores de cuidados de sus hijos¹⁶⁵.
- 9) Percepción de los padres sobre cómo afectan los comportamientos de los cuidadores de sus hijos a los resultados psico-sociales de toda la familia¹⁷.

Sin embargo, se ha investigado poco en relación a la percepción de calidad de los padres de niños atendidos por fisioterapeutas en Atención Temprana. Sólo fuimos capaces de encontrar dos estudios: Ödman et al., en 2007, analizaron la percepción de los padres sobre la calidad del servicio de dos programas intensivos de rehabilitación de niños, y la relación entre la calidad percibida y determinados factores¹⁵⁷. Medina et al. investigaron la percepción de los padres de niños atendidos en los centros de Atención Temprana

respecto a la calidad de la atención fisioterápica recibida, identificando áreas que precisan ser mejoradas¹⁶⁶.

En cuanto a los instrumentos que se han creado para investigar la calidad percibida en servicios de pediatría, hemos encontrado los siguientes:

1) Parent experiences of paediatric care (PEPC): es un cuestionario que mide experiencias de padres sobre los cuidados pediátricos de niños en ingreso hospitalario. Se trata de un instrumento genérico, no dirigido a un profesional concreto sino al servicio en general. El instrumento consiste en 28 ítems que componen 5 escalas: Servicios de enfermería (7 ítems), Servicios médicos (5 ítems), Organización (4 ítems), Información de exámenes y test (2 ítems), Información al alta (3 ítems), e Instalaciones hospitalarias (4 ítems). Todas ellas usan una escala de respuesta tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van desde “En absoluto” a “En una amplia extensión”, excepto en la escala Instalaciones hospitalarias, en la cual el rango de opciones va desde “Muy pobre” a ”Muy bueno”. Añade, además, 2 cuestiones relativas a la salud del niño, 20 cuestiones socio-demográficas relativas al padre y la familia y 9 cuestiones relativas a los cuidados de salud recibidos: tipo de tratamiento (médico o quirúrgico), número de veces que el niño fue ingresado en el último año, satisfacción global con el cuidado, satisfacción global con el trato a los padres, amplitud en que han sido satisfechas las expectativas de los padres, información relativa a la medicación, magnitud de malos tratamientos, magnitud de problemas con el personal, y percepción del nivel de control del dolor¹⁶⁷.

2) Family-Centred Care Questionnaire-Revised (FCCQ-R): es un instrumento creado para investigar la medida en que los profesionales de la salud consideran que un determinado servicio está siguiendo la filosofía de servicios centrados en la familia. Está basado en los componentes de la filosofía de servicios basados en la familia generados por la ACCH en 1987⁷² y actualizados por el Eastern Canadian site’s Family-Centered Care Committee en 1992¹⁶⁸. Deriva de otro instrumento denominado Family-Centred Care Questionnaire (FCCQ). El instrumento consiste en 45 ítems distribuidos en 9 sub-escalas que representan cada uno de los 9 componentes citados. El rango de opciones de respuesta en las distintas escalas está organizada en una escala tipo Likert de 5 opciones que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo)¹⁶⁸.

3) Quality of paediatric care questionnaire: es un instrumento creado para proveer información concreta acerca de las áreas de los cuidados que necesitan ser mejoradas es un cuestionario, derivado del Quality of care patient questionnaire. Está dirigido a los padres de niños en tratamiento pediátrico. El cuestionario cubre todas las áreas consideradas importantes por el personal del hospital pediátrico, los administradores y los investigadores implicados en el desarrollo de éste. El instrumento consiste en 63 cuestiones que cubren 8 dimensiones: información sobre la enfermedad, información sobre las rutinas, accesibilidad, tratamiento médico, procesos de cuidado, actitudes del personal, participación y ambiente de trabajo. Algunas cuestiones son relativas a antecedentes: edad y sexo del niño, contacto previo con el hospital, gravedad de la enfermedad del niño desde el punto de vista de los padres y nivel de ansiedad en relación con la condición del niño, y el rango de respuestas para cada una de ellas, definida por una lista de opciones, es distinta,. El resto de cuestiones están organizadas en una escala tipo Likert. de 4 opciones de respuesta, desde “Sí, en gran medida” a “No, en absoluto”. Añade además un ítem sobre calificación global de la calidad de los cuidados según una Escala Visual Analógica (EVA) que puntúa desde 1 (muy negativo) hasta 10 (muy positivo)¹⁸.

4) Parents' perceptions of care (PPC): instrumento para medir la calidad de la interacción entre profesionales de la salud y miembros de la familia en niños entre 1 y 3 años en cuidados hospitalarios agudos, específicamente la percepción de las familias sobre el apoyo y la ayuda provistos por el personal del hospital. El instrumento se dirige a los padres del niño u otras personas responsables de su cuidado. Está compuesto por 40 ítems distribuidos en 4 subescalas: “Empatía durante la consulta” y “No ser tomados en consideración”, que describen, ambas, la percepción de las familias sobre su interacción con el personal del hospital, y “Confianza en la ayuda recibida” y “Decepción con la ayuda recibida”, que ilustran, ambas, la experiencias de las familias sobre las consecuencias de esta interacción. Las opiniones de respuesta son recogidas mediante una escala, tipo Likert, de 6 puntos, en la cual 1 punto corresponde a la evaluación más negativa y 6 puntos a la más positiva. Además, el cuestionario incluye 13 cuestiones relativas a los miembros de la familia y al niño, así como a las visitas de los miembros de la familia para ver al niño en el hospital, y tres preguntas abiertas sobre la calidad de la interacción para evaluar la validez concurrente de los ítems. Por último, una pregunta se refiere a la claridad de los ítems de la escala¹⁶⁹.

5) Parent's perception of primary care measure (P3C): instrumento creado para medir las percepciones de los padres sobre la calidad del servicio prestado a niños en Atención Primaria. No se dirige a un proveedor en especial sino al servicio en general, dado que está creado para un ambiente en el que muchas veces la continuidad de los cuidados no se da. Está explícitamente basado en relatos de experiencias de los padres. El instrumento consta de 23 ítems que puntúan en una escala total de 0-100, así como en las siguientes subescalas: continuidad de los cuidados, acceso a los servicios, conocimiento contextual, comunicación, comprensión, y coordinación¹⁵⁸.

6) The Measure of Processes of Care (MPOC): es un instrumento creado para medir las percepciones de los padres de niños con problemas crónicos de salud sobre los servicios que reciben ellos y sus hijos, y cómo afectan estas percepciones a los resultados psicosociales. Tiene una finalidad discriminativa, más que evaluativa. De hecho, el primer interés de sus autores fue crear un instrumento capaz de discernir variaciones en las experiencias de los padres y percepciones en cuanto a los cuidados y servicios recibidos, orientado a conocer en qué medida el cambio de estilo de los cuidadores afecta a la percepción de los padres de estar recibiendo un servicio orientado a la familia. Es un instrumento que investiga exclusivamente sobre procesos: ocurrencia de determinados comportamientos entre los proveedores y las percepciones de los padres sobre estos comportamientos. El instrumento se orienta a los servicios terapéuticos dentro de lo que compone la rehabilitación de los niños. Está compuesto originalmente por 56 ítems, pertenecientes a 5 escalas, que miden las siguientes dimensiones: Apoyo y colaboración; Información general; Información específica sobre el niño; Cuidados comprensivos y Coordinados para el niño y la familia; y Cuidados respetuosos y de apoyo. Los padres indican su respuesta usando una escala tipo Likert con 7 opciones, y la puntuación de cada escala es la media de las puntuaciones de los ítems de esa escala. Ha sido traducido y validado en varios países, y se han creado y validado distintas versiones^{17,94,165}.

Todos los anteriores instrumentos, aunque pueden usarse para medir la calidad percibida de los servicios de Atención temprana desde la perspectiva de las experiencias de los padres, no son, sin embargo, instrumentos específicos para medir esta, ni tampoco se dirigen a un profesional determinado, sino que son instrumentos genéricos, dirigidos a conocer la calidad percibida del servicio. Solamente encontramos un instrumento que

cumplía las condiciones de dirigirse exclusivamente a Atención temprana y, dentro de esta, a los servicios de fisioterapia:

7) Cuestionario de Calidad Percibida en Fisioterapia de Atención Temprana (CAPERFAT): instrumento creado para medir las percepciones de los padres con niños en tratamiento en Atención temprana sobre el tratamiento de fisioterapia que reciben sus hijos. Está basado en una recopilación de los aspectos que estos consideran relevantes, tanto en relación a los procesos como a la estructura. El instrumento tiene dos componentes o módulos: un componente relativo a estructura (CAPERFAT-E) y un componente relativo a procesos (CAPERFAT-P). El componente de estructura está compuesto por 2 subescalas denominadas “Accesibilidad física y horaria” y “Espacios y equipamientos”. El componente de procesos está compuesto por 5 subescalas denominadas “Enseñanza y seguimiento”, “Información y apoyo a los padres”, “Trato”, “Coordinación de los cuidados” y “Contexto para intercambio de información”. Todas las subescalas contienen preguntas sobre la percepción de hechos o circunstancias que los padres consideran relevantes. Las preguntas del componente de procesos usan una escala de respuesta tipo Likert con 5 opciones, desde 5 (siempre) hasta 1 (nunca). Para las preguntas del componente de estructura se utiliza la anterior escala y adicionalmente una lista de varias opciones relativas a percepción de aspectos negativos con posibilidad de marcar más de una opción.¹⁶

MATERIAL Y MÉTODOS

IV. MATERIAL Y MÉTODOS.

En este capítulo se presentan el material y los métodos empleados en los dos estudios secuenciales y complementarios que componen este trabajo de investigación. El primero es un estudio cualitativo realizado con la finalidad de identificar percepciones y opiniones de los padres de niños atendidos en Atención Temprana sobre aspectos relevantes relacionados con la calidad percibida de su interacción con el fisioterapeuta. En un segundo estudio se construye y valida un instrumento de medida de la calidad de la interacción entre los padres de niños que reciben tratamiento en Atención Temprana y los fisioterapeutas (Figura 5).

En ambos estudios se describe el diseño, el ámbito de estudio y los sujetos que componen la muestra, y se presentan los procedimientos de recogida de información, así como los métodos usados en la gestión y análisis de los datos. En el apartado de validación de las puntuaciones del instrumento se detallan los análisis estadísticos empleados para la medición de las variables utilizadas.

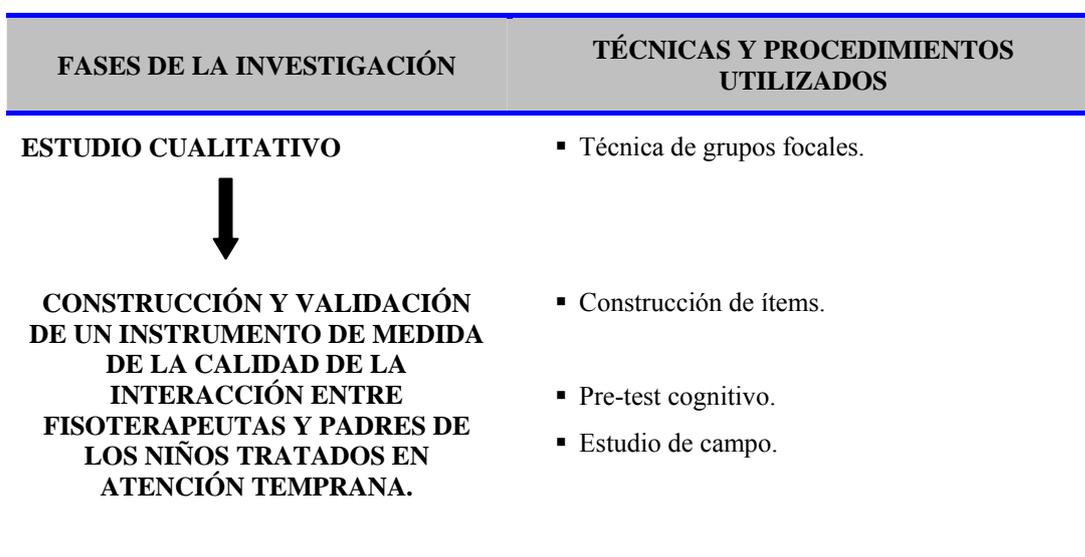


Figura 5. Esquema general de la secuencia de la investigación.

1. ESTUDIO CUALITATIVO DE IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD PERCIBIDA EN LA INTERACCIÓN ENTRE FISIOTERAPEUTAS Y PADRES DE NIÑOS ATENDIDOS EN ATENCIÓN TEMPRANA.

1.1. Diseño del estudio.

Con el objetivo de explorar los aspectos de la interacción entre los fisioterapeutas y los padres de los niños atendidos en Atención Temprana que afectaron a la calidad percibida del servicio de fisioterapia por parte de estos últimos, se diseñó un estudio cualitativo basado en la estrategia de investigación denominada estudio de casos y en el uso de la técnica de grupos focales como fuente de información.

La técnica de grupos focales, consistente en reunir a un grupo de personas reducido y suscitar una discusión abierta y flexible apoyada por un guión¹⁷⁰, ha sido ampliamente utilizada para conocer percepciones y opiniones de pacientes respecto a los servicios sanitarios por diversos autores¹⁷¹⁻¹⁷⁴, y es una técnica bien conocida por el grupo de investigación, empleada con éxito en estudios anteriores^{166,175}.

En nuestra investigación asumimos el modelo jerárquico y multidimensional de Brady y Cronin, que explica el constructo de la calidad percibida⁵⁴. Según este modelo, la percepción de la calidad de un servicio está determinada por tres dimensiones primarias: I) la interacción con el profesional, II) el ambiente y la organización del servicio, y III) el resultado de la transacción. Cada una de estas dimensiones está formada, a su vez, por tres subdimensiones. El cliente forma su percepción de cada una de las dimensiones agregando las evaluaciones del desempeño en las tres subdimensiones que la forman y, finalmente, agregando las evaluaciones de las tres dimensiones llega a una percepción global de la calidad del servicio.

1.2. Ámbito y participantes en el estudio.

Los participantes seleccionados para el estudio fueron padres de niños con discapacidad física que se encontraban realizando un programa de fisioterapia en centros de Atención

Temprana. Los pacientes fueron reclutados de tres centros de Atención Temprana, dos localizados en Murcia y uno en Alicante.

Los criterios de inclusión fueron: I) padres de niños con edades entre 6 meses y 6 años; y II) padres cuyos hijos estuviesen incluidos en un programa de fisioterapia desde más de 6 meses, con el fin de que ya hubieran tenido suficientes experiencias en el centro. El único criterio de exclusión fue la existencia de alguna discapacidad cognitiva o de comunicación para participar en las entrevistas.

1.3. Reclutamiento de participantes.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad de Murcia. El reclutamiento de los participantes se hizo en febrero de 2004. Los participantes elegibles fueron identificados en los respectivos centros a partir de un listado del fisioterapeuta que contenía información sobre todos los niños en tratamiento de fisioterapia, e incluidos en un listado de potenciales participantes. Este listado contenía datos relevantes como el nombre y edad del niño, nombre de los padres, diagnóstico y fecha de la primera sesión de fisioterapia. En cada centro se asignó un fisioterapeuta como responsable de analizar los criterios de inclusión y exclusión a partir de los listados de pacientes. Se seleccionaron un total de 54 padres como potenciales participantes en el estudio.

Para seleccionar a los participantes se usó la técnica de muestreo por objetivos¹⁷⁷, tratando de maximizar la inclusión de todos los perfiles de los sujetos de estudio, con el fin de conocer con suficiente amplitud y profundidad el fenómeno de estudio. Para ello, se incluyó a padres con diferentes edades, género, y condiciones clínicas de los niños. Esto nos permitió seleccionar participantes que nos podían dar informaciones más heterogéneas y ricas sobre las experiencias de los padres en su interacción con los fisioterapeutas de sus hijos.

En cada centro, el fisioterapeuta responsable entregó en mano a cada padre una carta personalizada 15 días antes de la reunión (Anexo 1), y le preguntó su disposición a participar. Esta carta contenía una explicación sobre los objetivos de la reunión, la fecha,

y el lugar de realización. La carta no iba firmada por ningún profesional del centro para asegurarnos de que los sujetos no se sintieran obligados a participar.

Una semana antes de la reunión un asistente de investigación realizó una llamada telefónica para determinar la disposición de los padres a participar y para aclarar algunas posibles cuestiones sobre la reunión. En aquellos casos en que los padres declinaron participar, nuevos padres con similares características fueron invitados para asegurarnos grupos de un tamaño mínimo de 4 miembros, tal y como ha sido sugerido en la literatura^{177,178}. Con los padres que aceptaron participar en el estudio se realizó un último contacto el día antes de la reunión, para recordar el lugar y la hora y confirmar su asistencia.

La configuración de los grupos de discusión se llevó a cabo atendiendo a criterios tanto de homogeneidad como de heterogeneidad. Por un lado, atendiendo al criterio de homogeneidad se estratificó a los padres por sexo para evitar que algunos de ellos pudieran inhibirse en sus comentarios ante el sexo opuesto¹⁷⁹. Por otra parte, tratamos de construir grupos heterogéneos por edad y condición clínica de los niños para asegurar variabilidad de experiencias con el fin de estimular la discusión.

1.4. Recogida de información.

Las reuniones se llevaron a cabo en el mes de febrero de 2004. Todas las entrevistas fueron conducidas por un moderador y un ayudante, miembros del equipo de investigación y externos al centro participante. Todas las sesiones se desarrollaron en una sala ajena al centro asistencial, con el objetivo de crear una atmósfera adecuada para la discusión, lejos del ambiente clínico de las unidades asistenciales de fisioterapia.

Los instrumentos de recogida de información usados durante las reuniones por el moderador y su ayudante fueron: una grabadora de audio para la recogida de información, y una grabadora de vídeo para registrar el lenguaje no verbal y las expresiones incompletas o sarcásticas de los sujetos del estudio. Todas las sesiones comenzaron con una presentación de ambos (moderador y ayudante) y una breve explicación de los objetivos del estudio.

Para facilitar la discusión durante las reuniones, se elaboró un guión inicial con varias preguntas abiertas, que se utilizó para iniciar la conversación, reconducirla cuando se alejaba del objetivo del estudio y complementar la discusión surgida de forma espontánea¹⁸⁰. Este guión se elaboró en base a los aspectos que pudieran asociarse a su calidad percibida en la interacción con el fisioterapeuta identificados tras una revisión de la literatura. En él se incluyeron las siguientes áreas: prestación del servicio, implicación de los padres, y comunicación con el fisioterapeuta. Tras el primer grupo focal, el guión fue ligeramente ajustado, incluyendo nuevos temas surgidos del grupo focal, guiando al resto de grupos. Su contenido figura en la tabla 5.

Tabla 5: Guión de la entrevista a los grupos focales

<u>1. PRESTACIÓN DEL SERVICIO</u>
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué terapias recibe y/o ha recibido su hijo? ▪ ¿Ha tenido el mismo fisioterapeuta? ▪ ¿Qué aspectos valora en su forma de actuar con el niño?
<u>2. IMPLICACIÓN DE LOS PADRES</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿El fisioterapeuta buscó su colaboración en algún momento? ▪ ¿Qué actividades le ha recomendado? ▪ ¿Se considera capaz de llevar a cabo estas actividades con las instrucciones que ha recibido? ▪ ¿Qué aspectos pueden facilitar o dificultar que se sienta capaz de hacer?
<u>3. COMUNICACIÓN CON EL FISIOTERAPEUTA</u>
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo suele dialogar con el fisioterapeuta? • ¿Qué aspectos valora en las actitudes y comportamientos del fisioterapeuta durante estos diálogos? • ¿Qué aspectos considera oportuno mejorar en la comunicación o servicio ofrecido por el fisioterapeuta?

Se solicitó a los participantes su consentimiento para grabar las sesiones, garantizándoles la confidencialidad de sus intervenciones, antes del inicio de cada una de las sesiones. Cada uno de los participantes aceptó ser entrevistado antes de comenzar la sesión. Se formaron un total de 7 grupos focales (porque no emergieron nuevas categorías tras el análisis de los datos del séptimo grupo focal), con un número de participantes entre 3 y 7, y cada sesión duró entre 40 y 80 minutos.

Las grabaciones de audio de los grupos focales se transcribieron de forma literal. A cada participante se le adjudicó un código numérico como identificador de sus intervenciones en la transcripción. Las imágenes de vídeo, las notas de campo y las reflexiones del moderador se utilizaron para añadir al texto anotaciones sobre el comportamiento de los participantes y su lenguaje no verbal, que podían complementar o clarificar algunas expresiones (frases sarcásticas, por ejemplo). Se elaboró, para cada grupo, un informe en el que se incluyó la información recogida de todas las fuentes. A partir de esos informes se realizó el análisis.

1.5. Análisis de los datos.

Todas las entrevistas fueron transcritas literalmente para hacer análisis independientes. Los nombres de los participantes fueron cambiados usando un pseudónimo en las transcripciones y las citas. El análisis de los datos se realizó usando una adaptación de la Teoría Fundamentada. La metodología de la Teoría Fundamentada permite la generación de una teoría con datos obtenidos de estudios cualitativos. La adaptación de la Teoría Fundamentada incorpora el proceso de recogida de los datos, y su codificación y análisis, usando un proceso de comparación constante, pero sin el componente de desarrollar una teoría a la luz de los resultados¹⁸¹.

Tres investigadores revisaron las transcripciones de forma independiente y generaron un listado de frases codificadas que constituían unidades significativas de análisis. Estas frases fueron etiquetadas en categorías usando códigos emergentes. Los tres investigadores revisaron y compararon sus hallazgos para llegar a un acuerdo sobre códigos y categorías, y las diferencias entre ellos se resolvieron por discusión.

Se llevaron a cabo tres rondas de codificación y discusión con el objetivo de aumentar la fiabilidad del proceso de codificación y desarrollar categorías más claras¹⁸⁰. Este proceso fue iterativo con la recogida de datos de las sucesivas transcripciones. Tras el análisis de la séptima entrevista no se encontraron nuevos datos, lo cual implicaba que se había alcanzado la saturación de la información.

El siguiente nivel de análisis consistió en la agrupación de las categorías con uniformidad en temas y subtemas de un nivel conceptual superior. Para ello, usamos como referencia el marco conceptual propuesto por Brady y Cronin expuesto con anterioridad.

Con la finalidad de valorar la consistencia del esquema final de temas y subtemas, éste fue aplicado a dos textos por dos investigadores de forma ciega, usando códigos para los mismos pasajes¹⁸². Las diferencias entre los investigadores se resolvieron mediante discusión. En cada fase del proceso, un investigador independiente desempeñó el rol de revisor para verificar si el análisis estaba en todo momento centrado en los datos con la intención de aumentar la fiabilidad.

2. ESTUDIO DE DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA DE LAS EXPERIENCIAS DE LOS PADRES.

Este estudio se llevó a cabo en varias etapas consecutivas: I) definición de un marco general, II) construcción de ítems, III) pre-test cognitivo, y IV) estudio de campo.

Cada etapa del desarrollo y/o proceso de validación se presenta separadamente para preservar el desarrollo temporal del instrumento.

2.1. Definición del marco general.

Todo proceso de construcción de un instrumento de medida comienza por una justificación de cuáles son las causas que motivan su construcción. Asimismo, es necesario delimitar con claridad una serie de cuestiones que condicionan el contenido y la estructura del mismo. Así, por ejemplo, las características de un cuestionario se establecen, entre otras, en base al tipo de información buscada, la definición del objeto de medida, la población a la que va dirigido y la utilidad que se pretende dar a las respuestas. A continuación, veremos cada uno de estos puntos con detalle.

2.1.1. Justificación.

La evaluación y mejora de la calidad en los servicios de salud constituye, hoy en día, una parte esencial de las actividades cotidianas en los centros sanitarios. En la actualidad, la evaluación de la calidad de la atención basada tradicionalmente en criterios exclusivamente profesionales, tiende a integrar también la perspectiva de los pacientes. Un ejemplo de ello son las encuestas de satisfacción, presentes en la mayoría de los centros sanitarios^{170, 183-185}.

Sin embargo, en los últimos años existe un cierto descontento con los resultados de estas encuestas de satisfacción, criticadas por su escasa capacidad de discriminación¹⁸⁶ y la insuficiente representación del punto de vista del paciente¹⁸⁷, lo que ha animado a los investigadores a buscar otras alternativas metodológicas, entre ellas el juicio o evaluación

global de la calidad percibida en la atención sanitaria recibida y las experiencias de los pacientes.

La mayoría de los estudios realizados sobre la calidad percibida o sobre las experiencias de los pacientes se han realizado en el contexto de la atención médica y de enfermería en hospitales^{173,188} o en atención primaria¹⁸⁹. Sin embargo, existen pocas referencias de este tipo de estudios en fisioterapia, y son aún menos las que se encuentran en áreas especializadas como, por ejemplo, la Atención Temprana.

Nuestro cuestionario tiene como objetivo el estudio de las experiencias vinculadas a la calidad percibida sobre la interacción con el profesional de fisioterapia en Atención Temprana. El cuestionario va dirigido a los padres, puesto que los niños no son capaces de responderlos y además hay evidencias de que la opinión de los padres constituye una forma válida de evaluar la calidad de la atención a los niños^{45,157}.

Dentro de las tres áreas que determinan la percepción de la calidad según el modelo de Brady y Cronin, el cuestionario que hemos creado investiga la primera de éstas: la interacción con el profesional. Algunos autores han demostrado que es el área más determinante de las tres que contiene el modelo³⁵⁻⁴⁰.

Por tanto, vista la necesidad de una herramienta de medición para evaluar la calidad de las experiencias de los padres de niños en tratamiento en Atención Temprana, nuestro grupo de investigación asumió el proyecto de desarrollar una encuesta focalizada en la experiencia de los padres de los niños en tratamiento en Atención Temprana con respecto a la calidad de la interacción con el fisioterapeuta.

2.1.2. Contexto de aplicación.

A continuación se describen los planteamientos iniciales en cuanto a la población a la que pretendía dirigirse nuestro instrumento de medida y las circunstancias de aplicación previstas.

La población diana a la que inicialmente se pretendía dirigir el instrumento eran padres de niños en tratamiento en Atención Temprana, de edad entre 6 meses y 6 años, que

hubieran recibido sesiones de fisioterapia durante al menos 6 meses. Los criterios de exclusión fueron la existencia de alguna discapacidad cognitiva o de comunicación para rellenar los cuestionarios.

Respecto a la administración del instrumento de medida, se planificó que fuera auto-administrado de forma individual por los propios participantes y en formato papel. Los cuestionarios auto-administrados ofrecen niveles de satisfacción más bajos que los cuestionarios realizados a través de otros métodos basados en el contacto^{190,191}. De este modo, los pacientes podían mostrarse más críticos a la hora de valorar su experiencia. Además, los cuestionarios auto-administrados son de bajo coste y se eliminan las posibles influencias de la figura del encuestador.

2.1.3. Propósito de las puntuaciones.

Se establecieron dos grandes objetivos de las puntuaciones: I) que fuera un instrumento capaz de discriminar, es decir, distinguir grupos de sujetos con distintos niveles de percepción respecto a su experiencia en aspectos asistenciales vinculados a la calidad de la interacción con el fisioterapeuta, y II) que fuera capaz de predecir un criterio de resultado relevante como es el nivel de satisfacción.

El instrumento en su conjunto podría servir para identificar áreas susceptibles de intervención, y por lo tanto de mejora, en la provisión del servicio de fisioterapia en los centros de Atención Temprana.

2.1.4. Definición de las variables de medida.

El instrumento pretendía medir variables relevantes relativas a las percepciones de experiencias vinculadas a la calidad percibida de la interacción con el fisioterapeuta.

Según la revisión de la literatura, la calidad percibida es un juicio global de la calidad de un servicio²⁹. Es un juicio subjetivo del paciente acerca de la excelencia del servicio recibido, tomando como referencia experiencias y estándares evocados por el propio consumidor³⁰.

Los aspectos que los pacientes utilizan para evaluar la calidad del servicio recibido constituyen las dimensiones de la calidad percibida del servicio. Estas dimensiones pueden estar vinculadas a la calidad global y a áreas específicas, tales como la interacción con el profesional, el ambiente o los resultados. En el marco de referencia definido por nuestro estudio cualitativo nos centramos en el área específica de la interacción con el profesional.

2.1.5. Planificación de las especificaciones del instrumento.

A. Formato de los ítems.

Hay una gran variedad de formatos y enfoques para la formulación de preguntas, según la naturaleza de las variables y el fenómeno con el que están relacionadas. Entre todos ellos, seleccionamos lo que se detalla a continuación.

Respecto al formato de los enunciados se planificó incluir una frase que actuara como contextualizador de uno o más ítems, seguida de una pregunta. El tipo de enunciado preferente fue sobre ocurrencia de determinados hechos porque es la opción habitual en este tipo de cuestionarios, ya que proporciona datos más objetivos y fiables sobre los diferentes componentes de la atención recibida, como ya han señalado varios autores^{59,170,183}. Sin embargo, se empleó un enunciado de valoración subjetiva en la pregunta sobre satisfacción.

En cuanto al formato de respuesta planificamos usar un formato de respuesta cerrado, con escalas graduadas tipo Likert de cinco alternativas de respuesta, ordenadas desde “nunca” hasta “siempre”. Existe evidencia de que esta escala de respuesta basada en 5 puntos amplía el rango de medidas obtenidas y la precisión de la puntuación, sin incrementar la carga para el que responde. Elegimos este formato de respuesta porque queríamos preguntar sobre la frecuencia con que ocurrían determinados hechos o comportamientos durante el curso del tratamiento de fisioterapia.

B. Formato del cuestionario.

Para organizar nuestro instrumento de medida nos basamos en las recomendaciones recopiladas y sintetizadas por Saturno¹⁹¹ en relación al grado de dificultad, agrupación y orden de las preguntas y el contenido y formato de las respuestas. Estas recomendaciones son:

- Debe comenzar por preguntas fáciles, que ayuden a situar al sujeto en el tema; y dejar las más comprometidas para la zona intermedia del instrumento.
- Las preguntas socio-demográficas y de comentarios generales deben ir al final del cuestionario.
- Las preguntas deben agruparse en base a temas comunes.
- Dentro de cada grupo deben ir en primer lugar las preguntas más generales, después las específicas.
- Agrupar preguntas con el mismo formato de respuesta y que incluyan respuestas en sentido positivo y negativo para evitar el sesgo de aquiescencia, es decir, la tendencia a contestar siempre la misma opción de respuesta independientemente del contenido de la pregunta¹⁹².
- Su extensión debe ser equilibrada entre la exhaustividad y la fatiga del que contesta.

Se planificó un formato de cuestionario tipo cuadernillo, que ya habíamos utilizado en anteriores ocasiones con éxito, por su atractivo y funcionalidad^{193,194}. En la siguiente tabla se describen los 3 apartados que debían componer el cuestionario y el tipo de pregunta que debía incluir cada uno de ellos.

Tabla 6. Apartados del instrumento de medida

APARTADOS DEL CUESTIONARIO	TIPO DE PREGUNTA QUE DEBÍA INCLUIR
ATENCIÓN RECIBIDA	Preguntas sobre la frecuencia de ocurrencia de hechos relacionados con la calidad percibida de la interacción con el fisioterapeuta responsable del tratamiento.
VALORACIÓN GLOBAL	Ítems que solicitasen la valoración subjetiva sobre satisfacción global.
DATOS PERSONALES	Situado al final para evitar prematuras sensaciones de control de quien contesta que puedan afectar a sus respuestas. Debía contener preguntas de clasificación de la muestra (edad, sexo, nivel de estudios...).

2.2. Construcción de ítems.

El proceso de construcción de ítems, entendidos estos como enunciados que representan manifestaciones concretas de experiencias vinculadas con la calidad percibida de la interacción, es una fase esencial en el diseño de un instrumento de medida de dicho constructo.

La construcción de los ítems requirió en primer lugar una selección inicial de los aspectos a incluir. Posteriormente, demandó una redacción de los ítems utilizando unas recomendaciones-guía y la experiencia previa del equipo de investigación en esta materia.

2.2.1. Selección de ítems.

A continuación se detallan los principios aplicados a la selección de los ítems y las fuentes de información utilizadas. Se seleccionaron ítems de acuerdo a los principios de relevancia y representatividad, con el fin de facilitar la validez de contenido de las puntuaciones ofrecidas por el instrumento de medida:

- Conforme al principio de relevancia, escogimos ítems que fueran apropiados tanto para los constructos de interés (calidad percibida de la interacción con el fisioterapeuta) como para el objetivo del instrumento de medida (discriminar).
- Conforme al principio de representatividad, seleccionamos un número de ítems que permitiera la representación proporcional de todas y cada una de las dimensiones vinculadas con la calidad percibida de la interacción con el fisioterapeuta.

Las fuentes de información utilizadas para elaborar la lista de aspectos relevantes fueron tres: la opinión de los sujetos de la población diana, la experiencia del equipo de investigación y una revisión bibliográfica. Aunque su objetivo primario fue identificar aspectos relevantes, estas tres fuentes también se utilizaron para apoyar la fase de redacción de los ítems. Para cada una de las dimensiones identificadas se seleccionaron entre 3 y 5 aspectos con el fin de elaborar y redactar preguntas:

- La opinión de los sujetos de la población diana: Se utilizaron los resultados del estudio cualitativo realizado a partir de los grupos focales con padres, cuyas

características fueron similares a las de los padres susceptibles de contestar el cuestionario. La descripción de los métodos utilizados en este estudio se encuentra en el apartado 1 de este capítulo.

- La experiencia del equipo de investigación: La experiencia en el diseño de instrumentos de medida sobre calidad percibida en otros ámbitos sirvió para complementar la generación de ítems realizada a partir de las otras fuentes de información.
- Una revisión bibliográfica: La búsqueda bibliográfica se realizó a partir de la revisión de la literatura existente en las bases de datos electrónicas Medline, PEDRO y PsyINFO. También se realizó una búsqueda en la bibliografía gris, para identificar los trabajos que no han sido publicados en las bases de datos científicas.

2.2.2. Redacción de los ítems.

La redacción de los ítems se realizó siguiendo las recomendaciones de varios autores^{192, 195-197} para conseguir que dichos ítems fueran buenas herramientas de medición de lo que se pretendía medir, es decir, fiables y válidas.

Según Saturno¹⁹¹, un ítem elaborado correctamente debe poseer las siguientes características:

- Breve: evitar términos que no añadan información esencial a la pregunta; el ítem debe estar enunciado con el menor número de palabras posible.
- No ambiguo: sin posibilidad de distintas interpretaciones subjetivas.
- Relacionado con la experiencia: evitar preguntas sobre intenciones o situaciones hipotéticas.
- Unidimensional: preguntar en cada ítem una sola cosa.
- Cerrado: diseñar opciones de respuesta con categorías exhaustivas y mutuamente excluyentes.

2.3. Pre-test cognitivo.

Una vez redactados los ítems, el borrador del cuestionario fue sometido a un pre-test cognitivo con padres y fisioterapeutas seleccionados entre los centros de Atención Temprana.

Se invitó a un total de 40 padres a contestar el cuestionario, indicándoles que era relevante que identificaran aquellos aspectos que no comprendieran o que les plantearan dificultad. Posteriormente se realizaron entrevistas a estos mismos padres, con los siguientes objetivos:

- Valorar la comprensión de lo que se preguntaba y de las opciones de respuesta.
- Valorar la claridad del lenguaje y el formato.
- Valorar la adecuación y relevancia del contenido y la posible ausencia de aspectos no considerados inicialmente.

Adicionalmente a la solicitud a los padres, también se preguntó a algunos de los fisioterapeutas participantes en el estudio. Se les pidió que valoraran la adecuación de los ítems, en términos de si los padres podrían tener la suficiente experiencia en el centro como para poder contestarlos. Así, nos aseguramos de que las actividades o comportamientos implicados en las preguntas ocurrieran en alguna medida en los centros participantes.

Con los resultados obtenidos en el pre-test cognitivo se procedió a remodelar el cuestionario ampliando, modificando o eliminando algunos de los asuntos y/o preguntas planteadas.

2.4. Estudio de campo.

2.4.1. Diseño del estudio.

Se llevó a cabo un estudio de encuesta transversal analítico, cuyos objetivos fueron: I) seleccionar ítems válidos para medir las experiencias de los pacientes; II) investigar la estructura factorial y las propiedades psicométricas de los ítems; III) establecer modelos

de medición útiles para ítems y escalas, y IV) demostrar la validez y fiabilidad de sus puntuaciones.

2.4.2. Ámbito y período de estudio.

El ámbito de referencia del estudio fue todos los centros de Atención Temprana de la Región de Murcia. Se contactó con todos los centros para solicitar la participación en el estudio. Se les informó de los objetivos y los procesos implicados en el estudio. Todos los centros, excepto uno, aceptaron participar. Participaron los centros de Atención Temprana de: Alhama, Mancomunidad Valle de Ricote, Cieza, Mazarrón, Lorca, Mancomunidad Río Mula, Águilas, Totana, Yecla, Astrapace Molina, Astrapace Murcia, Fortuna, Astus, Aidemar, Avanza, Aspajunide y Apandis. Adicionalmente se incluyó un centro ubicado fuera de la Región de Murcia (Astrapace Orihuela), pero asociado con una entidad situada en Murcia. El período de estudio durante el que se produjo la recogida de información fue el mes de junio de 2005.

2.4.3. Sujetos de estudio.

Los participantes seleccionados para el estudio fueron padres de niños con discapacidad física que se encontraban realizando un programa de fisioterapia en un centro de Atención Temprana durante el período de estudio.

Los criterios de inclusión fueron idénticos a los del estudio cualitativo: I) padres de niños entre 6 meses y 6 años; II) padres cuyos hijos estuviesen incluidos en un programa de fisioterapia desde más de 6 meses, con el fin de que ya hubieran tenido suficientes experiencias. También se estableció el siguiente criterio de exclusión: padres que tuvieran alguna discapacidad por dificultades cognitivas o de comunicación para rellenar el cuestionario.

La fase de reclutamiento inicial se realizó en el centro, durante las visitas que los padres realizaban acompañando a sus hijos, y por parte del fisioterapeuta responsable del niño en el respectivo centro. Este les informó de los objetivos y las implicaciones concretas de su participación, al tiempo que les entregó un documento de consentimiento informado a rellenar en caso de aceptar su participación (Anexo 2). En el caso de no poder contactar

directamente con los padres durante todo el período de recogida de información, se solicitó al acompañante habitual transmitir a los padres tales informaciones.

Para evitar una baja aceptación de los padres se diseñó una estrategia basada en varias acciones concurrentes: I) se usó al propio fisioterapeuta para solicitar el consentimiento para participar en el estudio, II) se le indicó que el estudio estaba auspiciado por la Universidad de Murcia para intentar inspirar más confianza y III) se garantizó la confidencialidad de sus datos.

2.4.4. Recogida de información.

A. Fuente de información.

En este estudio se utilizaron dos fuentes para recopilar información relacionada con los objetivos del estudio:

I) Cuestionario preliminar de calidad percibida en Atención Temprana (Anexo 3). Este cuestionario está compuesto por preguntas sobre características de los padres y su entorno, sobre características del niño, sobre aspectos percibidos de la interacción con el fisioterapeuta, y sobre satisfacción y auto-eficacia.

II) Registro del fisioterapeuta (Anexo 4), rellenado por el fisioterapeuta. Este registro incluía información sobre las características socio-demográficas del cuidador principal.

B. Procedimientos utilizados.

El método de elección para encuestar a los padres fue el cuestionario auto-administrado. Este cuestionario de calidad percibida se entregó en el momento del reclutamiento inicial al padre, madre o familiar del niño. En el momento de la entrega, se indicó que lo debía rellenar tan sólo uno de los padres, el que se considerase el cuidador principal del niño. Asimismo se indicó que se debía entender por cuidador principal “aquella persona que con mayor frecuencia se ocupe de los asuntos relacionados con el niño, tales como la asistencia a las sesiones de fisioterapia, la realización de ejercicios en casa, etc”.

Usamos el método auto-administrado en lugar de la entrevista telefónica porque esta última conlleva un alto coste y una mayor tendencia a estimular respuestas deseables socialmente que podría provocar un sesgo sistemático. Los cuestionarios auto-administrados suelen tener un coste más bajo al no precisar de encuestadores, pero tienen la doble desventaja respecto a las entrevistas de que suponen una mayor dificultad para los individuos con un nivel cultural bajo y que obtienen una más baja tasa de respuesta, con el consiguiente riesgo de un sesgo de no respuesta. Aun conociendo estas desventajas preferimos asumir la administración de este tipo de cuestionarios, a pesar del coste que podía representar la puesta en marcha de estrategias para estimular un aumento de la tasa de respuesta y el control del sesgo de no respuesta.

Para estimular la tasa de respuesta, usamos de entre las diferentes formas de uso de cuestionarios auto-administrados (en grupo, por correo, entregados y/o recogidos en mano) la técnica de entrega en mano, que es la que ha mostrado mayores tasas de respuesta. El fisioterapeuta entregaba a los padres el cuestionario en una de las visitas al centro. Debido a la existencia de variables probablemente percibidas como comprometedoras, la recogida del cuestionario fue mediante envío por correo a la Universidad de Murcia.

Se pensó que el sistema de entrega y recogida podía ser insuficiente para evitar una baja tasa de respuesta. Por ello, se establecieron las siguientes estrategias adicionales: I) una carta introductoria al cuestionario motivando y garantizando la confidencialidad de la información (Anexo 5), II) el franqueo pagado del envío postal, y III) el uso de recordatorios. El recordatorio se realizó mediante una carta (Anexo 6) que entregó el fisioterapeuta a los padres tras un plazo de 15 días desde que les entregó el cuestionario, y de forma verbal indicándoles que no olvidaran rellenar el cuestionario si aún no lo habían hecho. El contenido de las cartas se describe en los anexos 5 y 6, respectivamente.

Se estimó recomendable estudiar la existencia de un sesgo de no respuesta cuando la proporción de respuesta fuera inferior al 70%. El posible sesgo de no respuesta se evaluaría mediante el método basado en la comparación de las diferencias en la distribución de posibles factores de confusión entre los que respondieron y los que no respondieron. Los factores de confusión seleccionados se basaron en estudios previos y básicamente se usaron variables socio-demográficas y familiares (tabla 7). Para evaluar la

distribución de los factores de confusión entre los que responden y los que no, se incluyeron tales variables en el cuestionario y en el registro del fisioterapeuta.

C. Registro del fisioterapeuta.

El formato de registro clínico lo rellenaron los fisioterapeutas después de entregar a los padres el cuestionario. Los datos relativos al cuidador principal finalmente asignado se registraron en el momento en que el acompañante informó sobre ello al fisioterapeuta. En caso de no conocerlo en el momento del reclutamiento, el fisioterapeuta lo preguntó, habitualmente aprovechando el momento del recordatorio (a los 15 días). El registro del fisioterapeuta fue almacenado en el centro hasta su recogida por el equipo de investigación.

2.4.5. Variables.

Las variables consideradas en este estudio fueron relativas a tres áreas: (1) características socio-demográficas del padre y el niño, (2) aspectos de la atención relacionados con la calidad percibida en la interacción con el fisioterapeuta, y (3) percepciones sobre satisfacción y auto-eficacia. A continuación se describe qué variables se incluyeron dentro de tales áreas y cómo fueron medidas.

A. Características socio-demográficas, clínicas y familiares de los participantes.

Se midieron características socio-demográficas tanto de padres como de niños. Las variables incluidas en el área de los padres (género, edad, nivel de estudios, estado civil, número de hijos, etc) permiten definir el perfil socio-demográfico de estos, y las utilizamos además para analizar el posible sesgo de no respuesta. Por otro lado, como los sujetos de estudio son los padres, en el caso del niño sólo se tuvieron en cuenta las variables de edad y género, tiempo de tratamiento en fisioterapia, y diagnóstico. La tabla 7 presenta un resumen de las variables medidas, la escala de medida y las categorías de respuesta usadas para cada una de ellas.

Tabla 7. Variables relacionadas con las características socio-demográficas, clínicas y familiares de los participantes.

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y FAMILIARES DE LOS PARTICIPANTES	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
Género del cuidador principal.	Nominal	Hombre/Mujer
Edad del cuidador principal ^a .	Razón	
Nivel de estudios del cuidador principal ^b .	Nominal	Sin estudios/Primarios/Secundarios/Universitarios
Estado civil del cuidador principal ^c .	Nominal	Soltero/Casado o pareja de hecho /Separado o divorciado /Viudo
Ocupación actual del cuidador principal ^d .	Nominal	Estudia/Estudia y trabaja/Trabaja/Parado/Amo casa
Número de hijos.	Razón	
Género del niño atendido.	Nominal	Hombre/Mujer
Edad del niño atendido (meses) ^e .	Razón	
Diagnóstico del niño atendido.	Nominal	P.C.I./Enfermedad congénita o hereditaria/Otros
Tiempo del niño en tratamiento ^e .	Razón	

Codificaciones de variables transformadas: *a* (0: 20-30; 1: 31-40; 2: Más de 40); *b* (0: Sin estudios o Primarios; 1: Secundarios o Univ.); *c* (0: Soltero, separado, viudo; 1: casado o con pareja); *d* (0: Estudia, Parado, Ama o amo de casa; 1: trabaja); *e* (0: más de 23 meses; 1: menor o igual a 23 meses)

B. Aspectos de la atención relacionados con la calidad percibida

En la tabla 8 vemos en detalle las variables empleadas para recoger información sobre los aspectos o dimensiones vinculadas a la calidad percibida en la interacción con el profesional. El instrumento preliminar recogía 20 ítems sobre experiencias de los padres relativas a la interacción con el profesional representativas de las categorías del estudio cualitativo. En la tabla se puede observar qué variables se miden para cada dimensión, la escala de medida utilizada para cada una de las variables y sus categorías. Casi todas las variables tienen la misma escala de respuesta: nunca (1), casi nunca (2), a veces (3), casi siempre (4) y siempre (5), excepto los ítems *Le atiende con prisas* y *Le atiende con buenas maneras*, de la escala *Respeto a los padres* en los cuales invertimos los valores para evitar el sesgo de aquiescencia.

Tabla 8: Variables de los aspectos o dimensiones vinculados a la Calidad percibida

ASPECTOS O DIMENSIONES VINCULADAS A LA CALIDAD PERCIBIDA	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN		
Le explica los ejercicios mientras se los hace ^a .	Ordinal	Nunca (1) → Siempre (5)
Explica para qué sirven las terapias ^a .	Ordinal	Nunca (1) → Siempre (5)
Explica los efectos de los ejercicios ^a .	Ordinal	Nunca (1) → Siempre (5)
El fisioterapeuta se muestra satisfecho con su colaboración ^a .	Ordinal	Nunca (1) → Siempre (5)
Le pregunta si hace los ejercicios en casa ^a .	Ordinal	Nunca (1) → Siempre (5)
Le revisa si hace los ejercicios correctamente ^a .	Ordinal	Nunca (1) → Siempre (5)
Le sugiere momentos concretos ^a .	Ordinal	Nunca (1) → Siempre (5)
Le recomienda que haga los ejercicios en casa ^a .	Ordinal	Nunca (1) → Siempre (5)
Le da información escrita sobre los ejercicios ^a .	Ordinal	Nunca (1) → Siempre (5)
Le permite entrar a ver cómo trata a su hijo ^a .	Ordinal	Nunca (1) → Siempre (5)
MANERAS INTERPERSONALES		
Le da detalles sobre lo que su hijo va logrando ^b .	Ordinal	Nunca (1) → Siempre (5)
La información le resulta fácil de entender ^b .	Ordinal	Nunca (1) → Siempre (5)
Cuando tiene dudas puede hablar con el fisioterapeuta ^b .	Ordinal	Nunca (1) → Siempre (5)
Se preocupa por aclararle sus dudas ^b .	Ordinal	Nunca (1) → Siempre (5)
Le anima a sentirse útil con su hijo ^b .	Ordinal	Nunca (1) → Siempre (5)
Le atiende con buenas maneras ^c .	Ordinal	Nunca (1) → Siempre (5)
Le atiende con prisas ^c .	Ordinal	Siempre (1) → Nunca (5)
Le atiende en un momento no adecuado ^c .	Ordinal	Siempre (1) → Nunca (5)
Tiene trato afectuoso con su hijo ^d .	Ordinal	Nunca (1) → Siempre (5)
Coge a su hijo con todo el cuidado posible ^d .	Ordinal	Nunca (1) → Siempre (5)

Codificaciones de variables transformadas: *a:* Nunca, casi nunca, a veces:1; casi siempre, siempre: 0. *b:* Nunca, casi nunca, a veces-casi siempre:1; siempre: 0. *c:* Nunca, casi nunca, a veces:0; casi siempre, siempre:1. *d:* nunca, casi nunca, a veces-casi siempre:1; siempre: 0

C. Variables de las percepciones sobre satisfacción y auto-eficacia

Para este área se incluyeron seis variables. Cuatro de ellas relativas a la satisfacción de los padres en áreas específicas del cuidado (por ejemplo satisfacción con la frecuencia de información), una sobre la satisfacción global con la atención y, finalmente, una para percepción de auto-eficacia frente a barreras de cansancio y tiempo, en la que el cuidador principal tenía que valorar su confianza en la realización de los consejos a pesar de las barreras percibidas sobre cansancio propio o del niño y disponibilidad de tiempo.

Para las variables de satisfacción específica se usó una escala de medida nominal, con unas categorías de respuesta que iban desde *Muy insatisfecho* (1) a *Muy satisfecho* (5). Las variables de satisfacción global y auto-eficacia se midieron con una escala de razón de 1 a 10. En la tabla 9 se puede ver un resumen de las variables usadas, así como su escala de medida y sus categorías de respuesta.

Tabla 9: Variables de los aspectos vinculados a la satisfacción y auto-eficacia

VARIABLES DE SATISFACCIÓN Y AUTO-EFICACIA	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
ASPECTOS DE SATISFACCIÓN ESPECÍFICA		
Frecuencia de información sobre evolución del niño ^a .	Ordinal	Muy satisfecho (5) → Muy insatisfecho (1)
Aprendizaje sobre el cuidado del niño ^a .	Ordinal	Muy satisfecho (5) → Muy insatisfecho (1)
Profesionalidad del fisioterapeuta ^a .	Ordinal	Muy satisfecho (5) → Muy insatisfecho (1)
Aceptación del fisioterapeuta por parte del niño ^a .	Ordinal	Muy satisfecho (5) → Muy insatisfecho (1)
SATISFACCIÓN GLOBAL		
Satisfacción global con la atención recibida ^a .	Razón	Muy insatisfecho (1) → Muy satisfecho (10)
AUTO-EFICACIA		
Auto-eficacia frente a barreras de tiempo y cansancio	Razón	0-10

Codificaciones de variables transformadas: a:(Escala multi-ítem, recodificada a su vez en 0: media inferior a 7; 1: media igual o superior a 7)

2.4.6. Gestión de los datos

La gestión de los datos incluye la codificación, introducción, y depuración de los datos, y la preparación de los mismos para el análisis. Durante ambos procesos se pueden provocar errores aleatorios o sistemáticos que deben ser evitados o reducidos mediante estrategias específicas. A continuación se describen los principios usados en el procesamiento de datos junto a las estrategias de prevención y control usadas.

A. Codificación de los datos

Durante la fase de diseño del cuestionario y del registro del fisioterapeuta se definió un esquema de codificación. El esquema figura impreso en el mismo cuestionario (Anexo 3). Se decidió su impresión para prevenir y reducir el número de errores en la entrada de los datos.

En las variables relativas a los aspectos de calidad percibida, satisfacción específica y auto-eficacia, las categorías de respuesta fueron codificadas con números, usando secuencias numéricas de 0-10 para calidad percibida y auto-eficacia, y de 0-5 para satisfacción específica. Para las variables relativas a características socio-demográficas, las categorías de respuesta también fueron codificadas con números, utilizándose 1-2 (para dicotómicas) ó 1-4 o más (para categóricas de más de dos categorías).

B. Introducción y depuración de los datos

Para la introducción de los datos se construyó una base de datos con el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows. En la introducción de los datos se pueden producir importantes errores aleatorios en el proceso de transcripción de los cuestionarios a la base de datos. Para evitarlos o reducirlos se planificaron y ejecutaron dos procesos:

- Por una parte, se entrenó previamente a la persona encargada de introducir los datos en el sistema de codificación, la base y el programa.
- Por otra parte, se realizó un proceso de depuración de los datos previo a su uso en el análisis. Básicamente, se siguieron dos estrategias para identificar y eliminar errores de transcripción de los cuestionarios, basadas en: I) identificar los registros que por encontrarse fuera del rango de valores de su variable, pudieran indicar que la recogida o la transcripción de los datos había sido incorrecta; y II) identificar las inconsistencias entre variables que estaban relacionadas. El proceso se realizó mediante la comprobación de que los valores de una variable eran lógicos de acuerdo con los valores de otra/s variable/s.

C. Preparación de los datos.

La matriz de datos inicial fue preparada antes del análisis pertinente con la finalidad de transformar datos y crear nuevas variables secundarias necesarias para responder a los objetivos del estudio y de los análisis necesarios. Sobre la matriz de datos inicial creamos nuevas variables a partir de varias variables o de una única, realizando las operaciones que se detallan a continuación.

C.1. Recodificación de ítems inversos.

En el conjunto de ítems existían algunos redactados de forma inversa para reducir la posibilidad de aquiescencia o tendencia a contestar siempre lo mismo. Por lo tanto, fue necesario recodificar estos ítems previamente a establecer las puntuaciones de las escalas, donde es preciso que la codificación de todos los ítems que conforman dicha puntuación vaya en el mismo sentido.

C.2. Creación de nuevas variables.

Por una parte, se crearon nuevas variables mediante la recodificación de variables continuas en categóricas (p.e.: edad, satisfacción...) y de variables categóricas ordinales en binarias (ítems sobre experiencias de los padres). Estas recodificaciones se pueden observar en las tablas 7, 8 y 9.

Especial atención merece el proceso utilizado para la recodificación de los ítems sobre experiencias de los padres. En ellos, las categorías de respuesta fueron recodificadas en dos categorías definidas como “No problema” (0) o “Problema” (1). Se define como problema de calidad aquel aspecto de los cuidados sanitarios que podría afectar negativamente a la experiencia del servicio desde el punto de vista del paciente (en este caso el padre), y que por tanto puede ser mejorado. Para cuantificar el punto de corte más capaz de discriminar entre sujetos con una satisfacción global igual o mayor a la media y sujetos con satisfacción global menor a la media, realizamos múltiples tests de sensibilidad y especificidad con los ítems. Para cada ítem, seleccionamos inicialmente un punto de corte que tuviese la mayor suma de valores de sensibilidad y especificidad. Cuando se dio el caso de que varios ítems de una misma escala tenían diferentes puntos de corte seleccionamos el punto de corte más frecuente entre sus ítems. De esta manera, cada escala tuvo un punto de corte común para todos sus ítems.

Por otra parte, se generaron nuevas variables basadas en la agregación de las puntuaciones de los ítems pertenecientes a cada una de las dimensiones vinculadas a la calidad percibida. El modelo de agregación de las puntuaciones de los ítems estuvo basado en las ya citadas puntuaciones dicotómicas (existencia o no de problema de calidad) y orientado a proporcionar medidas respecto a las experiencias de los padres que

fueran fácilmente interpretables en términos de frecuencia global de problemas en cada escala.

La creación de estas variables se realizó de acuerdo a la siguiente fórmula, utilizada por otros autores^{166,198}.

$$\% \text{ de problemas} = (\sum \text{N}^\circ \text{ de respuestas con problemas} / \text{N}^\circ \text{ de respuestas totales}) \times 100$$

Las puntuaciones se ordenaron desde 0 por ciento (no problema) hasta 100 por ciento (respuestas a todas las preguntas en la escala indicando un problema). Por lo tanto, altas puntuaciones estaban asociadas a un alto grado de percepción de problemas relacionados con la calidad de la interacción entre fisioterapeutas y padres.

2.4.7. Análisis de los datos.

Los análisis de los datos se dirigieron a los siguientes objetivos: A) descripción de la muestra participante, B) selección de ítems, C) análisis de la estructura y dimensionalidad del cuestionario, D) análisis de la fiabilidad de las escalas, E) análisis de la validez de las escalas, y F) análisis de la aceptabilidad del cuestionario. Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

A. Descripción de la muestra participante.

Se realizó un análisis del perfil de los sujetos participantes en el estudio. Para ello se calcularon estadísticos descriptivos (frecuencias, medias y desviaciones típicas) de las variables socio-demográficas y clínicas del total de la muestra.

B. Selección de ítems.

Se puede decir que un ítem que no se contesta es, en parte, porque no se comprende, con lo que la comprensión del ítem puede ser valorada analizando la ausencia de respuesta. Esto se contabilizó calculando el porcentaje de respuesta. Se estableció un porcentaje superior al 90% como satisfactorio, o lo que es lo mismo, se consideró como criterio de eliminación de ítems un porcentaje de no respuesta superior al 10%.

Con el fin de eliminar ítems que no tuvieran buena correlación con su hipotética dimensión, se hizo primeramente un análisis factorial exploratorio para identificar los factores latentes. Aquellos ítems que tuvieron una carga factorial inferior a 0.50 no fueron retenidos. También fueron eliminados aquellos ítems que presentaron carga factorial superior a 0.40 en dos o más factores.

En segundo lugar, se calculó el coeficiente de Spearman para examinar la correlación entre el ítem y la respectiva puntuación total de la escala corregida eliminando el ítem correspondiente para no sobredimensionar la relación. Se consideró como criterio aceptable una correlación superior a 0,4.

En tercer lugar, se analizó la divergencia de los ítems mediante el cálculo de: I) Correlación de Spearman entre la escala y cada uno de los ítems que la componen; II) Correlación de Spearman entre la escala y cada uno de los ítems no pertenecientes a ésta. Antes de realizar estas operaciones calculamos la puntuación total de la escala, y la puntuación total de la escala sin el ítem. Para la primera puntuación sumamos los valores de todos los ítems y dividimos por el número de ítems. Para la segunda sumamos los valores de todos los ítems menos aquél para el que estamos calculando la puntuación, y dividimos por el número total de ítems de la escala. El criterio para eliminar ítems a partir del análisis de la divergencia fue que puntuase más fuera de su escala que dentro de ella, siendo la diferencia con respecto a lo que puntúa en su escala superior a dos veces el error estándar.

Para valorar la relevancia de cada uno de los ítems se calculó el coeficiente de correlación de Spearman entre cada uno y el ítem de satisfacción global. Se consideró aceptable una correlación superior a 0,3 y que fuera estadísticamente significativa.

C. Estructura y dimensionalidad.

Este análisis se realizó para identificar factores latentes que podían ser responsables de la variabilidad de respuestas ofrecidas por los participantes. Con estos fines, el análisis se estableció en 2 etapas: en primer lugar se identificaron factores subyacentes a las percepciones de los padres respecto a su experiencia asistencial; en segundo lugar se evaluó su unidimensionalidad.

C.1. Identificación de factores subyacentes a las percepciones de experiencias.

Se llevó a cabo un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) para identificar factores latentes que pudiesen ser responsables de la variabilidad de los datos.

En el AFE, usamos para la extracción inicial de factores el método de componentes principales con rotación de factores tipo Varimax. Para determinar el número final de factores se calcularon y consideraron la proporción de variancia asignada a cada factor y la carga factorial de cada ítem sobre su respectivo factor. Los ítems con una carga de 0,5 o superior fueron mantenidos. Con el AFE se calculó el índice de Kaiser-Meyer-Olkin y se realizó la prueba de esfericidad de Bartlett para valorar la pertinencia de interpretación de las soluciones del AFE.

C.2. Análisis de la unidimensionalidad de los factores identificados.

Para ello utilizamos el análisis de escalamiento multirrasgo, técnica empleada a menudo para tal fin²⁰¹. Este análisis usa una matriz de correlación de todos los ítems y escalas para valorar la medida en que los ítems convergen con sus hipotéticas escalas (consistencia de los ítems) y divergen de otras escalas (validez discriminante). Adicionalmente, también se utilizó un análisis de la consistencia interna de las escalas.

Para analizar la consistencia de los ítems con su respectiva escala se calcularon tres estadísticos: I) la correlación entre los ítems y la puntuación total de su escala; II) la correlación entre estos y la puntuación corregida de la escala sin considerar el elemento, ambas utilizando el coeficiente de correlación de Spearman; y III) el valor alfa de Cronbach de la consistencia interna de la escala, con y sin el ítem. Este último estadístico no se incluye habitualmente en este tipo de análisis, pero decidimos incluirlo porque permite conocer la fiabilidad de consistencia interna a nivel de cada escala. Se consideró satisfactoria una correlación ítem-total corregida de 0,4 y se eliminaron aquellos ítems que no cumplieron este criterio.

Para analizar la validez divergente de los ítems, se calcularon las correlaciones entre las puntuaciones de cada ítem y todas las escalas del instrumento de medida, usando para ello el coeficiente de correlación de Spearman. En los ítems de las escalas *Información y*

educación y Apoyo a los padres se calculó la correlación ítem-puntuación total corregida, es decir, sin incluir dicho ítem en la escala, para evitar sobredimensionar la correlación del ítem con su propia escala. En las escalas *Maneras respetuosas* y *Trato al niño* el análisis se realizó con la puntuación total, debido a que estas escalas están formadas únicamente por dos ítems, con lo que si eliminásemos uno no tendríamos escala. Se consideró que los ítems tuvieron buena validez divergente cuando la diferencia entre el coeficiente de correlación del ítem con su propia escala y los coeficientes de correlación de ese ítem con el resto de escalas fue superior a dos veces el error estándar. Los ítems que no cumplieron este criterio fueron eliminados.

D. Análisis de la fiabilidad de las escalas

Se analizó la consistencia interna mediante el cálculo del alfa de Cronbach. Con este coeficiente se presupone que todas las escalas de un dominio miden lo mismo y en la misma intensidad. Se fijó el punto de corte en un alfa de Cronbach de 0,6 para cada escala.

E. Análisis de la validez de las escalas.

Para analizar la validez de las escalas, en primer lugar, se asumió un modelo de medición basado en escalas sobre las puntuaciones dicotómicas de los ítems establecidas a partir de las dos categorías de problema y no problema. Este modelo se configuró conforme al modelo conceptual identificado en la fase anterior.

La validez de un instrumento hace referencia a la capacidad de éste para medir exactamente lo que pretende medir. La validez ha sido tradicionalmente considerada en tres dimensiones. Así, se considera que la validez de un instrumento de medida es el grado de amplitud (validez de contenido) y exactitud (validez de constructo) con que representa y mide un concepto de interés, y la utilidad con la que predice algún tipo de resultado relevante (validez de criterio)²⁰⁰.

En este estudio la validez se analizó con el fin de aportar pruebas sobre dos de estas dimensiones: I) la validez de contenido y II) la validez de constructo.

E.1. Validez de contenido.

La validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento evalúa todos los aspectos relevantes del dominio conceptual que intenta medir. En nuestro estudio dichos aspectos se identificaron a partir del estudio cualitativo.

La relevancia y representatividad de los ítems para cada uno de los citados aspectos fue facilitada durante la etapa de construcción y revisión del instrumento, y analizada empíricamente en el pre-test cognitivo. En la primera etapa, se facilitó inicialmente por medio de la asignación de un número proporcional de ítems relevantes para cada uno de los aspectos de la experiencia asistencial relacionados con la calidad percibida. Posteriormente, también se facilitó por medio del estudio cognitivo en el que se valoró la relevancia de los ítems por parte de los padres y fisioterapeutas.

En la segunda etapa se utilizaron los resultados del análisis factorial, que identificaron tanto los aspectos empíricamente relevantes como los ítems asignados a cada uno de ellos, para analizar y contrastar la relevancia y representatividad de los ítems.

E.2. Validez de constructo.

La validez de constructo es el grado en que las puntuaciones del instrumento se correlacionan con otras medidas en una forma lógica y teóricamente consistente. Esto supone la demostración de una validez convergente y una validez discriminante.

Para establecer la validez de constructo de las puntuaciones de cada una de las escalas del instrumento se realizaron varios análisis con el fin de investigar el cumplimiento de determinadas hipótesis realizadas con dichas puntuaciones. Los análisis para el estudio de las hipótesis se agruparon en torno a dos métodos de plantear hipótesis contrastables: I) la convergencia y divergencia con otros constructos, y II) la comparación entre grupos conocidos.

La validez convergente y divergente: este método hace referencia al estudio del grado de acuerdo con constructos hipotéticamente relacionados (convergente) y al grado de

desacuerdo con constructos hipotéticamente no relacionados (divergente). En este método se realizaron tres análisis:

- Un análisis de las correlaciones entre las puntuaciones de las escalas y la satisfacción global. La hipótesis planteada en el sentido de validez convergente fue que todas las puntuaciones de dichas escalas tendrían una correlación negativa y significativa con *Satisfacción*.
- Un análisis de las correlaciones entre las puntuaciones de las escalas del instrumento y la escala de auto-eficacia. La hipótesis planteada en el sentido divergente fue que ninguna de las puntuaciones tendría una correlación aceptable con la escala de auto-eficacia ya que es un constructo con el que hipotéticamente difiere.

En ambos casos se calculó el coeficiente de correlación de Spearman, usado en el análisis del grado de interdependencia de variables cuantitativas.

- Un análisis de la correlación entre las escalas. La validez divergente de cada escala se debería reflejar en una moderada correlación (entre 0.20 y 0.40) entre ellas. Correlaciones muy altas (0.85 o mayor) entre las escalas indican que las escalas miden esencialmente el mismo concepto, y por tanto estas escalas deberían ser combinadas y algunos ítems deberían ser eliminados. Para realizar este análisis usamos el coeficiente de correlación de Pearson.

Para el análisis de los grupos conocidos se crearon varios grupos para representar diferentes niveles de experiencias de los padres relativas a la calidad de la interacción con el fisioterapeuta. Los grupos se concibieron sobre la base del nivel de satisfacción en cuatro aspectos del cuidado. Para cada aspecto creamos dos subgrupos: el grupo “alta satisfacción” incluía padres con un nivel de satisfacción superior a la media, mientras que el grupo “baja satisfacción” incluía a padres cuyo nivel de satisfacción era inferior a la media. Después comprobamos si el patrón de puntuaciones en problemas de cada escala entre los dos subgrupos era como habíamos pensado. Para la escala *Información y educación* usamos subgrupos definidos por el grado de satisfacción con la enseñanza provista por el fisioterapeuta, para *Apoyo a los padres* usamos la satisfacción con la información recibida, para *Maneras respetuosas con los padres* usamos satisfacción con

la profesionalidad del fisioterapeuta, y para *Trato al niño* usamos satisfacción con el grado de aceptación del fisioterapeuta por parte del niño.

Nuestra hipótesis a priori era que los padres del subgrupo “Baja satisfacción” presentarían alta puntuación, o sea, alto porcentaje de problemas en todas las escalas y, por consiguiente, los padres del grupo de “alta satisfacción” presentarían baja puntuación. Para comprobar esta hipótesis se realizó el cálculo de la diferencia de medias, utilizando para ello el test t de Student.

F. Análisis de aceptabilidad del cuestionario.

Para el análisis de la aceptabilidad del instrumento se establecieron dos tipos de procedimientos: por un lado el análisis de la aceptabilidad general, y por otro el análisis específico para cada ítem.

El análisis de la participación de los sujetos sobre el conjunto de los ítems permite obtener una medida de la aceptabilidad general mediante el estudio del número de sujetos que dejan preguntas en blanco, y una medida de la aceptabilidad de cada ítem al analizar el porcentaje de valores perdidos del ítem en el total de sujetos encuestados.

Para el análisis de la aceptabilidad general al instrumento se realizó un estudio descriptivo del análisis de la respuesta a los ítems. El análisis de la respuesta se realizó calculando el porcentaje de personas que contestaron a todas las preguntas.

Para el análisis específico de los ítems se realizó un estudio mediante el cálculo del porcentaje de participantes que no contestaron a cada ítem.

RESULTADOS.

V. RESULTADOS.

1. PERSPECTIVA DE LOS PADRES SOBRE ASPECTOS ASISTENCIALES QUE INFLUYEN SOBRE SU PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA INTERACCIÓN CON EL FISIOTERAPEUTA EN ATENCIÓN TEMPRANA.

A partir de los listados de los fisioterapeutas de los centros colaboradores se identificaron 54 potenciales participantes en el estudio, de los cuales se extrajo una muestra de 37 sujetos. Inicialmente 10 sujetos declinaron participar, bien porque no aceptaron participar en el estudio o porque alegaron no poder acudir a la entrevista en el horario que había sido programado. Consecuentemente 10 nuevos sujetos fueron incluidos en la muestra inicial. A la fecha del recordatorio, los 37 sujetos estaban dispuestos a participar, aunque no todos acudieron a las reuniones.

En la figura 6 se representan los casos identificados y/o participantes en cada una de las fases de selección para los grupos focales.

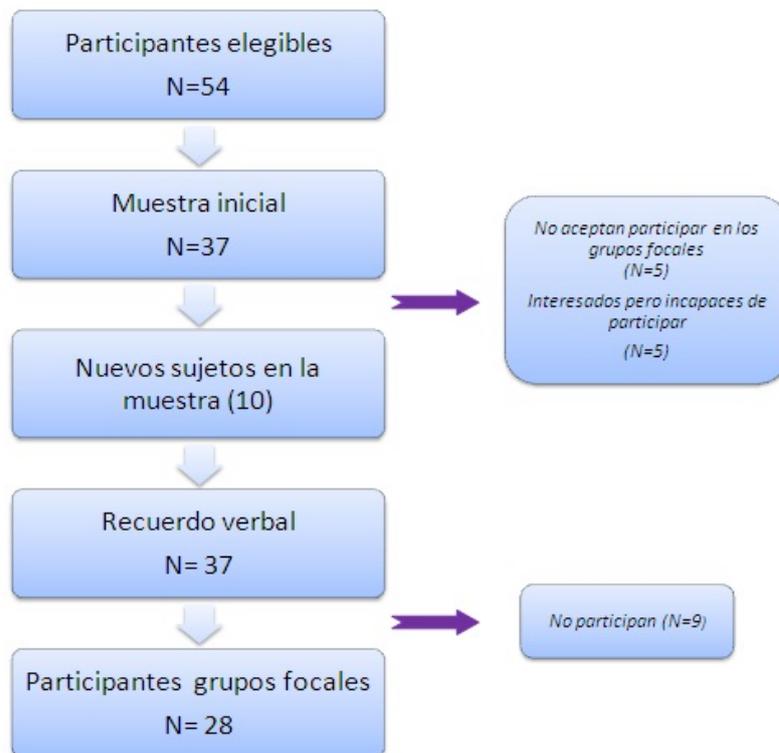


Fig.6: fases del proceso de selección de los participantes.

Finalmente 28 sujetos participaron en este estudio, distribuidos en 7 grupos (con una media de 4 personas por grupo). De los 7 grupos focales, 2 fueron de padres y 5 de madres. Las características de los entrevistados se describen en la tabla 10.

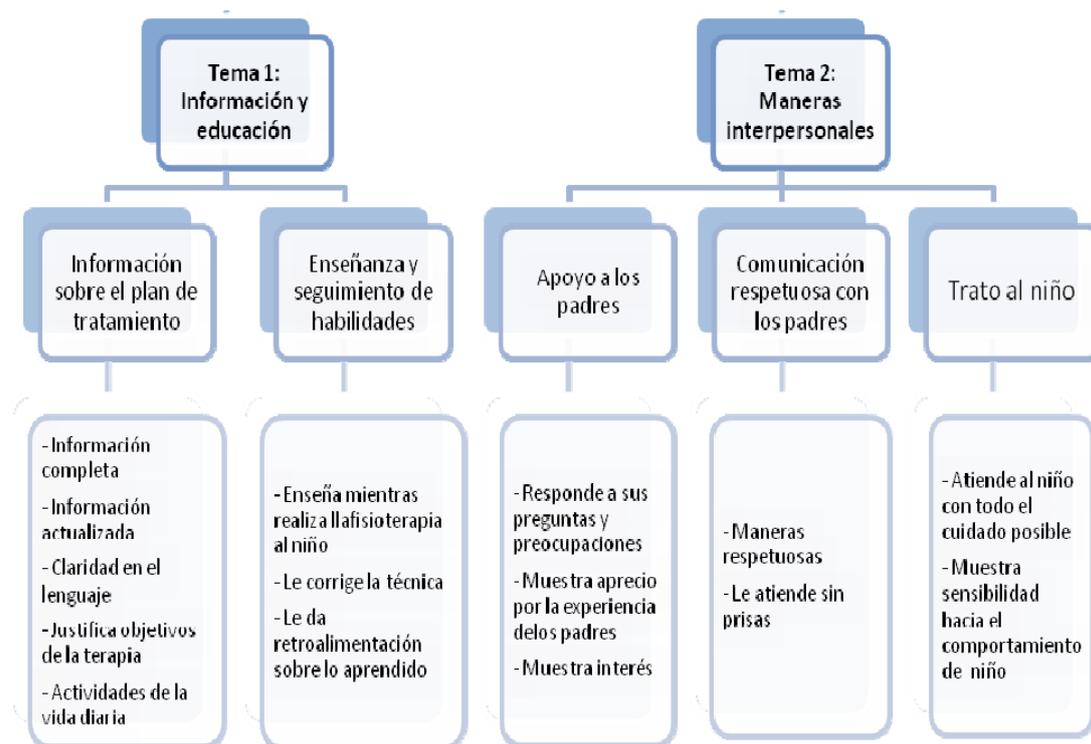
Tabla 10. Características de los participantes en el estudio cualitativo.

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
Características de los padres		
Género		
Mujer	20	71.4
Hombre	8	28.6
Edad		
≤ 30 años	7	25.0
> 30 años	21	75.0
Características de los niños		
Edad		
≤ 2 años	10	35.7
> 2 años	18	64.3
Diagnóstico		
Parálisis cerebral	8	28.5
Enfermedad congénita o hereditaria	5	18.0
Otros	15	53.5

Las entrevistas grupales realizadas permitieron que los participantes expresaran sus experiencias y percepciones sobre la atención de fisioterapia recibida asociadas a un juicio de calidad de la interacción con el fisioterapeuta. Los padres refirieron haber tenido una o más experiencias en las cuales percibieron problemas en la calidad de la interacción con el fisioterapeuta de su hijo. Según los padres, la mayoría de estas experiencias ocurrieron dentro de la sala de fisioterapia, mientras observaban el tratamiento de su hijo. Sin embargo, en aquellas ocasiones en que los padres no entraban a la sala de fisioterapia, se dieron problemas de interacción con el fisioterapeuta en el momento de la recogida del niño, una vez terminada la sesión.

Estas experiencias fueron agrupadas en dos temas: *Información y educación* y *Maneras interpersonales*. Dentro de cada uno de estos dos temas surgieron varios subtemas. En la tabla 11 se exponen los temas, subtemas y categorías identificadas para cada subtema.

Tabla 11: Temas, subtemas y categorías identificados en el estudio cualitativo.



A continuación se exponen las percepciones y opiniones de los participantes sobre cada uno de los temas y subtemas. Esta exposición se ilustra con citas textuales, representativas de las categorías descritas, extraídas de la transcripción de las entrevistas.

Tema 1. Información y educación.

La mayoría de los padres aseguraron que el fisioterapeuta les había enseñado un programa de ejercicios para realizar con su hijo en el domicilio. Al principio, los padres sintieron que carecían de los conocimientos y habilidades necesarios para poder llevar a cabo el programa. Por ello, a menudo experimentaron miedo al asumir la responsabilidad del cuidado de su hijo.

Hubo consenso entre los participantes en que una alta calidad de la interacción con el fisioterapeuta fue esencial para enfrentarse a este miedo y adquirir confianza en su capacidad para afrontar el cuidado de sus hijos. Esta interacción fue valorada sobre todo a través de sus experiencias en los dos subtemas que detallamos a continuación: *Información sobre el plan de tratamiento, y Enseñanza y seguimiento de habilidades.*

Información sobre el plan de tratamiento

Todos los participantes estuvieron de acuerdo en que su percepción de la calidad de la interacción con el fisioterapeuta estuvo directamente relacionada con el hecho de haber recibido una información completa y actualizada sobre el plan de tratamiento del niño, así como con la manera en que el fisioterapeuta les transmitió esta información.

Los participantes percibieron que la información sobre el plan de tratamiento domiciliario era incompleta cuando recibieron recomendaciones inespecíficas sobre el tipo, número y frecuencia de los ejercicios o actividades. Según los comentarios de los padres, esta percepción aumenta su ansiedad al no conocer exactamente qué ejercicios deben hacer con su hijo.

“...no te explican exactamente qué ejercicios o con qué frecuencia hacerlos cada día. Como no sé qué hacer exactamente con mi hijo me entra mucha ansiedad...”

Muchos padres de niños que estuvieron mucho tiempo recibiendo un tratamiento de fisioterapia manifestaron que en fases avanzadas del tratamiento habían sentido la ausencia de una información más actualizada. Hubo consenso entre los participantes en que el hecho de recibir información actualizada fue esencial para afrontar el cuidado de los niños, en especial en lo referente a su manejo en las actividades de la vida diaria, como vestir o comer. Algunos padres indicaron también que deberían recibir información actualizada que incluyera consejos sobre el cuidado de su propio bienestar durante el manejo de sus hijos, sobre todo cuando estos son mayores.

“Por ejemplo el vestir que creo que puede ser lo más problemático. Yo recuerdo que al principio me dio (el fisioterapeuta) orientaciones sobre cómo tomar a mi hija en brazos y cosas así... pero ahora que es más mayor ya no nos enseña casi nada. Echo de menos, por ejemplo, consejos para vestirla o cómo sentarla.”

“A mí me han dado orientaciones para poner a mi hijo en la postura correcta a la hora de comer, pero nunca me dieron consejos para mi postura. Y tengo la espalda, los riñones y el cuello mal de intentar ponerlo bien...”

También fue relevante para la percepción de calidad la manera en que los fisioterapeutas proporcionaron la información, especialmente al principio del tratamiento. Los participantes expresaron que la interacción fue buena cuando los fisioterapeutas les transmitieron la información con un lenguaje claro y sencillo que pudiesen entender. Otro factor importante fue que esta información hablada se complementara con información escrita sobre el programa de tratamiento domiciliario. Los padres también apreciaron que el fisioterapeuta les transmitiera información sobre los objetivos de los ejercicios o sobre consejos adaptados a las situaciones de la vida diaria de la familia.

“La fisioterapeuta nos explica todo clarito y fácil de entender y eso es muy importante para nosotras.”

“Me gustaría que la fisioterapeuta nos diera una hoja escrita de ejercicios, porque de los 10 ejercicios que te pide que haga en casa al final te acuerdas sólo de 3...”

“Durante la terapia ella me va diciendo para qué es útil cada terapia que hace con el niño, eso te ayuda a entender el tratamiento y te da más confianza.”

“Yo no lo digo como una lista de deberes, yo lo digo porque en el... lo que haces todos los días con los críos, que si los vistes, que si los bañas, que si... una serie de indicaciones para todas esas cosas, además, los críos van creciendo, cuando son pequeñines hacen unas cosas y cuando son grandes hacen otras.”

Enseñanza y seguimiento de habilidades.

La mayoría de los participantes manifestaron que su percepción de la calidad de la interacción fue dependiente de las experiencias con el método de enseñanza del fisioterapeuta. Lo más apreciado para la calidad de la interacción fue el recibir información del profesional durante el tratamiento de su hijo. Los participantes consideraron que esto fue muy importante tanto al principio, para la enseñanza de habilidades, como más adelante, para revisar estas habilidades mediante un contacto regular entre el padre y el fisioterapeuta. Todo ello contribuyó a hacerles sentir seguros sobre su forma de realizar los ejercicios y otras actividades de cuidado de sus hijos en la vida diaria.

“Ella (fisioterapeuta) te enseña los ejercicios mientras los está haciendo con la niña. Viendo cómo le hace los ejercicios en cada sesión vas cogiendo más confianza para hacerlos tú sola.”

La mayoría de los participantes también apreciaron que el fisioterapeuta, además de enseñarles y demostrarles los ejercicios o actividades, observara cómo ellos los realizaban e hiciera las correcciones necesarias sobre su técnica.

“Ella (fisioterapeuta) venía, me explicaba, mira tienes que hacerlo así. Luego me decía: a ver cómo lo haces tú, ponte aquí y hazlo a ver si se lo haces correctamente.”

Los padres percibieron una alta calidad en la interacción con el fisioterapeuta cuando este les proporcionó una adecuada retroalimentación en el aprendizaje de los ejercicios, informándose sobre cómo los habían entendido y emprendiendo nuevas acciones en el caso de que su comprensión no hubiese sido correcta.

“Un día me explicaba cómo hacer los ejercicios y al otro día me preguntaba: ¿tienes alguna duda sobre lo que te recomendé ayer?, y si tenía alguna duda me los volvía a explicar.”

Los participantes manifestaron que su asistencia para ver cómo sus hijos realizaban la terapia fue más frecuente mientras estos fueron pequeños. Según sus comentarios, el fisioterapeuta les aseguraba que los niños mayores tenían un peor comportamiento durante la sesión si sus padres se hallaban presentes.

“...entonces yo al principio sí entraba y veía lo que le hacían pero ahora el niño ha crecido y ya no me dejan entrar a ver... Supongo que le hacen los mismos ejercicios y otros más, pero si tú no preguntas lo que están haciendo no te dicen nada.”

“El mío se pone muy llorón y la fisioterapeuta entonces me dice: salte un poco a ver si se le pasa y vuelves a entrar, y tengo que entrar porque ya no aguanta más de tanto llorar. Y me dice la fisioterapeuta: es que no puedo hacer nada, es que llora mucho.”

Tema 2. Maneras interpersonales.

Los padres consideraron que fue importante para la percepción de la calidad de la interacción la manera en que los fisioterapeutas se relacionaron con ellos y con los niños. La percepción de esta manera de relacionarse del fisioterapeuta se basó en la actitud que los padres observaron en éste en relación, sobre todo, a tres subtemas: *Apoyo a los padres*, *Maneras respetuosas con los padres*, y *Trato al niño*, de los que hablamos a continuación.

Apoyo a los padres

Los participantes manifestaron que tuvieron durante mucho tiempo sentimientos de inseguridad en relación con la enfermedad crónica de sus hijos y con su propia capacidad para su cuidado. La mayoría de ellos subrayaron que el apoyo recibido por los fisioterapeutas fue esencial para aumentar su sentimiento de confianza consigo mismos. Los padres percibieron este apoyo al observar la actitud del fisioterapeuta cuando respondía a sus preguntas o sus dudas sobre el estado de salud de los niños, o bien cuando manifestaban preocupaciones sobre el niño. También se sintieron apoyados por el fisioterapeuta cuando éste les mostró aprecio por su habilidad para manejarse en el cuidado de su hijo.

Varios padres manifestaron que la asistencia regular para ver a sus hijos durante el tratamiento de fisioterapia facilitó el diálogo con el fisioterapeuta. Sin embargo, otros participantes afirmaron que esto no era suficiente para informarse sobre cuestiones importantes, ya que a menudo evitaban hacer preguntas en ese contexto para no provocar interrupciones en la terapia del niño. Además, expresaron que el recibir respuestas a sus preguntas sobre la condición de los niños les ayudaba a sentirse confiados y a comprender lo que ocurría, en especial al principio del tratamiento de fisioterapia.

“Yo al principio iba como ciega... y durante las sesiones preguntaba a ella por qué mi hijo no se sentaba o por qué no fijaba la cabeza todavía. Y ella me contestaba que era por el “problema” que tenía. Pero claro, yo no sabía exactamente qué problema tenía y tampoco quería estar robando el poco tiempo de la terapia preguntándole más cosas. Entonces, en una reunión de las que hace el centro le pregunté a la fisioterapeuta ¿pero qué problema tiene mi hijo, yo necesito que me aclaráis...”

Los participantes percibieron que los fisioterapeutas manifestaban su preocupación por su hijo cuando les preguntaban sobre aspectos del cuidado de éste por parte de otros profesionales o por comportamientos en otros contextos. Muchos padres expresaron que sentían una confianza especial hacia el fisioterapeuta cuando veían estos comportamientos.

“...ella me dice: si encuentras algo nuevo en internet sobre el síndrome de tu hijo, protocolos de actuación o cualquier cosa, me lo traes. Cuando traigo algo me dice:” me lo leo y mañana te comento algo. Tú la ves que ella tiene interés y que se preocupa con nuestro problema.”

Los padres también percibieron apoyo por parte del fisioterapeuta cuando este les ayudó a sentirse competentes y expertos en el cuidado del niño, al apreciar su experiencia, su conocimiento o las habilidades con que le cuidaban. También se sintieron apoyados cuando el fisioterapeuta les trató como un igual, más que como sólo el padre de un paciente.

“...creo que la evolución depende de las dos, de la fisioterapeuta y de mí. Ella nos valora y nos pregunta: ¿le has notado algo al niño?, ¿has notado si gira la cabeza?. ¡Eso es importante!”

“...que a mí me decía que le estimulara con la luz de la cuna y con los juguetes hacia el lado que él no giraba. Y me dice riéndose: pero no exageres con los ejercicios... Veo que ella confía que voy a hacerlo bien y que el niño va a mejorar. Eso me anima y me da cierta tranquilidad...”

Maneras respetuosas con los padres

Todos los participantes consideraron que los fisioterapeutas se habían comportado con respeto y buenas maneras durante la mayoría de los diálogos con ellos. Muchos de ellos enfatizaron estos comportamientos al compararlos con las maneras de otros tipos de profesionales de la salud.

“Cuando vas a la consulta del médico te trata con una actitud tan distante y fría. Mal, muy mal... Sin embargo, cuando voy al fisioterapeuta me recibe amablemente y me pregunta cómo ha ido la consulta.”

Sin embargo, los padres expresaron que en algunas ocasiones las respuestas de los fisioterapeutas no habían sido tan respetuosas. En particular, los participantes tuvieron esta sensación cuando notaron que los fisioterapeutas se tomaban menos tiempo del que ellos esperaban para escuchar y responder a sus preguntas. Esto ocurrió cuando les plantearon preguntas o dudas a los fisioterapeutas mientras otros padres estaban esperando para recibir tratamiento, o bien cuando lo hicieron en el tiempo entre dos tratamientos.

“Me gustaría que los terapeutas hablaran más con nosotras y más tranquilamente. A veces, después de la terapia me quedo preguntándole cosas, pero como hay niños esperándole siento que ella tiene prisa en terminar la conversación.”

Muchos participantes manifestaron que comprendían a los profesionales, ya que estos tienen una agenda de niños en tratamiento muy ocupada y deben respetar el tiempo de tratamiento de cada niño. No obstante, denunciaron la falta de un tiempo específico y con una determinada periodicidad en la agenda del fisioterapeuta para el intercambio de información, aunque creían que también era importante que se diese este intercambio durante la realización de la terapia.

“Yo entiendo que si hay otros niños después de la mía, yo no puedo ocupar el tiempo que corresponde a otro niño hablando con el fisioterapeuta. Pero también creo que sería bueno que tuviéramos un tiempo sólo para poder hablar con él.”

“Estoy de acuerdo que haya un momento específico para hablar con el fisioterapeuta, pero me parece bien que hable con nosotras cuando estamos con los niños en la sala de terapia.”

Trato al niño

Los padres manifestaron su aprecio por el trato personal y humano de los fisioterapeutas con sus hijos. Todos los padres mencionaron que los fisioterapeutas trataban con mucho

cuidado a sus niños mientras hacían la terapia, especialmente a los bebés. Además, manifestaron que apreciaban que los fisioterapeutas realizaran un tratamiento adaptado a las diferentes fases de la vida y al comportamiento de sus hijos.

“Hay que valorar... como profesional y como persona, porque es tu hijo y hay que valorarlo todo. Yo veo cómo tratan a mi hija que tiene 6 años que se ponen un poco serios y con disciplina y creo que le viene bien, pero cuando son tan pequeñitos y tan bebé, ves que los coge con todo el cariño del mundo.”

2. PARTICIPANTES EN EL PRE-TEST COGNITIVO Y EN EL ESTUDIO DE CAMPO.

2.1. Participantes en el pre-test cognitivo.

Participaron en el pre-test cognitivo un total 8 madres, pertenecientes a los centros asistenciales de Fortuna, Alhama y Molina de Segura.

El rango de edad de estos participantes osciló entre 34 y 40 años. La mayoría de las participantes no tienen estudios o tienen estudios primarios (59,2%), están casadas o tienen pareja (89,1%) y son amas de casa (53,0%).

2.2. Participantes en el estudio de campo.

Durante el período de estudio se identificó a 412 familias de niños que asistían a fisioterapia y que cumplieron los criterios de elegibilidad. Todos ellos recibieron un cuestionario para ser rellenado por el cuidador principal.

En la tabla 12 se indican las características socio-demográficas, clínicas y familiares de los sujetos de estudio. La edad media de los cuidadores principales fue de 35,3 años (DT: 5,7) y el 88,7% fueron mujeres. La mayor parte de los cuidadores principales (57,3%) no tiene estudios o sólo tiene estudios primarios, y el 42,7% tiene estudios secundarios o superiores. Con respecto al estado civil, la mayoría de los sujetos (90,9%) están casados o viven en pareja. Desde el punto de vista de la situación laboral, sólo un 40,1% tiene un trabajo remunerado y algo más de la mitad de los participantes (51,2%) se dedica a las tareas del hogar. El número medio de hijos por familia es de 1,89 (DT: 0,83).

En cuanto a las características de los niños: predomina el género masculino, con un 64,5%, la edad oscila entre los 6 meses y 6 años, con una media de 2 años y 11 meses (DT: 21,6 meses), el tiempo medio que llevaban recibiendo tratamiento de fisioterapia es de 1 año y 8 meses (casi el 70% de los niños hace menos de dos años que lo comenzaron), y la Parálisis Cerebral Infantil es el diagnóstico más común entre los niños (24,2%), seguido de las enfermedades congénitas o hereditarias (20,4%).

Tabla 12. Características socio-demográficas, clínicas y familiares de los sujetos de estudio.

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y FAMILIARES DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO	n	Porcentaje (± IC 95%)
Género (n=406)		
Masculino	46	11.3 (± 3.08)
Femenino	360	88.7 (± 3.08)
Edad (n=399)^a		
Entre 20 y 30	76	19 (± 3.85)
Entre 31 y 40	262	65.7(± 4.66)
Más de 40	61	15.3 (± 3.53)
Nivel de estudios (n=402)^b		
Sin estudios	38	9.5 (± 2.87)
Estudios primarios	192	47.8(± 4.88)
Estudios BUP o FP	119	29.5 (± 4.46)
Estudios universitarios	53	13.2 (± 3.31)
Estado civil (n=405)^c		
Casado/ con pareja de hecho	368	90.9(± 2.80)
Soltero	22	5.4 (± 1.77)
Separado, divorciado o viudo	15	3.7 (± 3.85)
Ocupación laboral (n=406)^d		
Ama de casa	208	51.2 (±4.86)
Trabaja	163	40.1 (± 4.77)
Parado	32	7.9 (± 2.62)
Estudia	3	0.8 (0.81)
Número de hijos (n=404)		
1	142	35.1 (± 4.65)
2	181	44.8 (± 4.85)
3 ó más	81	20.1 (± 5.24)
Género del niño atendido (n=409)		
Masculino	264	64.5 (± 4.64)
Femenino	145	35.5 (± 4.64)
Edad del niño atendido (n=404)^e		
Entre 6 meses y 2 años	153	37.9 (± 4.73)
Entre 2 y 4 años	145	35.9 (± 4.68)
Más de 4 años	106	26.2(± 4.29)
Diagnóstico (n=372)		
Parálisis cerebral infantil	90	24.2 (± 4.35)
Enfermedad congénita o hereditaria	76	20.4 (± 4.10)
Otros	206	55.4 (± 5.05)
Tiempo de los niños en tratamiento (n=397)^e		
Menos de 2 años	265	66.8(± 4.63)
Más de 2 años ³	132	33.2(± 4.63)

2.3. Control del sesgo de no respuesta.

En la tabla 12 se muestra el análisis de la distribución de los potenciales factores de confusión socio-demográficos y clínicos entre los cuidadores principales que responden y los que no.

Tabla 13. Control del sesgo de no respuesta de los sujetos de estudio.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y FAMILIARES	% CUIDADORES PRINCIPALES QUE RESPONDEN n₁	% CUIDADORES PRINCIPALES QUE NO RESPONDEN n₂	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
Género (n₁=238) (n₂=168)			
Masculino	9,2	14,3	NS
Femenino	90,8	85,7	
Edad (n₁=238)(n₂=161)			
Entre 20 y 30	21,4	15,5	NS
Entre 31 y 40	65,1	66,5	
Más de 40	13,4	18	
Nivel de estudios (n₁=238)(n₂=167)			
Sin estudios o primarios	57,1	57,3	NS
Secundarios o universitarios	42,99	42,7	
Estado civil (n₁=238)(n₂=168)			
Casado/ con pareja.	90,8	91	NS
Sin pareja	9,2	9	
Ocupación laboral (n₁=237)(n₂=168)			
Ama de casa	52,1	50	NS
Trabaja	37,4	44	
Parado	9,2	6	
Estudia	1,3	0	
Número de hijos (n₁=237)(n₂=167)			
1	39,2	29,3	NS
2	42,6	47,9	
3 ó más	18,1	22,8	
Género del niño (n₁=237)(n₂=172)			
Masculino	64,1	65,1	NS
Femenino	35,9	34,9	
Edad del niño (n₁=237)(n₂=172)			
Entre 6 meses y 2 años	46,8	27,9	p<0,05
Más de 2 años	53,2	72,1	
Diagnóstico (n₁=236) (n₂=162)			
Parálisis cerebral infantil	23,7	25,3	NS
Enfermedad congénita o hereditaria	18	23,5	
Otros	58,3	51,2	

3. CONSTRUCCIÓN, REVISIÓN Y REDUCCIÓN DE ÍTEMS

3.1. Construcción de los ítems.

Se elaboraron ítems relevantes para las dos áreas identificadas en el estudio cualitativo: *Información y educación* y *Maneras interpersonales*. En cada uno de ellos se abordaron los siguientes aspectos:

- En relación al área de información y educación: comportamientos y actitudes del profesional para proporcionar información sobre el plan de tratamiento y enseñar las habilidades necesarias para el tratamiento.
- En relación al área de maneras interpersonales: comportamientos y actitudes del profesional para proporcionar apoyo al padre y comportarse con respeto y buenas maneras con éste, y con el niño.

En la tabla 14 se presentan las dimensiones consideradas en el estudio cualitativo, vinculadas a las dos áreas/dominios a las que fueron asociadas, y el número de ítems asignado a cada una de ellas. Para el área/dominio *Información y educación* se construyeron 14 ítems vinculados a alguna de las 2 dimensiones que los padres consideraron relevantes. Para el área *Maneras interpersonales* se crearon 14 ítems, asignados a alguna de las 3 dimensiones que la integran.

Tabla 14: ítems contruidos y su asignación a las distintas áreas y dominios

DIMENSIONES		N° DE ÍTEMS	DOMINIOS
ABREV	DENOMINACIÓN		
IN	Información sobre el plan de tratamiento	7	INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN
ES	Enseñanza y seguimiento de habilidades	7	
AP	Apoyo a los padres	6	MANERAS INTERPERSONALES
MR	Maneras respetuosas con los padres	5	
TR	Trato al niño	3	
TOTAL		28 ítems	

3.2. Modificaciones de los ítems tras el pre-test cognitivo.

Como resultado del pre-test cognitivo, comprobamos que algunos de estos ítems no eran bien entendidos según el sentido que nosotros habíamos querido darle, o bien fueron demasiado difíciles de entender, por lo cual fueron modificados o eliminados del cuestionario. En este proceso 10 ítems fueron modificados y 8 eliminados.

Después de este proceso, los 20 ítems restantes fueron asignados a un cuestionario auto-administrado, que llamamos cuestionario preliminar, entregado a los padres para realizar el estudio de campo. De estos 20 ítems, 5 fueron asignados a la dimensión *Información sobre el plan de tratamiento*, 6 a la dimensión *Enseñanza y seguimiento de habilidades*, 4 a *Apoyo a los padres*, 3 a *Maneras respetuosas con los padres*, y 2 a *Trato al niño*.

3.3. Selección final de ítems.

El análisis de los ítems realizado con los datos del estudio de campo puso en evidencia los otros ítems que debían ser eliminados del conjunto final de ítems. La tabla 14 muestra un resumen de todos los ítems que fueron eliminados en el estudio de campo y los criterios que se siguieron para ello.

Tabla 15. Relación de ítems eliminados y motivos de eliminación

ÍTEM	Ausencia de respuesta ^a .	Carga factorial ^b .	Correlación. Ítem-total ^c .	Validez divergente ^d .	Validez convergente. ^e .
Cuando tiene dudas puede hablar con el fisioterapeuta.		X			
Explica para qué sirven las terapias.		X			
Explica los efectos de los ejercicios.		X			
La información le resulta fácil de entender.		X			
El fisioterapeuta se muestra satisfecho con su colaboración.				X	
Le atiende con buenas maneras.				X	

a: ítems con ausencia de respuesta en más del 10% de participantes; *b*: ítems con una carga factorial inferior a 0,5 en un factor o superior a 0,4 en más de un factor; *c*: ítems con una correlación ítem-total corregida menor de 0,4 usando el coeficiente de correlación de Spearman; *d*: ítems cuya diferencia entre el coeficiente de correlación del ítem con la puntuación total corregida de su propia escala y los coeficientes de correlación de ese ítem con el resto de escalas fue superior a dos veces el error estándar; *e*: ítems con una correlación no significativa con el ítem "Satisfacción global".

El ítem *Cuando tiene dudas puedo hablar con el fisioterapeuta*, perteneciente a la dimensión *Apoyo a los padres* tuvo una carga factorial menor de 0,50 y por tanto no fue retenido. Tres ítems: *Le explica para qué sirven las terapias*, *Explica los efectos de los ejercicios* y *La información le resulta fácil de entender* fueron eliminados de la dimensión *Información y educación* porque tenían cargas factoriales por encima de 0.40 en dos: *Información y educación* y *Apoyo a los padres*.

Otros dos ítems fueron eliminados debido a una pobre validez discriminante: *El fisioterapeuta se muestra satisfecho con su colaboración* fue eliminado de la dimensión *Información y educación* porque tenía correlaciones similares con la dimensión *Apoyo a los padres*, y *Le atiende a usted con buenas maneras* fue eliminado de la dimensión *Maneras respetuosas con los padres* porque tenía correlaciones similares con otras dos dimensiones: *Apoyo a los padres* y *Trato al niño*.

Tabla 16. Valores de correlación de los ítems con Satisfacción global.

ITEM		
Nº	DENOMINACIÓN	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN
IE.1	Le explica los ejercicios mientras se los hace.	0,540
IE.2	Le permite entrar a ver cómo trata a su hijo.	0,334
IE.3	Le da información escrita sobre los ejercicios.	0,343
IE.4	Le recomienda que haga los ejercicios en casa	0,463
IE.5	Le sugiere momentos concretos.	0,405
IE.6	Le pregunta si hace los ejercicios en casa.	0,546
IE.7	Le revisa si hace los ejercicios correctamente.	0,432
AP.1	Se preocupa por aclararle sus dudas.	0,380
AP.2	Le da detalles sobre lo que su hijo va logrando	0,461
AP.3	Le anima a sentirse útil con su hijo.	0,500
MR.1	Le atiende con prisas.	0,435
MR.2	Le atiende en un momento no adecuado.	0,318
TR.1	Tiene un trato afectuoso con su hijo.	0,211
TR.2	Coge a su hijo con todo el cuidado posible.	0,205
ITEMS ELIMINADOS		
IE.8	Le explica para qué sirven las terapias	0,558
IE.9	Se muestra satisfecho con su colaboración.	0,461
IE.10	Explica los efectos de los ejercicios.	0,554
IE.11	La información le resulta fácil de entender.	0,409
AP.4	Cuando tiene dudas puede hablar con el fisioterapeuta.	0,306
MR.3	Le atiende con buenas maneras.	0,315

Ningún ítem fue eliminado por motivos de baja ausencia de respuesta, baja correlación del ítem con la puntuación total ni por baja correlación con la satisfacción. Tal como se aprecia en la tabla 16, de los 20 ítems incluidos en el cuestionario preliminar, 18 ítems demostraron moderada o fuerte correlación con *Satisfacción global*.

En la tabla 17 se relacionan los ítems definitivos y su vinculación a las áreas y dimensiones inicialmente consideradas. En las dimensiones vinculadas al dominio *Información y educación* se puede observar que se mantuvieron un total de 7 ítems pertenecientes a una misma dimensión; en el dominio *Maneras interpersonales* se

mantuvieron 7 ítems: 3 en la dimensión *Apoyo a los padres*, 2 en la dimensión *Trato al niño*, y 2 en la dimensión *Maneras respetuosas con los padres*.

Tabla 17. Ítems finalmente seleccionados y su asignación a las dimensiones identificadas

DIMENSIONES		Nº DE ÍTEMS	DOMINIOS
ABREV	DENOMINACIÓN		
IE	Información y Educación	7	INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN
AP	Apoyo a los padres	3	MANERAS INTERPERSONALES
MR	Maneras respetuosas con los padres	2	
TR	Trato al niño	2	
TOTAL		14 ítems	

4. ESTRUCTURA Y DIMENSIONALIDAD DEL INSTRUMENTO

En este apartado se presentan los resultados de los análisis realizados para estudiar la estructura y dimensionalidad del instrumento: I) las dimensiones identificadas sobre

percepción de experiencias de los padres de los niños en tratamiento de fisioterapia en Atención Temprana, y II) los resultados de un análisis multirrasgo utilizado para argumentar la unidimensionalidad de estas dimensiones.

4.1. Dimensiones subyacentes a las experiencias de los participantes

La solución factorial realizada sobre el conjunto de la muestra proporcionó 4 factores relacionados con la percepción de experiencias, que se exponen en la tabla 18. La tabla 18 presenta además la carga factorial de cada ítem con cada factor. El conjunto de los 4 factores explica el 70% de la varianza en esta muestra (Tabla 18).

Los test realizados para comprobar las condiciones de aplicación e interpretación del análisis fueron satisfactorios (tabla 17). Los resultados de las pruebas de KMO fueron mayores al valor aceptable ($>0,6$) y el test de Bartlett realizado fue significativo ($p<0,01$).

Etiquetamos el primer factor como *Información y educación* porque reflejaba la percepción de los padres en cuanto a la información y la educación proporcionadas por el fisioterapeuta sobre el cuidado del niño. Siete ítems tuvieron cargas factoriales altas en este factor, el cual explica el 39,9% de la variabilidad de los datos.

Llamamos al segundo factor *Apoyo a los padres* porque reflejaba percepciones sobre el apoyo recibido en cuestiones relativas al cuidado del niño o a aspectos emocionales del padre. Tres ítems tuvieron cargas factoriales altas en este factor, el cual explica un 11,7% de la varianza.

El tercer factor fue etiquetado como *Maneras respetuosas con los padres* porque reflejaba la percepción de la manera en que los padres habían sido tratados por el fisioterapeuta. Dos ítems tuvieron cargas factoriales altas en este factor, explicando el 7.5% de la varianza.

Llamamos al cuarto factor *Trato al niño* porque incluía percepciones de los padres respecto a la manera en que el fisioterapeuta maneja a su hijo durante la terapia. Dos ítems tuvieron cargas factoriales altas en este factor, el cual explica el 10,7% de la varianza en los datos.

Tabla 18. Análisis factorial exploratorio de los ítems.

ÍTEMS		FACTORES			
		Información y educación	Apoyo a los padres	Maneras respetuosas con los padres	Trato al niño
Nº	DENOMINACIÓN				
IE.1	Explica los ejercicios mientras se los hace.	0.730	0.329	0.126	0.271
IE.2	Le permite entrar a ver cómo trata a su hijo.	0.498	0.278	0.190	0.222
IE.3	Le da información escrita sobre los ejercicios	0.660	0.028	0.070	0.024
IE.4	Le recomienda que haga los ejercicios en casa.	0.745	0.322	0.051	0.158
IE.5	Le sugiere momentos concretos.	0.760	0.116	0.076	0.093
IE.6	Le pregunta si hace los ejercicios en casa.	0.854	0.231	0.085	0.112
IE.7	Le revisa si hace los ejercicios correctamente.	0.773	0.132	0.058	0.013
AP.1	Se preocupa por aclararle sus dudas	0.086	0.789	0.160	0.234
AP.2	Le da detalles sobre lo que su hijo va logrando	0.248	0.882	0.103	0.113
AP.3	Le anima a sentirse útil con su hijo.	0.319	0.802	0.014	0.102
MR.1	Le atiende con prisas.	0.238	0.132	0.011	0.820
MR.2	Le atiende en un momento no adecuado.	0.068	0.209	0.066	0.837
TR.1	Tiene un trato afectuoso con su hijo.	0.122	0.147	0.891	0.090
TR.2	Coge a su hijo con todo el cuidado posible.	0.097	0.042	0.912	0.005
% Varianza explicado		39.9	11.7	7.5	10.7
KMO: 0.842		BARTLETT: 0.000			

4.2. Unidimensionalidad de los factores subyacentes.

En este apartado se presentan los resultados del análisis multirrasgo utilizado para analizar la dimensionalidad de los factores identificados en la etapa anterior. Estos resultados incluyen: I) la correlación ítem-total e ítem-total corregida de cada uno de los ítems con su factor de agrupación o escala, II) la contribución de cada ítem a la consistencia interna de cada escala, y III) la correlación de los ítems con todas las escalas para evaluar su validez divergente.

4.2.1. Correlación de cada ítem con su respectiva escala.

En la tabla 19 se observa la correlación entre cada ítem y la puntuación total de la respectiva escala, calculada como la suma de todos sus ítems (correlación ítem-total) y

como la suma de todos sus ítems con excepción del ítem evaluado (correlación ítem-total corregida).

Tabla 19. Correlaciones entre los ítems y las puntuaciones total y corregida^a de las respectivas escalas.

ÍTEMS		Correlación ítem-total	Correlación ítem-total corregida
Nº	DENOMINACIÓN		
IE.1	Le explica los ejercicios mientras se los hace	0,845**	0,754**
IE.2	Le permite entrar a ver	0,873**	0,531**
IE.3	Le da información escrita sobre los ejercicios	0,881**	0,471**
IE.4	Le recomienda que haga los ejercicios en casa	0,852**	0,705**
IE.5	Le sugiere momentos concretos.	0,854**	0,679**
IE.6	Le pregunta si hace los ejercicios	0,836**	0,811**
IE.7	Le revisa si hace los ejercicios correctamente.	0,855**	0,672**
AP.1	Se preocupa por aclararle sus dudas	0,864**	0,627**
AP.2	Le da detalles sobre lo que su hijo va logrando	0,664**	0,832**
AP.3	Le anima a sentirse útil con su hijo	0,800**	0,709**
MR.1	Le atiende con prisas	0,477**	n.a.
MR.2	Le atiende en un momento no adecuado	0,477**	n.a.
TR.1	Tiene un trato afectuoso con su hijo	0,700**	n.a.
TR.2	Coge a su hijo con todo el cuidado posible	0,700**	n.a.

a: Puntuación corregida: puntuación obtenida mediante la suma de todos los ítems de una escala con excepción del ítem evaluado. *n.a.*: no aplicable. **: La correlación es significativa al nivel 0'001

El cálculo de la correlación ítem-total corregida se hizo con todos los ítems menos con los pertenecientes a las escalas *Maneras respetuosas con los padres* y *Trato al niño*, por tener estas dos escalas solamente dos ítems. Todos los ítems en los que se pudo realizar el cálculo obtuvieron una correlación respecto a la puntuación corregida mayor a la mínima recomendable ($r > 0,40$), con valores entre 0,471 y 0'832. Así pues, según este análisis, todos los ítems fueron homogéneos y consistentes con la respectiva escala. En la tabla 19 se presentan las correlaciones de los ítems.

4.2.2. Contribución de cada ítem a la consistencia interna de cada escala.

En la tabla 20 se muestra la consistencia interna calculada mediante el coeficiente alfa de Cronbach de cada escala y el alfa si se elimina cada uno de los ítems de la respectiva

escala. Lógicamente, no se proporcionan los resultados de las escalas *Trato al niño* y *Maneras respetuosas con los padres*, porque tienen solamente dos ítems. Según los resultados expuestos, la eliminación de cualquier ítem no incrementó sustancialmente la consistencia interna de la respectiva escala. Así, por ejemplo, la eliminación del ítem *Le pregunta si hace los ejercicios* hizo decrecer la consistencia de la escala de *Información y educación* de 0,875 a 0,836. Ello es indicativo de que todos los ítems contribuyeron a la consistencia interna de su respectiva escala.

Tabla 20. Contribución de los ítems a la consistencia interna de las puntuaciones totales de las escalas

ÍTEMS		Alfa de Cronbach de toda la escala	Alfa de Cronbach si el elemento desaparece
Nº	DENOMINACIÓN		
INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN		0,875	
IE.6	Le pregunta si hace los ejercicios en casa.		0,836
IE.7	Le revisa si hace los ejercicios correctamente.		0,855
APOYO A LOS PADRES		0,845	
AP.1	Se preocupa por aclararle sus dudas.		0,864
AP.2	Le da detalles sobre lo que su hijo va logrando.		0,664
AP.3	Le anima a sentirse útil con su hijo.		0,800
MANERAS RESPETUOSAS CON LOS PADRES		0,633	
MR.1	Le atiende con prisas.		
MR.2	Le atiende en un momento no adecuado.		
TRATO AL NIÑO		0,822	
TR.1	Tiene un trato afectuoso con su hijo.		
TR.2	Coge a su hijo con todo el cuidado posible.		

4.2.3. Validez divergente de los ítems.

En la tabla 21 se observan los resultados de la matriz multi-ítem multirrasgo utilizada para el análisis de la capacidad divergente del ítem. Tal y como se observa, todos los ítems mostraron una correlación con su escala mayor del doble del respectivo error estándar que con cualquiera del resto de escalas, lo que evidencia una fuerte validez divergente de los ítems respecto a otros conceptos diferentes al de su escala. Estos resultados se obtuvieron, tal y como se indica en la nota al pie, en la situación más restrictiva posible, ya que en el caso de la correlación del ítem con su escala se utilizó, cuando fue factible, la correlación ítem-total corregido (en el caso de las escalas *Trato al niño* y *Maneras respetuosas con los padres* no fue posible).

Tabla 21. Correlación^(a) entre ítems y escalas de las 4 dimensiones conceptuales

ÍTEMS	ESCALAS			
	Información y educación	Apoyo a los padres	Maneras respetuosas con los padres	Trato al niño
IE.1 Le explica los ejercicios mientras se los hace	0,725**	0,536**	0,409**	0,243**
IE.2 Le permite entrar a ver	0,986**	0,330**	0,224**	0,190**
IE.3 Le da información escrita.	0,491**	0,271**	0,175**	0,190**
IE.4 Le recomienda que haga los ejercicios en casa.	0,672**	0,454**	0,315**	0,125**
IE.5 Le sugiere momentos concretos	0,664**	0,360**	0,218**	0,200**
IE.6 Le pregunta si hace los ejercicios en casa.	0,786**	0,538**	0,300**	0,255**
IE.7 Le revisa si hace los ejercicios correctamente.	0,678**	0,398**	0,188**	0,200**
AP.1 Se preocupa por aclararle sus dudas.	0,320**	0,949**	0,407**	0,192**
AP.2 Le da detalles sobre lo que su hijo va logrando.	0,448**	0,898**	0,345**	0,237**
AP.3 Le anima a sentirse útil con su hijo.	0,505**	0,906**	0,340**	0,232**
MR.1 Le atiende con prisas.	0,347**	0,369**	0,471**	0,099**
MR.2 Le atiende en un momento no adecuado	0,305**	0,385**	0,471**	0,144**
TR.1 Tiene un trato afectuoso con su hijo	0,264**	0,250**	0,157**	0,734**
TR.2 Coge a su hijo con todo el cuidado posible	0,231**	0,214**	0,116**	0,734**

* La correlación es significativa al nivel 0,05. ** La correlación es significativa al nivel 0,01. (a) Correlación ítem-total corregida, en el caso de la correlación de un ítem con su escala.

5. MODELO DE MEDICIÓN DEL INSTRUMENTO Y PROPIEDADES MÉTRICAS DE SUS MEDIDAS

En este apartado se expone el modelo de medición asumido y los resultados de los análisis realizados para probar las propiedades métricas de validez de las puntuaciones obtenidas en las escalas del instrumento durante el estudio de campo.

5.1 Descripción del modelo.

De acuerdo con la figura 9, se puede observar que el instrumento proporciona puntuación a:

- 14 ítems

- 4 escalas que agregan entre 2 y 7 ítems cada una.

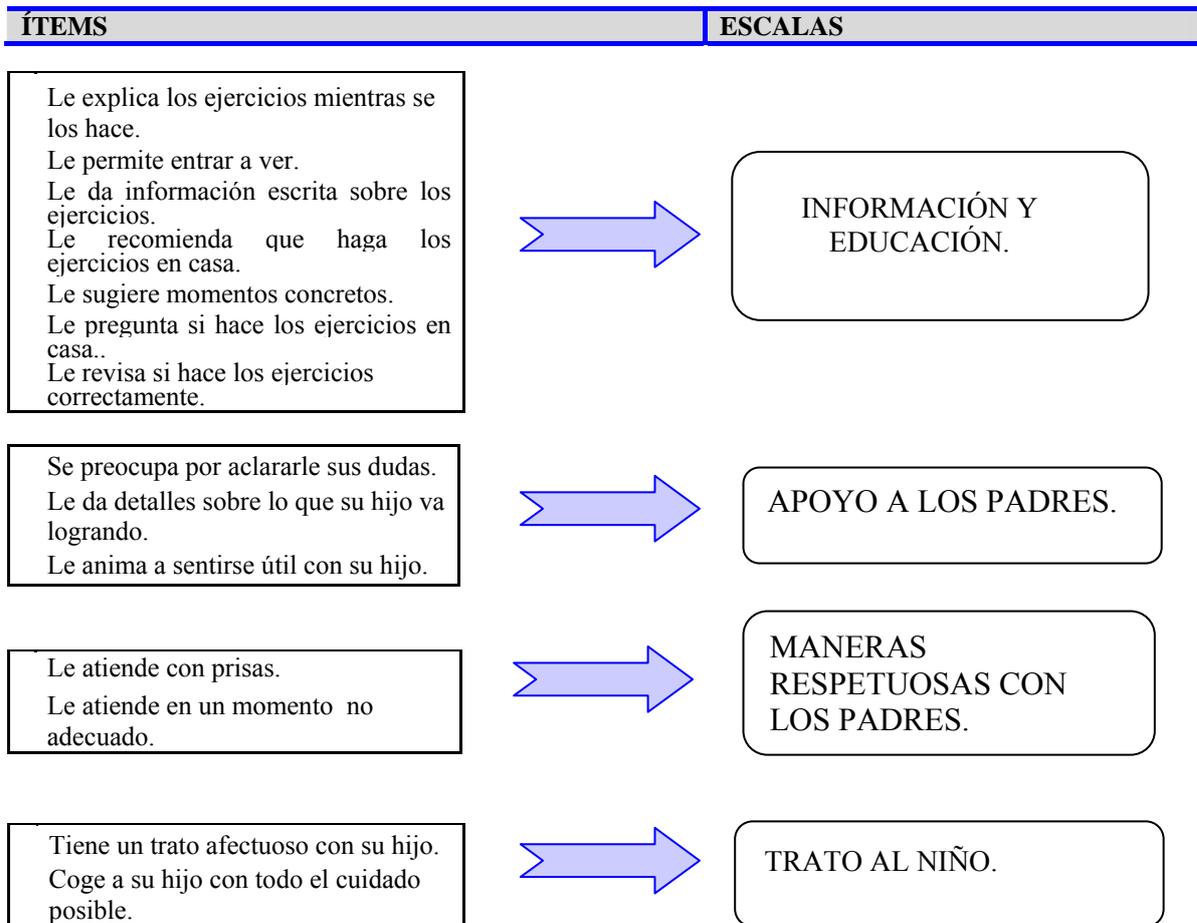


Figura 7: Esquema de las escalas y los ítems que componen el instrumento

5.2. Comportamiento de las puntuaciones de los ítems y escalas.

5.2.1. Puntuaciones de los ítems.

Se aplicó un punto de corte sobre las opciones de respuesta iniciales capaz de ser interpretado en términos de dos categorías: “problema de calidad” o “no problema de calidad”. En otras palabras, se redujeron las 5 opciones de respuesta a 2 opciones de interpretación.

La delimitación del punto de corte apropiado para que la puntuación fuera interpretable en términos de existencia de problema o no problema se estableció a partir de conocer la capacidad de distintos puntos de corte para discriminar entre sujetos con alta y baja satisfacción, tal y como se explicó en la sección de métodos. En la tabla 22 se observan

los puntos de corte que se consideraron más apropiados a partir de los análisis de sensibilidad y especificidad realizados.

Tabla 22: Algoritmo de recodificación de los ítems en dos categorías

	PROBLEMA DE CALIDAD	NO PROBLEMA DE CALIDAD
EN ÍTEMES DIRECTOS	Nunca/Casi nunca/A veces ^a .	Casi siempre/Siempre.
	Nunca/Casi nunca/A veces/Casi siempre ^b .	Siempre.
EN ÍTEMES INVERSOS	A veces/ Casi siempre/ Siempre ^c .	Nunca/Casi nunca.

a: escala *Información y educación*; **b:** escalas *Apoyo al padre y Trato al niño*; **c:** escala *Maneras respetuosas con los padres*

En la tabla 23 se presentan los valores de sensibilidad y especificidad de los ítems recodificados. A pesar de que ningún ítem alcanza el 75% deseable en los dos indicadores de sensibilidad y especificidad, se pueden considerar aceptables porque la suma de ambos valores obtiene un resultado muy próximo a 130% en la mayoría de ellos. Los ítems que obtienen un valor total más bajo son los correspondientes a las escalas *Trato al niño* y *Maneras respetuosas con los padres*.

En los ítems con valores más aceptables se puede apreciar cómo el valor del punto de corte permite discriminar de forma aceptable entre pacientes satisfechos y pacientes no satisfechos. Así por ejemplo, la codificación del ítem IE.1: “Le explica los ejercicios mientras los hace”, permite inferir que más del 70% de los padres insatisfechos manifestaron una experiencia problemática y que más del 80% de los satisfechos manifestaron haber tenido una experiencia no problemática.

Tabla 23. Sensibilidad y especificidad de los ítems respecto a la satisfacción

ÍTEMES		SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
Nº	DENOMINACIÓN	(%)	(%)
IE.1	Le explica los ejercicios mientras se los hace.	71.1	86.0
IE.2	Le permite entrar a ver.	63.2	76.2
IE.3	Le da información escrita sobre los ejercicios.	29.4	92.9
IE.4	Le recomienda que haga los ejercicios en casa.	69.4	72.1
IE.5	Le sugiere momentos concretos.	49.2	85.4
IE.6	Le pregunta si hace los ejercicios en casa.	64.7	82.9

IE.7	Le revisa si hace los ejercicios correctamente.	47.5	85.4
AP.1	Se preocupa por aclararle sus dudas.	91.5	45.0
AP.2	Le da detalles sobre lo que su hijo va logrando.	84.8	65.0
AP.3	Le anima a sentirse útil con su hijo.	84.6	63.2
MR.1	Le atiende con prisas	88.3	45.0
MR.2	Le atiende en un momento no adecuado.	82.9	27.0
TR.1	Tiene trato afectuoso.	95.3	18.2
TR.2	Coge a su hijo con todo el cuidado posible.	96.3	20.9

5.2.2. Puntuaciones de las escalas

En la tabla 24 se presentan diferentes indicadores de la distribución de puntuaciones obtenidas por las escalas e índices al ser aplicadas a nuestra muestra. En general, tal y como se observa, se puede afirmar que el modelo de medición ofrece puntuaciones con una variabilidad suficiente para poder discriminar la cantidad de problemas de calidad percibidos entre diferentes sujetos de un grupo.

Tabla 24. Estadísticos descriptivos de las escalas.

ESCALAS		ESTADÍSTICOS						
Nº	DENOMINACIÓN	Media	Desviación típica	Mediana	Mínimo	Máximo	Rango	Amplitud intercuartil
1	Información y Educación	50,29	34,28	42,85	0	100	100	57,14
2	Apoyo a los padres	21,61	33,67	0	0	100	100	33,33
3	Maneras respetuosas con los padres	18,77	34,34	0	0	100	100	50,00
4	Trato al niño	7,20	24,21	0	0	100	100	0

En esta tabla podemos analizar características tanto de dispersión como de centralización de las puntuaciones de las escalas. En cuanto a la interpretación de los estadísticos de dispersión vemos que todas las escalas muestran un rango de porcentaje de problemas que oscila entre 0 y 100. Además, en todas salvo en *Trato al niño*, las puntuaciones del 50% central de los sujetos oscilan bastante, entre un mínimo de 33,33% de problemas en la

escala de *Apoyo a los padres* y un máximo de 57,14 en la escala de *Información y educación*. La desviación típica también muestra una notable variabilidad alrededor del valor central de la media, con valores que oscilan entre 24,21 y 34,34.

En relación a los estadísticos de centralización se observa que la media de problemas en las escalas oscila entre el 18 y el 50%, a excepción de la escala *Trato al niño* donde la media de problemas es muy baja (apenas un 7%).

5.3. Fiabilidad de las medidas.

Los índices de consistencia interna fueron aceptables y buenos, con valores superiores a 0,75. Únicamente la escala de *Maneras respetuosas con los padres* obtuvo un coeficiente inferior, aunque muy próximo al valor aceptable (tabla 25).

Tabla 25. Consistencia interna de las escalas del instrumento en toda la muestra

ESCALAS		Nº de casos	Nº de ítems	Alfa de Cronbach
Nº	DENOMINACIÓN			
1	Información y Educación.	412	7	0,875
2	Apoyo a los padres.	412	3	0,845
3	Maneras respetuosas con los padres.	412	2	0,633
4	Trato al niño.	412	2	0,822

5.4. Validez de las medidas.

A continuación se exponen los resultados de las pruebas que evidencian que el instrumento en su conjunto, y cada una de las escalas que lo componen, miden con suficiencia todos los aspectos relevantes.

5.4.1. Validez de contenido.

Los factores identificados en el análisis factorial fueron coincidentes con los aspectos inicialmente identificados en el estudio cualitativo, salvo el dominio *Información y educación*, para el cual identificamos dos dimensiones en el estudio cualitativo, mientras que el análisis factorial solamente identificó un factor. Todo ello indica que el instrumento incluye de forma consistente casi todo el universo de aspectos relevantes para

la calidad percibida en la interacción entre padres de niños en tratamiento en Atención Temprana y fisioterapeutas.

El hecho de que la vinculación factorial de los ítems fuera la misma que la inicialmente planteada en la fase de construcción del instrumento refuerza tanto su relevancia para cada uno de los aspectos como la representatividad de todos ellos. Además, el hecho de que los ítems vinculados a cada factor tuvieron similar carga factorial denota similar relevancia en ellos.

5.4.2. Validez de constructo.

La validez de constructo fue evaluada mediante dos estrategias: I) análisis de la convergencia y la divergencia, y II) comparación entre grupos conocidos. A continuación se describen los resultados de cada uno de estos análisis

A. Convergencia y divergencia.

Nuestras hipótesis sobre la validez convergente y divergente de las escalas fueron confirmadas. Los resultados de la validez convergente y divergente se muestran en la tabla 26. Por un lado, todas las escalas del cuestionario demostraron una correlación moderada y negativa con la escala de *Satisfacción global* (>0.30); además, esta correlación fue mayor con *Satisfacción global* que con *Auto-eficacia* (por debajo de 0.30), lo cual demuestra que las distintas escalas son capaces de predecir un resultado hipotéticamente relacionado con el constructo.

Por otro lado, casi todas las correlaciones entre las puntuaciones de las escalas se encontraban en el esperado rango moderado, lo cual demuestra que las distintas escalas miden distintos conceptos. Sólo la escala *Trato al niño* mantuvo correlaciones más débiles con el resto de escalas.

DIMENSION	DIMENSIÓN					
	Satisfacción	Autoeficacia	1	2	3	4
1. Información y educación.	-0.51	-0.24	1.0			

Resultados

2. Apoyo a los padres.	-0.56	-0.12	0.47	1.0		
3. Maneras respetuosas.	-0.39	0.15	0.34	0.37	1.0	
4. Trato al niño.	-0.30	-0.08	0.24	0.29	0.16	1.0

Tabla 26. Resumen de los resultados para la validez convergente y divergente.

B. Validez con respecto a grupos conocidos.

En la tabla 27 se presentan las diferencias entre las medias de puntuaciones en los subgrupos definidos como “Alta satisfacción” y “Baja satisfacción” dentro de cada una de las escalas. En este caso, como era esperable, prácticamente todas las puntuaciones de las escalas, con excepción de la de *Trato al niño*, difirieron significativamente en ambos grupos, lo cual demuestra que son capaces de predecir un resultado hipotéticamente relacionado con el constructo. La diferencia en la puntuación media de estas escalas se encontró en un rango de 8,6 a 36,8 puntos, siendo siempre menores las puntuaciones del grupo de los satisfechos en todos los casos.

Tabla 27. Diferencia de puntuación en las escalas entre satisfechos y no satisfechos con aspectos de satisfacción específica^{a,b,c,d}.

ESCALAS	DIFERENCIA DE MEDIAS	INTERVALO de CONFIANZA (95%)	SIGNIF. (BILATERAL)
Información y Educación ^a	-36.8	(-44.00; -29.74)	0,001
Apoyo a los padres ^b	-26.11	(-33.42; -18.79)	0,001
Maneras respetuosas con los padres ^c	-13.27	(-22.99; -3.56)	0,001
Trato al niño ^d	-8.6	(-14.91; -2.37)	0,001

(a): satisfacción con el aprendizaje sobre el cuidado del niño; (b): satisfacción con la frecuencia de información sobre evolución del niño; (c): satisfacción con la profesionalidad del fisioterapeuta; (d): satisfacción con el grado de aceptación del fisioterapeuta por parte del niño.

6. ACEPTABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA

Los resultados del estudio de las características de aceptabilidad de los ítems se presentan a continuación a través del número de respuestas en blanco y del porcentaje de no respuesta.

6.1. Aceptabilidad general

La tabla 28 muestra el porcentaje de sujetos con diferentes niveles de participación para los ítems del instrumento de medida.

Cabe destacar que cerca del 80% de los sujetos contesta a todas las preguntas y que ningún encuestado deja el cuestionario en blanco. El porcentaje de sujetos que se deja 1 ó

2 preguntas sin contestar es del 10,5%, lo que nos da un total de 89,9% de padres que contestan a todo el cuestionario o se dejan menos del 15% de preguntas en blanco.

Tabla 28. Frecuencia de los padres que se dejan preguntas en blanco

Nº DE PREGUNTAS EN BLANCO	PACIENTES (n=465)		
	N	%	% ACUMULADO
0	189	79,4	79,4
1	13	5,5	84,9
2	12	5,0	89,9
3	6	2,5	92,4
4	6	2,5	95,0
5	1	,4	95,4
6	3	1,3	96,6
7	4	1,7	98,3
9	1	,4	98,7
10	1	,4	99,2
11	2	,8	100,0
TOTAL	238	100	100

6.2. Análisis de la no respuesta

En la tabla 29 se muestra el porcentaje de no respuesta obtenido para cada uno de los ítems del cuestionario. El porcentaje medio de valores sin respuesta fue de 2,9 %, con un rango entre 0,7 % y 7,5 %. Se puede observar que ninguno superó el 10% inicialmente previsto como criterio de eliminación.

Tabla 29. Porcentaje de no respuesta a los ítems

ÍTEMS		% de No respuesta
Nº	DENOMINACIÓN	
IE.1	Le explica los ejercicios mientras se los hace.	1,7
IE.2	Le permite entrar a ver.	1,2
IE.3	Le da información escrita sobre los ejercicios.	3,6
IE.4	Le recomienda que haga los ejercicios en casa.	1,9
IE.5	Le sugiere momentos concretos.	3,6
IE.6	Le pregunta si hace los ejercicios.	2,9
IE.7	Le revisa si hace bien los ejercicios.	4,1
AP.1	Se preocupa por aclararle sus dudas.	1,9
AP.2	Le da detalles sobre lo que su hijo va logrando.	2,4
AP.3	Le anima a sentirse útil con su hijo.	4,1
MR1	Le atiende con prisas.	4,4
MR2	Le atiende en un momento no adecuado.	7,5
TR1	Tiene trato afectuoso.	0,7
TR2	Coge a su hijo con todo el cuidado posible.	1,2

DISCUSIÓN.

VI. DISCUSIÓN.

1. EXPERIENCIAS DE LOS PADRES DE NIÑOS EN TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN TEMPRANA ASOCIADAS A LA CALIDAD PERCIBIDA DE LA INTERACCIÓN CON EL PROFESIONAL.

Los resultados de nuestro estudio demuestran que los padres de los niños en tratamiento de fisioterapia en Atención Temprana basan sus evaluaciones de la calidad de la interacción con el profesional que atiende a sus hijos en las maneras interpersonales y la educación e información que se les provee.

Estos dos elementos han sido referidos en la literatura como elementos que afectan directamente a la percepción de los usuarios sobre la calidad del servicio, tanto en servicios de atención temprana¹² como en otros ámbitos²⁰¹⁻²⁰³. Algunos autores refieren que son aspectos fundamentales y determinantes para la satisfacción de los padres en los servicios de pediatría²².

Varios aspectos influyentes en la percepción de calidad fueron identificados bajo estos dos elementos. En la dimensión *Maneras interpersonales*, las experiencias que afectaron a la percepción de calidad fueron el apoyo proporcionado a los padres, la comunicación respetuosa con los mismos y el trato al niño. En la dimensión *Información y educación* las experiencias relatadas por los padres estuvieron relacionadas con la información sobre el plan de tratamiento y la enseñanza y seguimiento de habilidades.

Información y educación.

En general, los participantes estuvieron de acuerdo en que la información transmitida por los fisioterapeutas sobre la realización de los ejercicios y el entrenamiento en las habilidades necesarias para el cuidado de los hijos fue fundamental para superar el miedo al asumir la responsabilidad del cuidado de sus hijos, y por tanto en su percepción de calidad. Sin embargo, algunos afirmaron que los fisioterapeutas no siempre desempeñaron este papel apaciguador.

Uno de los aspectos más destacados por los padres en su percepción de calidad fue el hecho de recibir información completa sobre el plan de tratamiento. Parece ser que lo que les generaba más ansiedad y descontento era no saber exactamente qué ejercicios hacer en casa. Aunque todos estuvieron de acuerdo en que el fisioterapeuta utilizaba un lenguaje claro en su comunicación con ellos, las pautas de ejercicios domiciliarios carecían de determinadas informaciones como el tipo específico de ejercicio, la duración y la frecuencia de realización. Otros estudios han demostrado también que cuando los pacientes reciben información incompleta sobre sus ejercicios domiciliarios perciben una baja calidad del servicio^{12,204}. Asimismo, los padres valoraron positivamente que las pautas recomendadas verbalmente por los fisioterapeutas fueran apoyadas por pautas escritas. Recibir recomendaciones escritas de los profesionales sanitarios afecta no sólo a la percepción de calidad por parte de los pacientes sino también al cumplimiento de dichas recomendaciones²⁰⁵.

La ausencia de pautas específicas de tratamiento parece ser un problema común de los servicios de fisioterapia que se dedican al tratamiento de pacientes neurológicos, sean estos niños o adultos¹⁵. La determinación de una posología de tratamiento constituye un problema para los fisioterapeutas de la neuro-rehabilitación. Por lo tanto, proveer información incompleta a los padres puede estar vinculado al propio desconocimiento de los fisioterapeutas respecto al tipo o cantidad adecuada de ejercicios domiciliarios que necesita cada niño.

Otro aspecto valorado por los padres respecto a la información recibida fue que esta estuviera actualizada en el sentido de que se adecuara a la edad o al tiempo en tratamiento del niño. La percepción de problemas en este aspecto estuvo relacionada con la carencia de información sobre cómo manejar a los niños en las actividades de la vida diaria cuando estos alcanzaban una edad más avanzada. El deseo de los padres era que el fisioterapeuta les indicase la manera más fácil y correcta de manejar a su hijo, por ejemplo para vestirlo, e incluso que estas orientaciones fueran acompañadas de indicaciones sobre qué posturas adoptar ellos mismos. Son comprensibles las opiniones de los padres en este sentido, ya que el manejo de un niño con discapacidad se complica a lo largo de los años. Estudios realizados en pediatría mencionan que el entrenamiento en las actividades de la vida diaria de los padres incrementa su percepción de calidad^{16,84,94,206}.

La ausencia de información actualizada procedente de los fisioterapeutas puede deberse a dos factores: por un lado, el hecho de que los fisioterapeutas de los servicios de Atención Temprana tienen una limitada formación en el manejo de niños mayores con discapacidad; por otro lado, el que los fisioterapeutas creen que aquellos padres cuyos niños llevan mucho tiempo en tratamiento, ya disponen de información suficiente para cuidar a sus hijos. Los resultados de este estudio demuestran que los padres necesitan recibir información durante todo el curso del tratamiento de su hijo, aunque este dure años, y que esto afecta a su percepción de calidad del servicio.

Este estudio también ha revelado la importancia que tiene para los padres que la información facilitada por los fisioterapeutas respecto a los ejercicios domiciliarios sea trasladada a la enseñanza de dichos ejercicios y/o habilidades. Este aspecto fue fundamental para la percepción de buena calidad de interacción con el fisioterapeuta^{38,52,166,207}.

Hemos sacado a la luz experiencias concretas de este proceso de enseñanza y seguimiento de habilidades entre padres y fisioterapeutas. Cabe destacar que el método que parece ser más relevante para los padres es que el fisioterapeuta vaya explicando los ejercicios en el momento en que se los está haciendo al niño. Para esto, el cuidador debe entrar a la sesión mientras se están realizando estos. Este es el modelo de enseñanza más aplicado en el ámbito de la Atención Temprana.

Curiosamente, y coincidiendo con la poca información actualizada proporcionada por los fisioterapeutas a los padres de niños mayores anteriormente citados, el estilo de práctica de los fisioterapeutas también varió en función de la edad del niño. Los fisioterapeutas permitieron a los padres entrar a ver cómo ellos trataban a sus hijos solamente cuando estos eran pequeños. Según los propios padres encuestados, esto se debía a que, en edades más avanzadas, el niño no respondía al tratamiento de la misma manera si los padres estaban presentes.

De modo similar a la enseñanza inicial, el seguimiento de las habilidades adquiridas fue resaltado como un aspecto que afecta a la percepción de calidad. Estos resultados coinciden con los encontrados por otros autores¹⁶⁶. Los padres quieren que el fisioterapeuta supervise cómo ellos hacen los ejercicios y que les corrija si es necesario.

Esto incrementa la confianza que los padres sienten en ellos mismos. Estudios realizados en otros ámbitos han demostrado que este seguimiento también afectó a sus resultados, incidiendo positivamente en la adherencia a las pautas terapéuticas^{205,208}.

Maneras interpersonales

En nuestro estudio hemos identificado varias experiencias relacionadas con las habilidades interpersonales del fisioterapeuta (trato, apoyo...) que afectaron a la percepción de la calidad por parte de los padres. Algunas de ellas estaban directamente vinculadas con la manera de tratar a los padres, y otras fueron relativas al trato al niño: Estas experiencias también han sido relatadas en otros estudios como aspectos relevantes para los padres de niños con discapacidad^{15,16}.

En general, los participantes consideraron que los fisioterapeutas se habían comportado con respeto y buenas maneras durante la mayoría de los diálogos establecidos con ellos. Además, manifiestan que el apoyo constante ofrecido por el fisioterapeuta les ayudó a aumentar su auto-confianza. Incluso, varios participantes enfatizaron estos comportamientos al compararlos con las maneras de otros tipos de profesionales de la salud con los que se habían tenido que relacionar a lo largo del proceso de cuidado de su hijo. Estos resultados son consistentes con la mayoría de los estudios que se han realizado en el ámbito de la fisioterapia sobre el trato del fisioterapeuta hacia los pacientes^{39,40,166}.

Es posible que esto se deba a que el contacto entre padres y fisioterapeutas, así como entre padres y niños, es más frecuente e intenso que en otros profesionales, ya que la naturaleza de esta relación implica un mayor contacto físico y durante un largo período de tiempo, por lo cual el grado de confianza y comprensión entre ellos puede ser mayor.

Cabe destacar también que para los padres fue muy importante que el fisioterapeuta les hiciera partícipes del cuidado de su hijo, valorando sus habilidades y animándoles a sentirse útiles en el tratamiento.

No obstante, algunos aspectos han sido destacados por los padres como problemáticos para la calidad de su interacción con el fisioterapeuta. Entre ellos, en ocasiones, las respuestas de los fisioterapeutas a sus preguntas no fueron tan respetuosas como

normalmente eran, en el sentido de que el fisioterapeuta les contestaba de manera muy apresurada. Esto ocurrió en ocasiones en las que el fisioterapeuta se hallaba falto de tiempo para responder y, por eso, varios padres manifestaron que echaban de menos la existencia de un tiempo destinado exclusivamente al intercambio de información entre los padres y los fisioterapeutas.

Implicaciones para la práctica y la investigación

Este estudio realiza importantes aportaciones sobre las dimensiones específicas que los padres usan para evaluar la calidad del servicio en fisioterapia en Atención Temprana. Los gestores de estos servicios pueden usar esta información para mejorar su calidad. Los profesionales con los que presten sus servicios en sus centros deberían cumplir una serie de condiciones y tener una serie de comportamientos para garantizar una buena percepción de calidad por parte de los padres: ser capaces de dar un trato respetuoso y con buenas maneras a niños, padres y familias; de dar apoyo a los padres y a la familia respondiendo a sus preguntas en un lenguaje claro y sencillo, preocupándose por su estado de salud, por los cuidados que el niño recibe por parte de otros profesionales o por sus comportamientos en otros contextos, y manifestando aprecio por la habilidad, los conocimientos y experiencia de los padres en el cuidado de sus niños y tratándoles como a iguales; deberían permitir a los padres acudir a las sesiones de tratamiento con sus hijos, darles información completa y actualizada sobre el plan de tratamiento y los cuidados tanto del niño como del padre en las actividades de la vida diaria, usando para ello la información escrita cuando sea necesario, y reservando un espacio de tiempo exclusivamente para el intercambio de información, observarles realizar estas actividades, corregirles la técnica y darles retroalimentación; y deberían dar un trato personal y humano a los niños, atendiendo con todo el cuidado posible y mostrando sensibilidad hacia su comportamiento.

Aunque la calidad de la atención en los servicios sanitarios se ha basado históricamente en criterios relacionados con la interacción con el profesional, la competencia técnica y el impacto en los resultados de salud^{31,118}, el mayor esfuerzo se ha puesto, tanto desde los administradores como desde los mismos profesionales, en asegurar el cumplimiento de la competencia técnica. Sin embargo, numerosos estudios demuestran que los factores más influyentes sobre la percepción de la calidad son los relativos a procesos y,

especialmente, las relaciones interpersonales^{14-16,35-37,39,40,49}. Por ello creemos que tanto profesionales como administradores deben aumentar sus esfuerzos por mejorar los aspectos interpersonales. Veamos dos ejemplos para la reflexión, extraídos de los comentarios de los padres en nuestros grupos focales.

En primer lugar, algunos padres consideraron que, en ocasiones, las maneras de los fisioterapeutas al responder a sus preguntas no fueron tan respetuosas como de costumbre, y que esto ocurrió cuando los padres le pidieron información al fisioterapeuta de sus hijos en un momento en el que éste no podía atenderles porque estaba ocupado en otras tareas. Los padres consideran que esto ocurre porque en los servicios de Atención Temprana no hay un espacio de tiempo exclusivo y con una cierta periodicidad reservado al intercambio de información entre ellos y los fisioterapeutas de sus hijos. Por ello, pensamos que es importante que tanto fisioterapeutas como administradores reflexionen sobre estas manifestaciones, teniendo en cuenta su influencia sobre la calidad percibida, la satisfacción, y el hecho de que sabemos que una mala comunicación entre padres y profesionales influye en una mayor ansiedad y depresión en los primeros, en una menor adherencia al tratamiento y en unos peores resultados de este^{11,16,18,163,209,210}.

En segundo lugar, el área de enseñanza y seguimiento de los ejercicios es el que recoge mayor cantidad de comentarios sobre deficiencias en su realización. Creemos que estos comentarios deberían ser tenidos en cuenta por los fisioterapeutas que se relacionan con niños con enfermedades crónicas, dada su influencia sobre la calidad percibida, la satisfacción, y el hecho de que sabemos que la actitud del proveedor ha demostrado poder ser tanto una barrera como un estímulo para la participación de los padres en el tratamiento de sus hijos¹⁴.

En nuestra opinión, en la actualidad existen en los servicios sanitarios diversos aspectos como son el control de costes, el alto volumen de pacientes y la contratación de pocos profesionales que provocan una reducción en el tiempo de la interacción terapeuta-paciente, lo que tiene efectos negativos en la calidad percibida de los pacientes. Creemos, además, que es necesario que se dé mayor importancia en los planes de formación, tanto de pregrado como de postgrado, a aspectos relacionados con estas.

Por otro lado, este estudio ofrece algunos temas que abren caminos para futuras investigaciones. Por ejemplo, nuestros participantes manifestaron que determinados estilos de la práctica del profesional a la hora de la enseñanza de ejercicios y la transmisión de habilidades y consejos sobre el cuidado de su hijo, así como algunos contextos en los que esto se desarrollaba, eran importantes en relación a su percepción de la calidad de la atención recibida. Sin embargo, algunos estudios demuestran que la relación entre estos y la percepción de calidad así como otros resultados varía según el tipo de ejercicio y de consejos de los que se trate^{211,213}. Creemos que es un tema que debería estudiarse, por las implicaciones que ello puede tener en la relación entre la práctica profesional y determinados resultados.

Limitaciones del estudio

Para nuestro estudio se aplicaron métodos rigurosos, tanto en la recogida de información como en el análisis. En la recogida de información todos los grupos focales fueron llevados a cabo por el mismo moderador, previamente entrenado, ajeno a los datos para que la investigación no estuviera sesgada. En el análisis de los datos, la triangulación de datos por diferentes investigadores permitió la definición de categorías válidas.

Sin embargo, a pesar de la citada rigurosidad, nuestro estudio incluye algunas limitaciones, esencialmente vinculadas a la metodología empleada. Respecto al diseño, la naturaleza transversal y retrospectiva de este estudio no nos permite conocer las experiencias de los padres a lo largo de todo el período de tratamiento de sus hijos. Las percepciones y experiencias de los padres descritas en este estudio reflejan un momento puntual del proceso de rehabilitación, en el cual pueden haber estado influenciadas por diferentes aspectos. Es posible que otros diseños permitieran a los padres ofrecer una perspectiva más detallada y completa de sus experiencias con el tratamiento de fisioterapia.

Por otra parte, para la formación de los grupos siguiendo criterios de homogeneidad, hemos estratificado a los grupos solamente en base al sexo, para evitar la inhibición de los padres en sus comentarios ante el sexo opuesto. Quizás la estratificación de los grupos en base al tiempo de tratamiento de los niños nos hubiese permitido identificar experiencias comunes entre aquellos padres cuyos hijos llevan poco o mucho tiempo en tratamiento.

Finalmente, dado el tamaño de la muestra y la participación de padres de algunos (no todos) de los centros de Atención Temprana de la Región de Murcia, no podemos generalizar las conclusiones de los resultados presentados en este estudio. Sin embargo, nuestros resultados son consistentes con otros estudios realizados en Atención Temprana sobre la calidad de la interacción entre proveedores del cuidado y padres^{12,14-16,19,22,24,42,46,80,158,167}. No solamente estudios cuantitativos, sino también otros estudios cualitativos son necesarios para corroborar nuestros resultados y por lo tanto generalizarlos.

2. DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA DE LAS EXPERIENCIAS RELEVANTES PARA LA CALIDAD PERCIBIDA DE LAS INTERACCIONES ENTRE FISIOTERAPEUTAS Y PADRES DE NIÑOS ATENDIDOS EN ATENCIÓN TEMPRANA.

El cuestionario elaborado es un instrumento válido y fiable para evaluar las experiencias de los padres de niños atendidos en Atención Temprana asociadas a su juicio de calidad. Este instrumento mide experiencias respecto a 4 aspectos: información y educación, apoyo a los padres, maneras respetuosas con los padres, y trato al niño.

La evaluación de la calidad mediante juicios de calidad sobre la interacción con el proveedor ha sido ampliamente utilizada en múltiples tipos de servicios^{35,149}. Dentro de los servicios de fisioterapia, el medio de evaluación preferentemente usado ha sido las encuestas de satisfacción²¹⁵. Recientemente ha habido un interés creciente en utilizar las experiencias de los pacientes como medio de evaluación³⁸. Sin embargo, en el ámbito de Atención Temprana pocos son los instrumentos que recogen las experiencias de los padres para evaluar la calidad. Por lo tanto, nuestro cuestionario representa un instrumento valioso tanto para los fisioterapeutas que trabajan en este área como para los gestores, pues mide no sólo las experiencias de los padres con el cuidado recibido sino aquellas experiencias que afectan a su percepción de la calidad del servicio.

Para garantizar que todos los ítems que iban a ser incluidos en el cuestionario fuesen experiencias que afectasen a la percepción de la calidad hemos realizado un análisis previo de la correlación de cada uno de ellos con la satisfacción global con el servicio. Dicho análisis demostró que todos, excepto dos, presentaron moderada a fuerte correlación con satisfacción.

El análisis de la estructura de los ítems de experiencias, el análisis multirrasgo de su dimensionalidad y las pruebas de consistencia interna revelan que los 4 factores relacionados con la percepción de experiencias son diferentes.

El análisis de la consistencia interna a través del Alfa de Cronbach demuestra que la estructura del cuestionario es consistente. Los valores del Alfa de Cronbach encontrados oscilaron entre valores de 063 y 087 sobre el conjunto de la muestra, lo que supone una

consistencia parecida a la encontrada en otros instrumentos de medición de la calidad como es el propuesto por el Instituto Picker²¹⁵. La escala *Maneras respetuosas con los padres* obtuvo un valor ligeramente inferior al resto de escalas (0'633), pero dentro de valores considerados como aceptables por algunos autores²¹⁶

Respecto a la aceptabilidad general del instrumento, el análisis de las respuestas ofrecidas al cuestionario mostró que la mayor parte de los participantes contestaron todos o casi todos los ítems, y que ningún ítem tuvo una alta tasa de no respuesta o rechazo manifiesto. A diferencia de otras experiencias en los servicios de fisioterapia, encontramos una proporción muy baja de no respuesta a los ítems (el porcentaje varió entre 0,7 % y 7'5 %). Esto significa que los ítems son aplicables a todos los padres encuestados y refuerza la aceptabilidad general del instrumento. La longitud del cuestionario puede haber ayudado a obtener unos valores tan altos de respuesta, ya que no consta de un número muy elevado de ítems, evitando así que el padre se canse de contestar las preguntas.

El uso de la escala de opciones de respuesta de tipo frecuencia, aparte de ser bien aceptada y comprendida, proporcionó notable variabilidad de experiencias. Respecto al porcentaje de problemas percibidos por los padres, los valores obtenidos en las escalas oscilaron desde el valor mínimo (0%) hasta el valor máximo posible (100%). La desviación típica de las escalas también demostró una notable variabilidad alrededor del valor central de la media, cuyos valores oscilaron entre 24,2 y 34,3. El sistema de puntuación usado, basado en dos categorías (problema, no problema), aunque reduce la variedad que proporciona el uso de una escala ordinal, tiene la ventaja de ofrecer resultados más fáciles de ver y comprender en posibles informes de retroalimentación. Además, en nuestro caso, el punto de corte usado para la categorización fue sustentado por un análisis de la sensibilidad y especificidad respecto a la satisfacción, lo que le da un valor añadido respecto a su interpretación.

Nuestro estudio utilizó múltiples estrategias (basadas en el contenido y en el constructo) para facilitar y aportar pruebas de la validez de las puntuaciones obtenidas con el instrumento. Este uso multivariado constituye un valor añadido frente a otros estudios que tan sólo usan la validez facial³⁸.

La validez de contenido de nuestro instrumento está apoyada por dos hechos fundamentales: I) que los ítems fueron generados a partir de un estudio previo cualitativo

mediante la técnica de grupos focales; y II) que el cuestionario ha sido pilotado usando una muestra extensa de pacientes con un amplio rango de características socio-demográficas y clínicas. Estas estrategias son de uso habitual en la generación de cuestionarios y han sido empleadas en un gran número de estudios sobre la creación de instrumentos de medición de la calidad percibida^{58,149,217}. La validez de contenido se refuerza además por el hecho de que sus dominios han sido previamente citados en la literatura, aunque hayan recibido denominaciones distintas a las de nuestro estudio¹⁶⁵

La validez de constructo se sustentó sobre diversas pruebas. En primer lugar, por el análisis de la estructura, que sirvió además para confirmar la categorización generada a priori en el estudio cualitativo. En segundo lugar, comparando con constructos diferentes o similares. Así, cuando los resultados de las escalas sobre atributos de la calidad fueron comparados con un constructo no relacionado, esto es, cuestiones sobre la creencia en la auto-eficacia de los padres frente al cuidado de sus hijos, mostraron una buena validez divergente. Del mismo modo, cuando fueron comparados con un constructo teóricamente relacionado, como las cuestiones sobre satisfacción global, mostraron una adecuada validez convergente.

En tercer lugar, mediante la comparación de grupos conocidos. Tal como era esperable, el nivel de satisfacción de los participantes con el servicio recibido condicionó las respuestas al cuestionario. En todas las escalas, excepto la de *Trato al niño*, el porcentaje promedio de problemas percibido entre los padres satisfechos y no satisfechos supuso diferencias significativas, con un porcentaje siempre más alto en el grupo de padres no satisfechos.

En nuestra opinión, el cuestionario puede ser aplicable a padres de niños en tratamiento de fisioterapia en centros de Atención temprana en cualquier ámbito del territorio español. No obstante, debe estar abierto a nuevos procesos de validación así como a incluir otras áreas que pudieran ser relevantes en la calidad de la interacción.

Finalmente, en cuanto a la presentación y formato del cuestionario, puesto que ha sido realizado en español, aquellos interesados en traducirlo deberán hacerlo siguiendo los requisitos formales de adaptación de un instrumento a una lengua distinta de la de origen¹⁴⁵.

Implicaciones para la práctica y la investigación

Las posibles aplicaciones de este estudio son numerosas. Desde un punto de vista estratégico, puede evaluarse el desempeño específico de un servicio de fisioterapia en Atención Temprana en cada una de las dimensiones. Desde un punto de vista competitivo, las variables del instrumento pueden usarse para comparar servicios de fisioterapia de diferentes centros. Sea con uno u otro fin, para los servicios sanitarios resulta de vital importancia identificar y resolver los problemas percibidos por los pacientes, dado el notable impacto que tiene en los resultados del servicio, aunque se trate de un pequeño porcentaje de deficiencias³².

La estructura multinivel de nuestro modelo conceptual de la calidad percibida y su representación en el instrumento diseñado permite el análisis de los servicios a distintos niveles. Por ejemplo, un gestor sanitario interesado en una visión general del servicio de fisioterapia puede recurrir a las medidas de los juicios de calidad del cuestionario y obtener una valoración global mientras que si el objetivo es un análisis más profundo de la calidad del servicio, puede emplear las puntuaciones en cada una de las escalas e identificar las áreas específicas que necesitan ser mejoradas.

El estudio deja abiertos varios caminos para futuras investigaciones. Además de comprobar la validez y la fiabilidad del instrumento en otros grupos muestrales y otros tipos de centros donde se presta atención fisioterápica a niños con discapacidades, las futuras investigaciones deben buscar posibles asociaciones entre la calidad percibida y otras medidas de resultado, como son los resultados clínicos. También se hace necesario explorar la importancia relativa de los atributos de la calidad de las interacciones padre-fisioterapeuta en el juicio global de calidad, determinando cuáles son las experiencias que más influyen en la percepción de calidad de los pacientes.

Limitaciones del estudio

Nuestros resultados deberían ser interpretados en base a algunas limitaciones metodológicas. Por una parte, si bien la estructura interna del cuestionario fue basada en un análisis factorial exploratorio y un complementario análisis de escalamiento multirrasgo, probablemente un análisis factorial confirmatorio hubiera reforzado aún más la estructura propuesta.

Las puntuaciones de las escalas demostraron tener buena fiabilidad de consistencia interna, pero el estudio no demostró su reproducibilidad en el tiempo, Por tanto, son necesarios estudios complementarios de fiabilidad test-retest.

La validez convergente se estableció con la satisfacción, por la relación teórica existente entre esta y las experiencias de los padres. Aunque la literatura sustenta nuestra elección, no es menos cierto que deberíamos haber considerado también la calidad percibida, puesto que es un cuestionario de experiencias asociadas a ésta. Satisfacción y calidad percibida están íntimamente asociadas, pero muchos autores señalan que son conceptos diferentes.

Aunque el instrumento posee una validez de constructo aceptable, sólo fue establecida de forma concurrente y, de esta forma, la validez predictiva sobre evaluaciones a largo o medio plazo permanece desconocida.

CONCLUSIONES.

VII. CONCLUSIONES.

1. Explorar las experiencias de los pacientes mediante métodos cualitativos es una estrategia útil y válida para identificar aspectos asistenciales asociados a la calidad percibida en fisioterapia. Asimismo, es una fuente de información útil para el diseño de cuestionarios basados en la frecuencia de ocurrencia de hechos relevantes durante la experiencia asistencial.
2. De acuerdo con las experiencias de los padres, los aspectos que influyen en su percepción de la calidad de la interacción con el fisioterapeuta de sus hijos son las maneras interpersonales del profesional con los padres y el niño, y sus comportamientos y actitudes hacia la provisión de información y educación.
3. Se ha creado un instrumento de medida, tipo autoinforme, que ha resultado ser aceptable por los padres y que permite establecer puntuaciones por medio de diversas escalas para describir las experiencias de los padres relevantes en la calidad de su interacción con los fisioterapeutas.
4. Las puntuaciones del instrumento de medida tienen un grado aceptable de validez, ya que ofrecen patrones de distribución lógicos entre grupos conocidos y mantienen una relación lógica con otras medidas conocidas.

REFERENCIAS.

Referencias

VIII. REFERENCIAS.

1. SOLER LIMÓN KM, RIVERA GONZÁLEZ IR, FIGUEROA OLEA M, SÁNCHEZ PÉREZ L, SÁNCHEZ PÉREZ MC. Relación entre las características del ambiente psicosocial en el hogar y el desarrollo psicomotor en el niño menor a 36 meses de edad. Bol Med Hosp Infant Mex. 2007; 64: 273-87.
2. BELSKY J. The determinants of parenting: a process model. Child Dev. 1984; 55: 83-96.
3. SCHORE AN. Affect dysregulation and disorders of the self. New York: W. W. Norton & Company; 2003.
4. GREGORY RL. Diccionario Oxford de la mente. Madrid: Alianza Editorial; 1987.
5. CLIFFORD E. Neural Plasticity: Merzenich, Taub, and Greenough. Harvard Brain 1999; 16:16-20.
6. MICHELON P. Brain plasticity: how learning changes your brain. Sharp brains (en línea), 2008 Feb 26 (Consultado el 3-10-11), Disponible en: <http://www.sharpbrains.com/blog/2008/02/26/brain-plasticity-how-learning-changes-your-brain/>.
7. CAMPBELL G. Michael Merzenich: Brain plasticity offers hope for everyone. Sharp brains (en línea), 2009 Mar 9 (consultado el 3-10-11), Disponible en: <http://www.sharpbrains.com/blog/2009/03/09/michael-merzenich-brain-plasticity-offers-hope-for-everyone/>.
8. GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA. Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid: Real patronato de prevención y de atención a personas con minusvalía. Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 2000.

9. BUGIÉ C. Child development and early intervention centres. *Rev. Neurol* 2002; 34 (Supl 1): 143-148.
10. SORIANO DE GRACIA V. La Atención Temprana en Europa. *Revista de Neurología*. 2002; 34 (1): 155-157.
11. ROSENBAUM P, KING S, LAW M, KING G, EVANS J. Family-centred service: a conceptual framework and research review. *Physical and occupational therapy in pediatrics* 1998; 18:1-20.
12. KING G.; CATHERS T.; KING S.; ROSENBAUM P. Major elements of parents' satisfaction and dissatisfaction with pediatric rehabilitation services. *Children's health care* 2001; 30(2): 111-134.
13. DUNST C, TRIVETTE C. Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care. *Paediatric Nurs* 1996; 22: 334-343.
14. POWER N.; FRANCK L. Parent perception in the care of hospitalized children: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2008 Jun; 62(6):622-41.
15. SOLOMON, L.M. Parents' perception of the interpersonal aspects of care in a pediatric tertiary care neurosciences unit. Thesis for the degree of Master of science in nursing. Faculty of graduate studies. University of british Columbia; 1993.
16. NUUTILA L, SALANTERA S. Children with a long-term illness: parents' experiences of care. *Journal of pediatric nursing* 2006; 21(2):153-60.
17. KING SM.; ROSENBAUM PL.; KING GA. Parents' perceptions of caregiving: development and validation of a measure of processes. *Dev Med Child Neurol*. 1996; 38(9):757-72.
18. YGGE B-M, ARNETZ J.E. Quality of pediatric care: application and validation of an instrument for measuring parent satisfaction with hospital care. *International journal for quality in health care* 2001; 13(1):33-43.

19. IVERSEN MD, SHIMMED JP, CIACERA SL, PRABHAKAR M. Creating a family-centered approach to early intervention services: perceptions of parents and professionals. *Pediatr Phys Ther* 2003; 15:23-31.
20. SIEBES, R.C, NIJHUIS, B.J, REINDERS-MESSENLINK, H.A, et al. A family-centred care in family-specific teams. *Clinical rehabilitation* 2008; 22(3):242-251.
21. SWAINE BR, PLESS IB, FRIEDMAN DS, MONTES JL. Using the measure of processes of care with parents of childrens hospitalized for head injury. *Anm J Phys Med Rehabili* 1999; 78(4):323-9.
22. RAGHAVEDRA P, MURCHLAND S, BENTLEY M., ET AL. Parents' and providers' perceptions of family-centred practice in a community-based, paediatric disability service in Australia. *Child Care Health Dev* 2007; 33(5):586-92.
23. NIJHUIS, B.J.; REINDERS-MESSENLINK, H.A; DE BLÉCOURT, A. CE ET AL. Goal setting in dutch paedriatic rehabilitation. Are the needs and principal problems of children with cerebral palsy integrated into their rehabilitation goals? *Clinical Rehabilitation* 2008; 22(4):348-363.
24. MANGIONE-SMITH, R, MCGLYNN, ELIZABETH A. Assessing the quality of healthcare provided to children. *Health Services Research* 1998; 33(4): 1059-1090.
25. DONABEDIAN A. Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor (Michigan): Health Administration Press; 1980.*
26. MORIN F, JALLAIS J. La qualité dans le comerce. Du service, au service du client. Informe del grupo de trabajo de L'Institut du Commerce et de la Consommation: Le comerce et l'Information du Consomateur. París: L'Institut du Commerce et de la Consomation; 1991.
27. DONABEDIAN A. The Quality of Care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260(12):1743-1748.

28. GRÖNROOS C. A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing* 1982; 18:36-44.
29. INSTITUTE OF MEDICINE. A strategy for quality assurance; sources and methods Vol. II. Washington D.C.:National Academy Press; 1990.
30. SATURNO PJ. Curso de calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Dupont Pharma-Universidad de Murcia; 1997.
31. BOWERS MR, SWAN JE, KOEHLER WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery. *Health care manag rev* 1994; 19(4):49-55.
32. LAM SK. SERVQUAL: A tool for measuring patient's opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Qual Manag* 1997; 8(4): 145-152.
33. CRONIN J, TAYLOR S. Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing* 1992; 56(3):55-68.
34. CASINO A. Medición de la calidad de servicio: una aplicación a los establecimientos de alojamiento turístico. *Revista de Estudios de Economía Aplicada* 2001; 18:83-104.
35. BRADY MK, CRONIN J.J. Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. *Journal of Marketing* 2001; 65(3):34-49.
36. HUSH JM, CAMERON K, MACKEY M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Physiother Theory Pract.* 2009; 25(8):533-43.
37. DIBBELT S, SCHAIDHAMMER M, FLEISCHER C, GREITEMANN B. Patient-doctor interaction in rehabilitation: is there a relationship between perceived interaction quality and long term treatment results? *Rehabilitation (Stuttg).*2010; 49(5):315-25.

38. BEATTIE PF, PINTO MB, NELSON MK, NELSON R. Patient Satisfaction With Outpatient Physical Therapy: Instrument Validation *Physical Therapy* 2002; 82(6):557-565.
39. KEITH RA. Patient satisfaction and rehabilitation services. *Arch Phys. Med. Rehabil.*1998; 79:1122-8.
40. POTTER M, GORDON S, HAMER P. The physiotherapy experience in private practice: The patients' perspective. *Australian Journal of Physiotherapy* 2003; 45: 195-202.
41. AYTCH LS, CRYER D., BAILEY DB, SELZ L. Defining and assessing quality in early intervention programs for infants and toddlers with disability and their families: Challenges and unresolved issues. *Early Education and Development* 1999; 10: 8–23.
42. FITZPATRICK E, COYLE DE DURIEUX-SMITH A, GRAHAM I.D, ANGUS, DE, GABOURY, I. Parents' preferences for services for children with hearing loss: A conjoint analysis study. *Ear and Hearing* 2007; 28: 842–849.
43. CARMAN J. Consumer perceptions of Service Quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. *J. Retailing* 1990; 66(1):33-34.
44. EKINCI Y. The validation of the generic service quality dimensions: an alternative approach. *Journal of retailing and consumer services* 2001; 8(6):311-324.
45. SEID M, OLSON L., ZIVKOVIC M, et al. Parents' perception of primary care: measuring parents' experiences of pediatric primary care quality. *Pediatrics* 2001; 108(1).
46. SIEBES, R. N; MAASSEN, G.H.; ET AL. Quality of paediatric rehabilitation from the parent perspective: validation of the short Measure of Processes of Care (MPOC-20) in the Netherland. *Clinical rehabilitation* 2007; 21: 62-72.

47. CASSERLEY-FEENEY SN, FIONNUALA DUFFY MP, ROUSH S, CAIRNS MC, HURLEY DA. Patient satisfaction with private physiotherapy for musculoskeletal pain. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2008; 9:50.
48. MONNIN D, PERNEGER TV. Scale to Measure Patient Satisfaction with Physical Therapy. *Physical Therap* 2002; 82(7):682-691.
49. KNIGHT, P.K.; NAI-JEN CHENG, A.; LEE, G.M. Results of a survey of client satisfaction with outpatient physiotherapy care. *Physiotherapy Theory and Practice* 2010; 26(5): 297-307.
50. SCHAFFER P, VAUGHN G, KENNER C, DONOHUE F, LONGO A. Revision of a parent satisfaction survey based on the parent perspective. *J Adv Nurs.*;2008; 62(6):622-41.
51. HILLS R, KITCHEN S. Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: exploring the concept of satisfaction. *Physiother Theory Pract.* 2007; 23(1):1-20.
52. BEATTIE P, TURNER C, DOWDA M, MICHENER L, NELSON R. The MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care: a psychometric analysis. *Physiother Theory Pract.* 2007; 23(5):243-54.
53. ESCOBAR-RODRÍGUEZ D, RIVERA-IBARRA D, SERVÍN-ALVAREZ A, ORTIZ-CÁZARES C, JUÁREZ-LÓPEZ M DE J. Development and validation of an instrument to measure the satisfaction of users of rehabilitation services. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007; 45(6):573-8.
54. PARASURAMAN A, ZEITHAML V, BERRY LL. SERVQUAL: A multiple item-scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of retailing* 1988; 64(1):12-37.
55. HURLEY R, ESTELAMI H. Alternative indexes for monitoring customer perceptions of service quality: a comparative evaluation in a retail context. *J Acad Market Sci* 1998; 26: 209-221.

56. PARASURAMAN A, ZEITHAML V, BERRY LL. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *Journal of Marketing* 1994; 58(1):111-124.

57. LINDER-PELZ S. Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Soc Scie Med* 1982; 16:583-589.

58. JENKINSON C, COULTER A, BRUSTER, ET AL. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 335-339.

59. SATURNO HERNÁNDEZ PJ. Fases de construcción de una encuesta. Selección de ítems, formulación de preguntas y diseño del cuestionario. Manual del máster en gestión de la calidad de los servicios de salud. Módulo 6: Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Exploración y medición de necesidades, expectativas y satisfacción. Unidad temática 35. Universidad de Murcia; 2001.

60. FEAPS. Informe divulgado en la presentación de su Campaña de Orientación y Sensibilización sobre el Desarrollo Infantil y Atención Temprana. Madrid. Mayo 2004.

61. PÉREZ BUENO, LC. Plan de acción del CERMI estatal en materia de atención temprana a personas con discapacidad. Colección CERMI.ES. Madrid: Comité español de representantes de personas con discapacidad-CERMI; 2005.

62. SORIANO V. Early Intervention in Europe: organisation of Services and Support for Children and Their Families: Trends in 17 European Countries. Middelfart (Denmark): European Agency for Development in Special Needs Education; 1998.

63. ARIZCUN PINEDA J, RETORTILLO FRANCO F.; COLABORADORES, LÓPEZ FERNÁNDEZ E., HERRANZ ARANDILLA MC. La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid: situación actual y documentos del Grupo PADI. Madrid: GENYSI (Grupo de Estudios Neonatológicos y Servicios de Intervención); 1999.

64. PONTE MITTELBRUN, J. Legislación y Atención Temprana. Notas sobre aspectos sociosanitarios. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad 2003; 56:5-19.
65. CDIAT. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. (En línea). Disponible en: www.infodiscm.com/atemprana/cdiat.htm.(Acceso el 15-5-2010).
66. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. SECRETARÍA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES. IMSERSO. Atención temprana. Rev Minusval. (en línea) 2003 (consultado el 05/07/2006); 29:2-100. Disponible en <http://sid.usal.es/minusval.asp?yr=2003>.
67. MARÍN APARICIO M, GARCÍA MARTÍN A. El modelo de Atención Temprana y coordinación entre niveles en el municipio de Móstoles (Madrid). Rev Pediatr Aten Primaria. 2007 abril/junio; 9(34):317-28.
68. GAVIDIA S, STONEMAN Z. Family predictors of maternal and paternal involvement in programs for young children with disabilities. Child Development 1997; 68(4):701-717.
69. FOSTER M, PHILLIPS W. Family Systems Theory as a framework for problem solving in pediatric Physical Therapy. Pediatric Physical Therapy. 1992; 4(2) 70-73.
70. HANNA K, RODGER S. Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy: a review of the literature on parent–therapist collaboration. Australian Occupational Therapy Journal 2002; 49: 14–24.
71. KING GA, ROSENBAUM PL, KING SM. Evaluating family-centred service using a measure of parents’ perceptions. Blackwell Science 1997; 23(1):47-62.
72. HOSTLER, S. Family-centred care: an approach to implementation. Virginia: University of Virginia; 1994.

73. HANSON JL, JOHNSON BH, JEPPSON ES, et al. Hospitals moving forward with Family-centred care. Bethesda: Institute for Family-Centred Care; 1994.
74. MC BRIDE SL, BROTHERTON MJ, JOANNING H, et al. Implementation of family-centred-service: Perception of parents and professionals. Journal of early intervention 1993; 17:414-430.
75. LAW M, HANNA S, KING G, HURLEY P, KING S, KERTOY M, ROSENBAUM P. Factors affecting family-centred service delivery for children with disabilities. Child Care Health Dev. 2003; 29(5):357-66.
76. BUDREAU G, CHASE L, CHASE . A. family-centered approach to the development of a pediatric family satisfaction questionnaire. Pediatric nursing 1994; 20:604-608.
77. JOHNSON BH, JEPPSON ES, REDBURN L., ASSOCIATION FOR THE CARE OF CHILDREN'S HEALTH. Caring for children and families: guidelines for hospitals. Bethesda, (M.D.): Association for the care of children's health; 1992.
78. O'NEIL ME, PALISANO RJ, WESTCOTT SL. Relationships of therapists' attitudes, children's motor ability, and parenting stress to mothers' perceptions of therapists' behaviors during Early Intervention. Physical Therapy 2001; 81(8): 1412-1424.
79. KING GA, KING SM, ROSENBAUM PL. Interpersonal aspects of caregiving and client outcomes: a review of the literature. Ambulatory Child Health 1996; 2:151-160.
80. KING GA, LAW M, KING SM, ROSENBAUM PL. Parents' and service providers' perceptions of family-centeredness of children's rehabilitation services. Physical and Occupational Therapy in Pediatrics 1998; 18:21-40.
81. ØIEN, B. FALLANG AND S. ØSTENSJØ. Goal-setting in pediatric rehabilitation: perceptions of parents and profesional. Child Care Health Dev 2010 ; 36(4):558-65.

82. CARO P, DEREVENSKY JL: Family-focused intervention model: Implementation and research findings. *Top Early Child Spec Ed.* 1991; 11:66-80.
83. LAW M, DARRAH J, POLLOCK N, et al: Family-centred functional therapy for children with cerebral palsy: An emerging practice model. *Phys Occup Ther Pediatr* 1998; 18:83-102.
84. STEIN REK, JESSOP DJ: Does pediatric home care make a difference for children with chronic illness? Findings from the pediatric ambulatory care treatment study. *Pediatrics* 1984; 73:845-853.
85. STEIN REK, JESSOP DJ: Long-term mental health effects of a paediatric home care program. *Pediatrics* 1991; 88:490-496.
86. DEMPSEY I, DUNST C. J. Help-giving styles as a function of parent empowerment in families with a young child with a disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 2004; 29:50-61.
87. DUNST C, TRIVETTE C. M., BOYD K., ET AL. Help-giving practices and the self-efficacy appraisals of parents. In C. J. Dunst, C. M. Trivette, & A. G. Deal (Eds.), *Supporting and strengthening families: Methods, strategies and practices*, (pp.212-221). Cambridge, MA: Brookline, 1994.
88. NORTHOUSE P. Effective helping relationships: The role of power and control. *Health Education and Behavior* 1997; 24:703-707.
89. BAILEY DB, BUYSSE V, EDMONDSON R, ET AL: Creating family-centered services in early intervention: perceptions of professionals in four states. *Except Child.* 1992; 58:298-309.
90. BAIRD S, PETERSON J: Seeking a comfortable fit between family-centered philosophy and infant-parent interaction in early intervention: Time for a paradigm shift. *Top Early Child Spec Ed.* 1997; 17:139-164.

91. KING G, KING S, LAW M, et al: Family-Centred Service in Ontario: A “Best Practice” approach for children with disabilities and their families. Hamilton, ON, Canada: McMaster University, CanChild Centre for Childhood Disability Research; 2002.
92. LATOUR J.M; HAZELZET J.A.; VAN DER HEIJDEN A. J. Parent satisfaction in pediatric intensive care: a critical appraisal of the literature. *Pediatr Crit Care Med.* 2005; 6(5):578-84.
93. ROSENBAUM, P. Cerebral palsy: what parents and doctors want to know. *BMJ* 2003; 326(7396):970-4.
94. KING G, KERTOY M; KING S., LAW M, ROSENBAUM P.; HURLEY P. A. measure of parents’ and service providers’ beliefs about participation in family-centered services. *Children’s Health care* 2003; 32(3):191-214.
95. LITCHFIELD R, MACDOUGALL C. Professional issues for physiotherapists in family-centred and community-based settings. *Aust J physiother.*2002; 48:105-112.
96. BROWN S, HUMPHRY R, TAYLOR E. A model of the nature of family-therapist relationships: implications for education. *Am J occup ther.* 1997; 51:597-603.
97. GRÖNROOS C. Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
98. VALLS F, VIGIL E, ROMERO A. Modelo Resortqual para la evaluación de la calidad percibida del servicio en un destino turístico de sol y playa. 2003 [En línea]. Disponible en:<http://www.monografias.com/trabajos15/calidad-tur-playa/calidad-tur-playa.shtml> [Acceso el 26 de enero de 2007].
99. FITZPATRICK R. The assessment of patient satisfaction. En: Jenkinson C, ed. *Assessment and Evaluation of Health and Medical Care*. Buckingham, Reino Unido: Open University Press; 1997.

Referencias

100. KEITH RA. Patient satisfaction and rehabilitation services. Arch Phys Med Rehabil 1998; 79:1122-1128.

101. MC ALEXANDER JH, KALDENBERG DO, KOENING HF. Examination of dental practices sheds more light on the relationships between service quality, satisfaction, and purchase intentions in health care setting. J Health Care Marketing 1994; 14(3):34-40.

102. ZEITHAML V. Consumer perceptions of price, quality and value: a means-end model and sintesis of evidence. Journal of Marketing 1988; 52(3):2-22.

103. CROSBY P. La calidad no cuesta: el arte de cerciorarse de la calidad. México: Editorial continental, S.A; 1991.

104. PEYROT M, COOPER PD, SCHNAPF D. Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health services. J. Health Care Market 1993;13(1):24-33.

105. O'CONNOR SJ, SCHEWCHUK RM, CARNEY LW. The great gap. J Health Care Market 1994;14(29):32-39.

106. SWARTZ TA, BROWN SW. Consumer and provider expectations and experiences in evaluating professional services quality. Journal of the Academy of Marketing Science 1989; 17(2):189-195.

107. PETERSEN MB. Measuring patient satisfaction: collecting useful data. J Nurs Qual Assur 1988; 2(3):25-35.

108. JOINT COMMISSION ON ACREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATION. Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial 1991; 6(3): 65-79.

109. SATURNO PJ, FELICES F, SEGURA J, ESPINOSA JL, GÓMEZ MJ, RENEDO A, et al. Actividades para la mejora de la atención clínica: ciclo de mejora, monitorización y diseño de la calidad. Med Intensiva 1999; 23:319-28.

110. GARCÍA MATA JR. El método Taguchi, la planificación Hoshin y otros métodos de planificación de la calidad en la industria. En: Saturno PJ, Parra P, Gascón JJ: Tratado de Calidad asistencial en Atención Primaria. Madrid: Dupont Pharma-Universidad de Murcia; 1997.
111. PARRA P. Benchmarking. Diseñar los procesos imitando y superando al mejor. En: Saturno PJ, Parra P, Gascón JJ: Tratado de Calidad asistencial en Atención Primaria. Madrid: Dupont Pharma-Universidad de Murcia; 1997.
112. CAMP RC, TWEET AG. Benchmarking applied to health care. *Jt Comm J Qual Improv.* 1994, 20:29-38.
113. VÁZQUEZ R, DÍAZ A, SANTOS M. Calidad de servicio y su influencia sobre la satisfacción: desarrollo de un enfoque fundamentado en el análisis conjunto para establecer estrategias de actuación en empresas de servicios turísticos. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa.* 2000; 9(1):39-56.
114. QUINTANILLA I. Psicología social del consumidor. Valencia: Editorial Promolibro, 2002.
115. MORALES V, HERNÁNDEZ A. Calidad y satisfacción en los servicios: conceptualización. *efdeportes.com* (en línea) 2004 Junio (Acceso el 15 de abril de 2005). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd73/calidad.htm>
116. MORALES V, HERNÁNDEZ A. La calidad y su gestión. *efdeportes.com* (en línea), 2004 (Acceso el 15 de abril de 2005) Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd76/calidad.htm>
117. ALÉN ME, FAIZ JA. Relación entre la calidad de servicio y la satisfacción del consumidor. Su evaluación en el ámbito del turismo termal. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa.* 2006; 12(1):251-272.
118. LAMBIN J. Le contrôle de la qualité dans le domaine des services. *Ediciones Gestión 2000.* 1987;(1).

119. BOLTON R, DREW J. A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes. *Journal of Consumer Research*. 1991; 17(1):1-10.
120. MIRA JJ, RODRÍGUEZ MARÍN J, TIRADO S, SITGES E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev calidad asistencial*. 2000; 15:36-42.
121. BITNER MJ. Evaluating service encounters: The effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*. 1990; 54(2):69-82.
122. OLIVER R. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research* 1980;17(4):460-469.
123. OLIVER R. A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. *Advances in services marketing and management: research and practice*. 1993; 2:65-85.
124. SPRENG RA, MACKOY RD. An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction. *J Retailing* 1996; 72:201-214.
125. GOTLIEB JB, GREWAL D, BROWN SW. Consumer satisfaction and perceived quality: complementary or divergent constructs? *J Applied Psychol* 1994; 79:875-885.
126. RUYTER K, BLOEMER J, PEETERS P. Measuring service quality and service satisfaction. An empirical test of an integrative model. *J Economic Psychol* 1997; 18:387-406.
127. DABHOLKAR PA, SHEPERD CD, THORPE DI. Comprehensive framework for service quality: an investigation of critical conceptual and measurement issues. *J Retailing* 2000; 76(2):139-173.
128. SUUROJA M. *Service quality: main conceptualizations and critique*. Estonia: Tartu University Press; 2003.

129. OLSHAVSKY RW, SPRENG RA. A Desire as Standard Model of Consumer Satisfaction. *Journal of Consumer Satisfaction and Complaining Behavior* 1989; 2:49-54.
130. SPRENG RA, OLSHAVSKY RW. A Desires Congruency Model of Consumer Satisfaction. *Journal of the Academy of Marketing Science* 1993; 21(3):169-177.
131. SPRENG RA, MACKENZIE SB, OLSHAVSKY RW. A Reexamination of the Determinants of Consumer Research. *Journal of Marketing* 1996; 60:15-32.
132. WOODRUFF R, CADOTTE E, JENKINS R. Modeling consumer satisfaction using experience-based forms. *Journal of Marketing Reseach* 1983; 20(2):296-304.
133. STAYMAN DM, FRANK RK. Spontaneous Inference Processes in Advertising: Effects of Need for Cognition and Self-Monitoring on Inference Generation and Utilization. *Journal of Consumer Psychology*. 1992; 1:125-142.
134. MARTÍNEZ-TUR V, TORDERA N, RAMOS J, MARZO JC. Relaciones entre la gestión de recursos humanos en organizaciones de servicios y la satisfacción de los usuarios. *Estudios Financieros* 2001; 214:129-166.
135. HOFFMAN D, BATESON J. *Fundamentos de Marketing de Servicios*. México. Internacional Thompson Editores, S.A; 2002.
136. MCDOUGALL GH, LEVESQUE TJ. A revised view of service quality dimensions: An empirical investigation. *Journal of professional service marketing* 1994; 11(1):189-209.
137. CRONIN J, TAYLOR SA. SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *J marketing* 1994; 58(1):125-131.
138. GIL I. *La conceptualización y evaluación de la calidad de servicio al cliente percibida en el punto de venta*. Madrid: Puzzle; 1995.

139. GRÖNROOS, C. "Service Quality: the six criteria of good perceived SQ." *Review of Business*. 1988; 9(3):10-13.
140. KANG GD. The hierarchical structure of service quality: integration of technical and functional quality. *Managing service quality* 2006; 16(1):37-50.
141. RUST RA, OLIVER RL. *Service quality. New directions in theory and practice*. California: Sage Publications 1994.
142. PARASURAMAN A, ZEITHAML V, BERRY LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of marketing* 1985; 49:41-50.
143. JUN M, PETERSON R, ZSIDISIN G. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health care management review* 1998; 23(4):81-96.
144. DEAN AM. The applicability of SERVQUAL in different health care environments. *Health marketing quarterly* 1999; 16(3):1-21.
145. WONG JCH. Service quality measurement in medical imaging department. *International journal of health care quality assurance* 2002; 15(5):206-212.
146. CUNNINGHAM LF, YOUNG CE. Cross-cultural perspectives of service quality and risk in air transportation. *Journal of air transportation* 2002; 7(1):3-26.
147. FINN DW, LAMB CW. An evaluation of the SERVQUAL scale in retailing setting. *Advances in consumer research* 1991; 18(1):483-490.
148. ZHAO X, BAI C, HUI YV. An empirical assessment and application of SERVQUAL in Mainland Chinese Department store. *Total quality management* 2002; 13(2):241-254.

149. DABHOLKAR PA, THORPE DI, RENTZ JO. Measure of service quality for retail stores: scale development and validation. *Journal of the academy of marketing science*. 1996;24(1):3-16.
150. CZEPIEL JA. Service encounters and service relationships. *Journal of Business Research* 1990; 20(1):13-21.
151. MILLER JA. Exploring some alternative measures of consumer satisfaction. En: Bernhardt KL, ed. *Marketing:1776-1976 and beyond*: Chicago; IL: American marketing association 1976: 661-664.
152. OLIVER RL. Measurement and evaluation of satisfaction processes in retail settings. *J retailing* 1981; 57:25-48.
153. HADDAD S, POTVIN L, ROBERGE D, PINEAULT R, REMODIN M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Family practice* 2000; 17 (1):21-29.
154. ARGIMON PALLÁS JM, JIMÉNEZ VILLA J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Tercera edición. Parte III: elaboración del protocolo de estudio. Madrid: Elsevier, 2004.
155. MEDINA I MIRAPEIX F; MESEGUER HENAREJOS AB; ESCOLAR REINA P, MONTILLA HERRADOR J, HERNÁNDEZ CASCALES N, HIDALGO GARCÍA MC. Calidad percibida en la fisioterapia de Atención Primaria: situación y oportunidades de mejora en la atención a la cervicalgia. *Rev Iberoamer fisioter kinesiol*. 2008; 11(2):68-80.
156. LISAMAJA NUUTILA, SANNA SALANTERA. Children with a long-term illness: parents' experiences of care. *Journal of pediatric nursing*. 2006 ; 21(2):153-60.
157. ÖDMAN P, KREVERS B, ÖBERG B. Parents' perceptions of the quality of two intensive training programmes for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2007; 49(2):93-100.

Referencias

158. SEID M, OLSON L, ZIVKOVIC M, et al. Parents' perception of primary care: measuring parents' experiences of pediatric care quality. *Pediatrics* 2001; 108(1).
159. SIEBES RN., MAASEN GH, et al. Quality of pediatric rehabilitation from the parent perspective: validation of the short Measure of Processes of Care (MPOC-20) in the Netherland. *Clinical rehabilitation* 2007; 21:62-72.
160. BAINE S, ROSENBAUM P, KING S. Chronic childhood illness: what aspects of caregiving do parents value? *Child: care, health and development* 1995; 21:291-304.
161. NIJHUIS BJG, REINDERS-MESSELINK HA, DE BLÉCOURT ACE, Family-centred care in family-specific teams. *Clinical Rehabilitation* 2007; 21(7):660-671.
162. SIEBES RC, NIJHUIS BJG, BOONSTRA, et al. A family-specific use of the Measure of Processes of Care for Service Providers (MPOC-SP) *Clinical Rehabilitation*. 2008; 22(3): 242-251.
163. DINNEBEI LA, LYNETTE M.H, SARAH RULE. A qualitative anlsis of parents' and service coordinators descripcions of variables that influence collaborative relationships. *Topics in Early Childhood Special Education* Fall 1996; 16(3):322-347.
164. SIEBES R.C.; WIJNROKS L.; KETELAAR M. ET AL. Parent participation in paediatric rehabilitation treatment centres in the Netherlands: a parents' viewpoint. *Child Care Health Dev.* 2007; 33(2):196-205.
165. KING S, ROSENBAUM P, KING G. The Measure of Processes of Care. MPOC. A Means to Assess Family-Centred Behaviours of Health Care Providers. Hamilton, Ontario, Canadá: Neurodevelopmental clinical research unit. McMaster University; 1995.
166. MEDINA I MIRAPEIX F, DE OLIVEIRA SOUSA MC, LILLO NAVARRO MC,

MONTILLA HERRADOR J, ESCOLAR REINA P, GÓMEZ ARNALDOS F. Percepción de los padres de la atención recibida en centros de atención temprana. *Revista de atención temprana* 2007; 10(1):21-28.

167. GARRATT AM, BJERTNAES OA, BARLINN J. Parent experiences of paediatric care (PEPC) questionnaire: reliability and validity following a national survey. *Acta Paediatr.* 2007; 96(2):246-52.

168. LETOURNEAU NL, ELIOT MR. Pediatric health care professionals' perceptions and practice of family-centered care. *Children's health care*, 25:157-174.

169. MAIJALA H, LUUKKAALA T, ASTEDT-KURKI P. Measuring parents' perceptions of care: psychometric development of a research instrument. *J Adv Nurs.* 2008; 62(6): 622-41.

170. VALLÉS MARTÍNEZ MS. Capítulo 8: Técnicas de conversación, narración (III): los grupos de discusión y otras técnicas afines. En: *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis; 2003:279-335.

171. WENSING M, GROU R, SMITS A. Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis. *Soc Sci Med* 1994; 38:45-53.

172. LEWIS JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med* 1994; 39(5):655-670.

173. SMITH JA, SCAMMON D, BECK SL. Patient' perspective. Using patient focus groups for new patient services. *J Qual Improv* 1995; 21(1):22-31.

174. HARGRAVES JL, PALMER RH, ZAPKA J. Using patient reports to measure health care system performance. *Clinical Performance and quality health care* 1993; 1(4):208-213.

175. MEDINA I MIRAPEIX F, MESEGUER HENAREJOS AB, ESCOLAR REINA P, MONTILLA HERRADOR J, HERNÁNDEZ CASCALES N, HIDALGO GARCÍA MC. Calidad percibida por los usuarios de fisioterapia en Atención Primaria. *Rev Iberoamer fisioter kinesiol* 2005; 1(8):3-10.
176. MILES MB, HUBERMAN AM. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. London: Sage; 1994.
177. HILL CE, THOMPSON BJ, WILLIAMS EN. A guide to conducting consensual qualitative research. *The counselling psychologist*. 1997; 25:517-572.
178. HILL CE, KNOX S, THOMPSON BJ, WILLIAMS EN, HESS SA, LADANY N. Consensual qualitative research: An update. *Journal of counselling psychology* 2005; 52:196-205.
179. IBÁÑEZ ALONSO J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnica y crítica. Madrid: Siglo XXI; 1979.
180. VALLÉS MARTÍNEZ MS. Capítulo 6: Técnicas de conversación, narración (I): las entrevistas en profundidad. En: *Técnicas cualitativa de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis; 2003:279-335.
181. BOGDAN R, BIKLEN S. *Qualitative research in education: an introduction to theory and methods*. Boston: Allyn & Bacon; 1998.
182. CRESWELL JW. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed method approaches*. 3rd edition. Los Ángeles: Sage publications; 2009.
183. PALMER RH. Considerations in defining quality of care. En: Palmer RH (ed). *Striving for quality in health care: An inquiry into policy and practice*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1991:1-59.

184. RACINE JF. A double take on the history of quality in health care. En: Graham NO (ed). Quality in Health Care. Theory, application and evolution. Gaithersburg MD: Aspen, 1995; 15-31.
185. AVIS M, BOND M, ARTHUR A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. J Adv Nur 1995; 22:316-322.
186. VAN CAMPEN C, SIXMA HJ, KERSSSENS JJ, PETERS L, RASKER JJ. Assessing patients' priorities and perceptions of the quality of health care: the development of the quote-rheumatic- patients' instrument. British Journal of Rheumatology 1998; 37:362-368.
187. ARNETZ JE, ARNETZ BB. The development and application of a patient satisfaction measurement system for hospital-wide quality improvement. Intern Journal Qual Health Care 1996; 8:555-66.
188. CLEARY PD, EDGMAN-LEVITAN S, ROBERTS M, MOLONEY TW, MCMULLEN W, WALKER JD et al. Patients evaluate their hospital care: a national survey. Health Affaires 1991;10:254-267.
189. GASCÓN CÁNOVAS JJ, SATURNO HERNÁNDEZ PJ, SÁNCHEZ JA, GRUPO DE TRABAJO DEL PROYECTO PROSPER. Utilidad del informe del usuario en la monitorización del uso racional de medicamentos. Aten Primaria 2001; 27:395-402
190. SUDMAN S. Reducing the Cost of Surveys. Chicago: Aldine Publishing Company; 1967.
191. LEVOIS M, NGUYEN TD, ATTKISSON C. Artifact in client satisfaction assessment: experience in community mental health settings. Evaluation and Program Planning 1981; 4:139-150.

Referencias

192. WARE JE. Effects of acquiescent response set on patient satisfaction ratings. *Med Care*. 1978; 16:327-336.

193. MESEGUER HENAREJOS AB, MEDINA I MIRAPEIX F, ESCOLAR REINA P, MONTILLA HERRADOR J, HERNÁNDEZ CASCALES N, HIDALGO GARCÍA MC. Calidad percibida en la fisioterapia de Atención Primaria: situación y oportunidades de mejora en la atención a la cervicalgia. *Rev Iberoamer fisioter kinesiol* 2008; 11(2):68-80.

194. MEDINA I MIRAPEIX F, LILLO NAVARRO MC, VALERA GARRIDO JF, MONTILLA HERRADOR J, MESEGUER HENAREJOS AB. Construcción, validación y resultados de un cuestionario sobre factores relacionados con el uso de los protocolos de fisioterapia. *Fisioterapia* 2003; 25(2):75-95.

195. FOWLER FJ. *Improving survey question. Design and evaluation*. New York: Sage; 1995.

196. MANGIONE TW. *Mail surveys. Improving the quality*. New York: Sage; 1995.

197. ADAY LA. *Designing and conducting health surveys*. 2ªed. San Francisco: Josey-Bass Pub; 1996.

198. DE OLIVEIRA SOUSA, SL. *Continuidad de cuidados implicada en la fisioterapia del paciente hospitalizado: magnitud, factores asociados e impacto sobre la salud y satisfacción*. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia; 2009.

199. WARE JE, GANDECK B. Methods for testing data quality, scaling assumptions and reliability: the IQOLA Project approach. *J Clin Epidemiol* 1998; 51:945-952.

200. BRYANT FB. Assessing the validity of measurement. En: Grimm L, Yarnold P. *Reading and understanding more multivariate statistics*. Washigton DC: American Psychological Association; 2008.

201.

202. DAVIES AR, WARE JE. Involving consumers in quality of care assessment. *Health affairs*.1988:33-48.
203. GUZMAN J, ESMAIL R, KARJALAINEN K, MALMIVAARA A, IRVING E, BOMBARDIER C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low-back pain: systematic review. *British Medical Journal* 2001; 23:1511-1516.
204. EGLIER P, LANGEARD E. *Servucción, el marketing de servicios*. Méxic: McGraw-Hill, 1989.
205. POTTER M, GORDON S, HAMER P. The physiotherapy experience in private practice: The patients' perspective. *Australian Journal of Physiotherapy* 2003; 49(3): 195-202.
206. ESCOLAR-REINA P, MEDINA-MIRAPEIX F, GASCÓN-CÁNOVAS JJ, MONTILLA-HERRADOR J, JIMENO-SERRANO FJ, DE OLIVEIRA SOUSA SL, DEL BAÑO-ALEDO ME, LOMAS-VEGA R. How do care-provider and home exercise program characteristics affect patient adherence in chronic neck and back pain: a qualitative study.*BMC Health Services Research* 2010; 10:60.
- JONES JESSOP D, STEIN REK. Who benefits from a paediatric home care program? *Pediatrics* 1991; 88: 497–505.
207. BEATTIE PF, NELSON RM, LIS A. Spanish-language version of the MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care (MRPS): preliminary validation. *Phys Ther*. 2007 Jun; 87(6):793-800. Epub 2007 Apr 18.
208. SLADE SC, MOLLOY E, KEATING JL: People with non-specific chronic low back pain who have participated in exercise programs have preferences about exercise: a qualitative study. *Aust J Physiother* 2009, 55:115-21.
209. KING G., KING S., ROSENBAUM P. Family-centered caregiving and well-being of parents of children with disabilities: linking process with outcome. *Journal of pediatric psychology* 1999; 24(1): 41-53.
210. VAN RIPER, M. Maternal perceptions of family-provider relationships and well-

being in familias of children with Down syndrome. *Research in nursing and health* 1999; 22: 357-368.

211. LILLO MC. Adherencia de los padres de niños con discapacidad motriz a los programas domiciliarios de fisioterapia en atención temprana. Magnitud y factores asociados. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.

212. ESCOLAR P, MEDINA F, GONZALEZ R. La dimensión educativa de la fisioterapia: una oportunidad para mejorar la calidad asistencial. *Fisioterapia* 1997; 19:63-74.

213. LEY P. *Communicating with patient. Improving communication, satisfaction and compliance.* London: Chapman & Hall; 1988.

214. GOLDSTEIN NS, ELLIOTT SD, GUCCIONE AA. The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. *Physical therapy* 2000; 80(9):853-863.

215. LOBLAW A, BEZJAK A, BUNSTON T. Development and testing of a visit-specific patient satisfaction questionnaire: the princess Margaret Hospital satisfaction with doctor questionnaire. *J Clin Oncol* 1999; 12(2):1931-1938.

216. WILSON-BARNETT J. *Stress in hospital.* Edimburgo: Churchill Livingstone; 1979.

217. LAM ETC, ZHANG JJ, JENSEN BE. Service Quality Assessment Scale (SQAS): an instrument for evaluating service quality on health-fitness clubs. *Measurement in physical education and exercise science.* 2005;9(2):79-11.

REFERENCIAS POR ORDEN ALFABÉTICO

ADAY LA. Designing and conducting health surveys. 2ªed. San Francisco: Josey-Bass Pub; 1996.

ALÉN ME, FAIZ JA. Relación entre la calidad de servicio y la satisfacción del consumidor. Su evaluación en el ámbito del turismo termal. Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa. 2006; 12(1):251-272.

ARGIMON PALLÁS JM, JIMÉNEZ VILLA J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Tercera edición. Parte III: elaboración del protocolo de estudio. Madrid: Elsevier, 2004.

ARIZCUN PINEDA J, RETORTILLO FRANCO F.; COLABORADORES, LÓPEZ FERNÁNDEZ E., HERRANZ ARANDILLA MC. La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid: situación actual y documentos del Grupo PADI. Madrid: GENYSI (Grupo de Estudios Neonatológicos y Servicios de Intervención); 1999.

ARNETZ JE, ARNETZ BB. The development and application of a patient satisfaction measurement system for hospital-wide quality improvement. Intern Journal Qual Health Care 1996; 8:555-66.

AYTCH LS, CRYER D., BAILEY DB, SELZ L. Defining and assessing quality in early intervention programs for infants and toddlers with disability and their families: Challenges and unresolved issues. Early Education and Development 1999; 10: 8-23.

AVIS M, BOND M, ARTHUR A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. J Adv Nur 1995; 22:316-322.

BAILEY DB, BUYSSE V, EDMONDSON R, ET AL: Creating family-centered services in early intervention: perceptions of professionals in four states. Except Child. 1992; 58:298-309.

Referencias

- BAINE S, ROSENBAUM P, KING S. Chronic childhood illness: what aspects of caregiving do parents value? *Child: care, health and development* 1995; 21:291-304.
- BAIRD S, PETERSON J: Seeking a comfortable fit between family-centered philosophy and infant-parent interaction in early intervention: Time for a paradigm shift. *Top Early Child Spec Ed.* 1997; 17:139-164.
- BEATTIE PF, NELSON RM, LIS A. Spanish-language version of the MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care (MRPS): preliminary validation. *Phys Ther.* 2007 Jun; 87(6):793-800. Epub 2007 Apr 18.
- BEATTIE PF, PINTO MB, NELSON MK, NELSON R. Patient Satisfaction With Outpatient Physical Therapy: Instrument Validation *Physical Therapy* 2002; 82(6):557-565.
- BEATTIE P, TURNER C, DOWDA M, MICHENER L, NELSON R. The MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care: a psychometric analysis. *Physiother Theory Pract.* 2007; 23(5):243-54.
- BELSKY J. The determinants of parenting: a process model. *Child Dev.* 1984; 55: 83-96.
- BITNER MJ. Evaluating service encounters: The effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing.* 1990; 54(2):69-82.
- BOGDAN R, BIKLEN S. *Qualitative research in education: an introduction to theory and methods.* Boston: Allyn & Bacon; 1998.
- BOLTON R, DREW J. A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes. *Journal of Consumer Research.* 1991; 17(1):1-10.
- BOWERS MR, SWAN JE, KOEHLER WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery. *Health care manag rev* 1994; 19(4):49-55.

BRADY MK, CRONIN J.J. Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. *Journal of Marketing* 2001; 65(3):34-49.

BROWN S, HUMPHRY R, TAYLOR E. A model of the nature of family-therapist relationships: implications for education. *Am J occup ther.* 1997; 51:597-603.

BRYANT FB. Assessing the validity of measurement. En: Grimm L, Yarnold P. *Reading and understanding more multivariate statistics.* Washigton DC: American Psychological Association; 2008.

BUDREAU G, CHASE L, CHASE . A family-centered approach to the development of a pediatric family satisfaction questionnaire. *Pediatric nursing* 1994; 20:604-608.

BUGIÉ C. Child development and early intervention centres. *Rev. Neurol* 2002; 34 (Supl 1): 143-148.

CAMP RC, TWEET AG. Benchmarking applied to health care. *Jt Comm J Qual Improv.* 1994, 20:29-38.

CAMPBELL G. Michael Merzenich: Brain plasticity offers hope for everyone. *Sharp brains* (en línea), 2009 Mar 9 (consultado el 3-10-11), Disponible en: <http://www.sharpbrains.com/blog/2009/03/09/michael-merzenich-brain-plasticity-offers-hope-for-everyone/>.

CARMAN J. Consumer perceptions of Service Quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. *J. Retailing* 1990; 66(1):33-34.

CARO P, DEREVENSKY JL: Family-focused intervention model: Implementation and research findings. *Top Early Child Spec Ed.* 1991; 11:66-80.

CASSERLEY-FEENEY SN, FIONNUALA DUFFY MP, ROUSH S, CAIRNS MC, HURLEY DA. Patient satisfaction with private physiotherapy for musculoskeletal pain. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2008; 9:50

Referencias

CASINO A. Medición de la calidad de servicio: una aplicación a los establecimientos de alojamiento turístico. *Revista de Estudios de Economía Aplicada* 2001; 18:83-104.

CDIAT. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. (En línea). Disponible en: www.infodiscm.com/atemprana/cdiat.htm.(Acceso el 15-5-2010).

CLEARY PD, EDGMAN-LEVITAN S, ROBERTS M, MOLONEY TW, MCMULLEN W, WALKER JD et al. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Affairs* 1991;10:254-267.

CLIFFORD E. Neural Plasticity: Merzenich, Taub, and Greenough. *Harvard Brain* 1999; 16:16-20.

CRESWELL JW. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed method approaches*. 3rd edition. Los Ángeles: Sage publications; 2009.

CRONIN J, TAYLOR SA. SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *J marketing* 1994; 58(1):125-131.

CRONIN J, TAYLOR S. Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing* 1992; 56(3):55-68.

CROSBY P. *La calidad no cuesta: el arte de cerciorarse de la calidad*. México: Editorial continental, S.A; 1991.

CUNNINGHAM LF, YOUNG CE. Cross-cultural perspectives of service quality and risk in air transportation. *Journal of air transportation* 2002; 7(1):3-26.

CZEPIEL JA. Service encounters and service relationships. *Journal of Business Research* 1990; 20(1):13-21.

DABHOLKAR PA, SHEPERD CD, THORPE DI. Comprehensive framework for service quality: an investigation of critical conceptual and measurement issues. *J Retailing* 2000; 76(2):139-173.

DABHOLKAR PA, THORPE DI, RENTZ JO. Measure of service quality for retail stores: scale development and validation. *Journal of the academy of marketing science*. 1996;24(1):3-16.

DAVIES AR, WARE JE. Involving consumers in quality of care assessment. *Health affaires*.1988:33-48.

DE OLIVEIRA SOUSA, SL. Continuidad de cuidados implicada en la fisioterapia del paciente hospitalizado: magnitud, factores asociados e impacto sobre la salud y satisfacción. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia; 2009.

DEAN AM. The applicability of SERVQUAL in different health care environments. *Health marketing quarterly* 1999; 16(3):1-21.

DEMPSEY I, DUNST C. J. Help-giving styles as a function of parent empowerment in families with a young child with a disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 2004; 29:50-61.

DINNEBEI LA, LYNETTE M.H, SARAH RULE. A qualitative anlsis of parents' and service coordinators descripcions of variables that influence collaborative relationships. *Topics in Early Childhood Special Education* Fall 1996; 16(3):322-347.

DONABEDIAN A. Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor (Michigan): Health Administration Press; 1980.

DONABEDIAN A. The Quality of Care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260(12):1743-1748.

Referencias

DUNST C, TRIVETTE CM., BOYD K., ET AL. Help-giving practices and the self-efficacy appraisals of parents. In C. J. Dunst, C. M. Trivette, & A. G. Deal (Eds.), *Supporting and strengthening families: Methods, strategies and practices*, (pp.212-221). Cambridge, MA: Brookline, 1994

DUNST C, TRIVETTE C. Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care. *Paediatric Nurs* 1996; 22: 334-343.

DIBBELT S, SCHAIDHAMMER M, FLEISCHER C, GREITEMANN B. Patient-doctor interaction in rehabilitation: is there a relationship between perceived interaction quality and long term treatment results? *Rehabilitation (Stuttg)*.2010; 49(5):315-25.

EIGLIER P, LANGEARD E. *Servucción, el marketing de servicios*. Méxic: McGraw-Hill, 1989.

EKINCI Y. The validation of the generic service quality dimensions: an alternative approach. *Journal of retailing and consumer services* 2001; 8(6):311-324.

ESCOBAR D, RIVERA D, SERVÍN A, ORTIZ C, JUÁREZ M DE J. Development and validation of an instrument to measure the satisfaction of users of rehabilitation services. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007; 45(6):573-8.

ESCOLAR P, MEDINA F, GASCÓN JJ, MONTILLA J, JIMENO FJ, DE OLIVEIRA SOUSA SL, DEL BAÑO ME, LOMAS R. How do care-provider and home exercise program characteristics affect patient adherence in chronic neck and back pain: a qualitative study.*BMC Health Services Research* 2010; 10:60.

ESCOLAR P, MEDINA F, GONZALEZ R. La dimensión educativa de la fisioterapia: una oportunidad para mejorar la calidad asistencial. *Fisioterapia* 1997; 19:63-74.

FEAPS. Informe divulgado en la presentación de su Campaña de Orientación y Sensibilización sobre el Desarrollo Infantil y Atención Temprana. Madrid. Mayo 2004.

FINN DW, LAMB CW. An evaluation of the SERVQUAL scale in retailing setting. *Advances in consumer research* 1991; 18(1):483-490.

FITZPATRICK R. The assessment of patient satisfaction. En: Jenkinson C, ed. *Assessment and Evaluation of Health and Medical Care*. Buckingham, Reino Unido: Open University Press; 1997.

FITZPATRICK E, COYLE DE DURIEUX-SMITH A, GRAHAM I.D, ANGUS, DE, GABOURY, I. Parents' preferences for services for children with hearing loss: A conjoint analysis study. *Ear and Hearing* 2007; 28: 842–849.

FOSTER M, PHILLIPS W. Family Systems Theory as a framework for problem solving in pediatric Physical Therapy. *Pediatric Physical Therapy*. 1992; 4(2) 70-73.

FOWLER FJ. *Improving survey question. Design and evaluation*. New York: Sage; 1995.

GARCÍA MATA JR. El método Taguchi, la planificación Hoshin y otros métodos de planificación de la calidad en la industria. En: Saturno PJ, Parra P, Gascón JJ: *Tratado de Calidad asistencial en Atención Primaria*. Madrid: Dupont Pharma-Universidad de Murcia; 1997.

GARRATT AM, BJERTNAES OA, BARLINN J. Parent experiences of paediatric care (PEPC) questionnaire: reliability and validity following a national survey. *Acta Paediatr*. 2007; 96(2):246-52.

GASCÓN CÁNOVAS JJ, SATURNO HERNÁNDEZ PJ, SÁNCHEZ JA, GRUPO DE TRABAJO DEL PROYECTO PROSPER. Utilidad del informe del usuario en la monitorización del uso racional de medicamentos. *Aten Primaria* 2001; 27:395-402

GAVIDIA S, STONEMAN Z. Family predictors of maternal and paternal involvement in programs for young children with disabilities. *Child Development* 1997; 68(4):701-717.

Referencias

GIL I. La conceptualización y evaluación de la calidad de servicio al cliente percibida en el punto de venta. Madrid: Puzzle; 1995.

GOLDSTEIN NS, ELLIOTT SD, GUCCIONE AA. The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. *Physical therapy* 2000; 80(9):853-863.

GOTLIEB JB, GREWAL D, BROWN SW. Consumer satisfaction and perceived quality: complementary or divergent constructs? *J Applied Psychol* 1994; 79:875-885.

GREGORY RL. Diccionario Oxford de la mente. Madrid: Alianza Editorial; 1987.

GRÖNROOS C. A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing* 1982; 18:36-44.

GRÖNROOS C. Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios. Madrid: Díaz de Santos; 1994.

GRÖNROOS, C. "Service Quality: the six criteria of good perceived SQ." *Review of Business*. 1988; 9(3):10-13.

GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA. Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid: Real patronato de prevención y de atención a personas con minusvalía. Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 2000.

GUZMAN J, ESMAIL R, KARJALAINEN K, MALMIVAARA A, IRVING E, BOMBARDIER C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low-back pain: systematic review. *British Medical Journal* 2001; 23:1511-1516.

HADDAD S, POTVIN L, ROBERGE D, PINEAULT R, REMODIN M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Family practice* 2000; 17 (1):21-29.

HANNA K, RODGER S. Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy: a review of the literature on parent–therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal* 2002; 49: 14–24.

HANSON JL, JOHNSON BH, JEPPSON ES, et al. *Hospitals moving forward with Family-centred care*. Bethesda: Institute for Family-Centred Care; 1994.

HOSTLER, S. *Family-centred care: an approach to implementation*. Virginia: University of Virginia; 1994.

IKANG GD. The hierarchical structure of service quality: integration of technical and functional quality. *Managing service quality* 2006; 16(1):37-50.

KEITH RA. Patient satisfaction and rehabilitation services. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79:1122-1128.

KING G, KERTOY M; KING S., LAW M, ROSENBAUM P.; HURLEY P. A. measure of parents' and service providers' beliefs about participation in family-centered services. *Children's Health care* 2003; 32(3):191-214.

KING GA, ROSENBAUM PL, KING SM. Evaluating family-centred service using a measure of parents' perceptions. *Blackwell Science* 1997; 23(1):47-62.

KING G., KING S., ROSENBAUM P. Family-centered caregiving and well-being of parents of children with disabilities: linking process with outcome. *Journal of pediatric psychology* 1999; 24(1): 41-53.

HARGRAVES JL, PALMER RH, ZAPKA J. Using patient reports to measure health care system performance. *Clinical Performance and quality health care* 1993; 1(4):208-213.

HILL CE, THOMPSON BJ, WILLIAMS EN. A guide to conducting consensual qualitative research. *The counselling psychologist*. 1997; 25:517-572.

Referencias

HILL CE, KNOX S, THOMPSON BJ, WILLIAMS EN, HESS SA, LADANY N. Consensual qualitative research: An update. *Journal of counselling psychology* 2005; 52:196-205.

HILLS R, KITCHEN S. Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: exploring the concept of satisfaction. *Physiother Theory Pract.* 2007; 23(1):1-20.

HOFFMAN D, BATESON J. *Fundamentos de Marketing de Servicios*. México. Internacional Thompson Editores, S.A; 2002.

HURLEY R, ESTELAMI H. Alternative indexes for monitoring customer perceptions of service quality: a comparative evaluation in a retail context. *J Acad Market Sci* 1998; 26: 209-221.

36. HUSH JM, CAMERON K, MACKEY M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Physiother Theory Pract.* 2009; 25(8):533-43.

IBÁÑEZ ALONSO J. *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI; 1979.

INSTITUTE OF MEDICINE. *A strategy for quality assurance; sources and methods* Vol. II. Washington D.C.:National Academy Press; 1990.

IVERSEN MD, SHIMMED JP, CIACERA SL, PRABHAKAR M. Creating a family-centered approach to early intervention services: perceptions of parents and professionals. *Pediatr Phys Ther* 2003; 15:23-31.

JENKINSON C, COULTER A, BRUSTER, ET AL. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 335-339.

JOHNSON BH, JEPPSON ES, REDBURN L., ASSOCIATION FOR THE CARE OF CHILDREN'S HEALTH. Caring for children and families: guidelines for hospitals. Bethesda, (M.D.): Association for the care of children's health; 1992.

JOINT COMMISSION ON ACREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATION. Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial 1991; 6(3): 65-79.

JUN M, PETERSON R, ZSIDISIN G. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. Health care management review 1998; 23(4):81-96.

KEITH RA. Patient satisfaction and rehabilitation services. Arch Phys. Med. Rehabil.1998; 79:1122-8.

KING G, CATHERS T, KING S, ROSENBAUM P. Major elements of parents' satisfaction and dissatisfaction with pediatric rehabilitation services. Children's health care 2001; 30(2):111-134

KING G, KING S, LAW M, et al: Family-Centred Service in Ontario: A "Best Practice" approach for children with disabilities and their families. Hamilton, ON, Canada: McMaster University, CanChild Centre for Childhood Disability Research; 2002.

KING GA, KING SM, ROSENBAUM PL. Interpersonal aspects of caregiving and client outcomes: a review of the literature. Ambulatory Child Health 1996; 2:151-160.

KING GA, LAW M, KING SM, ROSENBAUM PL. Parents' and service providers' perceptions of family-centeredness of children's rehabilitation services. Physical and Occupational Therapy in Pediatrics 1998; 18:21-40.

KING SM.; ROSENBAUM PL.; KING GA. Parents' perceptions of caregiving: development and validation of a measure of processes. Dev Med Child Neurol. 1996; 38(9):757-72.

Referencias

KING S, ROSENBAUM P, KING G. The Measure of Processes of Care. MPOC. A Means to Assess Family-Centred Behaviours of Health Care Providers. Hamilton, Ontario, Canadá: Neurodevelopmental clinical research unit. McMaster University; 1995.

KNIGHT, P.K.; NAI-JEN CHENG, A.; LEE, G.M. Results of a survey of client satisfaction with outpatient physiotherapy care. *Physiotherapy Theory and Practice* 2010; 26(5): 297-307.

JONES JESSOP D, STEIN REK. Who benefits from a paediatric home care program? *Pediatrics* 1991; 88: 497–505.

LAM ETC, ZHANG JJ, JENSEN BE. Service Quality Assessment Scale (SQAS): an instrument for evaluating service quality on health-fitness clubs. *Measurement* in physical education and exercise science. 2005;9(2):79-11.

LAM SK. SERVQUAL: A tool for measuring patient's opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Qual Manag* 1997; 8(4): 145-152.

LAMBIN J. Le contrôle de la qualité dans le domaine des services. *Ediciones Gestión* 2000. 1987;(1).

LATOUR J.M; HAZELZET J.A.; VAN DER HEIJDEN A. J. Parent satisfaction in pediatric intensive care: a critical appraisal of the literature. *Pediatr Crit Care Med*. 2005; 6(5):578-84.

LAW M, DARRAH J, POLLOCK N, et al: Family-centred functional therapy for children with cerebral palsy: An emerging practice model. *Phys Occup Ther Pediatr* 1998; 18:83-102.

LAW M, HANNA S, KING G, HURLEY P, KING S, KERTOY M, ROSENBAUM P. Factors affecting family-centred service delivery for children with disabilities. *Child Care Health Dev*. 2003; 29(5):357-66.

LETOURNEAU NL, ELIOT MR. Pediatric health care professionals' perceptions and practice of family-centered care. *Children's health care*, 25:157-174.

LEVOIS M, NGUYEN TD, ATTKISSON C. Artifact in client satisfaction assessment: experience in community mental health settings. *Evaluation and Program Planning* 1981; 4:139-150.

LEY P. *Communicating with patient. Improving communication, satisfaction and compliance.* London: Chapman & Hall; 1988.

LEWIS JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med* 1994; 39(5):655-670.

LILLO MC. Adherencia de los padres de niños con discapacidad motriz a los programas domiciliarios de fisioterapia en atención temprana. Magnitud y factores asociados. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia; 2008.

LINDER-PELZ S. Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Soc Scie Med* 1982; 16:583-589.

LISAMAJA NUUTILA, SANNA SALANTERA. Children with a long-term illness: parents' experiences of care. *Journal of pediatric nursing*. 2006 ; 21(2):153-60.

LITCHFIELD R, MACDOUGALL C. Professional issues for physiotherapists in family-centred and community-based settings. *Aust J physiother*.2002; 48:105-112.

LOBLAW A, BEZJAK A, BUNSTON T. Development and testing of a visit-specific patient satisfaction questionnaire: the princess Margaret Hospital satisfaction with doctor questionnaire. *J Clin Oncol* 1999; 12(2):1931-1938.

MAIJALA H, LUUKKAALA T, ASTEDT-KURKI P. Measuring parents' perceptions of care: psychometric development of a research instrument. *J Adv Nurs*. 2008; 62(6): 622-41.

Referencias

MANGIONE-SMITH, R, MCGLYNN, ELIZABETH A. Assessing the quality of healthcare provided to children. *Health Services Research* 1998; 33(4): 1059-1090.

MANGIONE TW. *Mail surveys. Improving the quality.* New York: Sage; 1995.

MARÍN APARICIO M, GARCÍA MARTÍN A. El modelo de Atención Temprana y coordinación entre niveles en el municipio de Móstoles (Madrid). *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2007 abril/junio; 9(34):317-28.

MARTÍNEZ-TUR V, TORDERA N, RAMOS J, MARZO JC. Relaciones entre la gestión de recursos humanos en organizaciones de servicios y la satisfacción de los usuarios. *Estudios Financieros* 2001; 214:129-166.

MC ALEXANDER JH, KALDENBERG DO, KOENING HF. Examination of dental practices sheds more light on the relationships between service quality, satisfaction, and purchase intentions in health care setting. *J Health Care Marketing* 1994; 14(3):34-40.

MC BRIDE SL, BROTHERSON MJ, JOANNING H, et al. Implementation of family-centred-service: Perception of parents and professionals. *Journal of early intervention* 1993; 17:414-430.

MCDOUGALL GH, LEVESQUE TJ. A revised view of service quality dimensions: An empirical investigation. *Journal of professional service marketing* 1994; 11(1):189-209.

MEDINA I MIRAPEIX F, DE OLIVEIRA SOUSA MC, LILLO NAVARRO MC, MONTILLA HERRADOR J, ESCOLAR REINA P, GÓMEZ ARNALDOS F. Percepción de los padres de la atención recibida en centros de atención temprana. *Revista de atención temprana* 2007; 10(1):21-28.

MEDINA I MIRAPEIX F, LILLO NAVARRO MC, VALERA GARRIDO JF, MONTILLA HERRADOR J, MESEGUER HENAREJOS AB. Construcción, validación y resultados de un cuestionario sobre factores relacionados con el uso de los protocolos de fisioterapia. *Fisioterapia* 2003; 25(2):75-95.

MEDINA I MIRAPEIX F; MESEGUER HENAREJOS AB; ESCOLAR REINA P, MONTILLA HERRADOR J, HERNÁNDEZ CASCALES N, HIDALGO GARCÍA MC. Calidad percibida en la fisioterapia de Atención Primaria: situación y oportunidades de mejora en la atención a la cervicalgia. Rev Iberoamer fisioter kinesiol. 2008; 11(2):68-80.

MEDINA I MIRAPEIX F, MESEGUER HENAREJOS AB, ESCOLAR REINA P, MONTILLA HERRADOR J, HERNÁNDEZ CASCALES N, HIDALGO GARCÍA MC. Calidad percibida por los usuarios de fisioterapia en Atención Primaria. Rev Iberoamer fisioter kinesiol 2005; 1(8):3-10.

MESEGUER HENAREJOS AB, MEDINA I MIRAPEIX F, ESCOLAR REINA P, MONTILLA HERRADOR J, HERNÁNDEZ CASCALES N, HIDALGO GARCÍA MC. Calidad percibida en la fisioterapia de Atención Primaria: situación y oportunidades de mejora en la atención a la cervicalgia. Rev Iberoamer fisioter kinesiol 2008; 11(2):68-80.

MICHELON P. Brain plasticity: how learning changes your brain. Sharp brains (en línea), 2008 Feb 26 (Consultado el 3-10-11), Disponible en:
<http://www.sharpbrains.com/blog/2008/02/26/brain-plasticity-how-learning-changes-your-brain/>.

MILES MB, HUBERMAN AM. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. London: Sage; 1994.

MILLER JA. Exploring some alternative measures of consumer satisfaction. En: Bernhardt KL, ed. Marketing:1776-1976 and beyond: Chicago; IL: American marketing association 1976: 661-664.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. SECRETARÍA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES. IMSERSO. Atención temprana. Rev Minusval. (en línea) 2003 (consultado el 05/07/2006); 29:2-100. Disponible en <http://sid.usal.es/minusval.asp?yr=2003>.

Referencias

MIRA JJ, RODRÍGUEZ MARÍN J, TIRADO S, SITGES E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev calidad asistencial*. 2000; 15:36-42.

MONNIN D, PERNEGER TV. Scale to Measure Patient Satisfaction with Physical Therapy. *Physical Therap* 2002; 82(7):682-691.

MORALES V, HERNÁNDEZ A. Calidad y satisfacción en los servicios: conceptualización. *efdeportes.com* (en línea) 2004 Junio (Acceso el 15 de abril de 2005). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd73/calidad.htm>

MORALES V, HERNÁNDEZ A. La calidad y su gestión. *efdeportes.com* (en línea), 2004 (Acceso el 15 de abril de 2005) Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd76/calidad.htm>

MORIN F, JALLAIS J. La qualité dans le commerce. Du service, au service du client. Informe del grupo de trabajo de L'Institut du Commerce et de la Consommation: Le commerce et l'Information du Consomateur. París: L'Institut du Commerce et de la Consommation; 1991.

NIJHUIS BJG, REINDERS-MESSELINK HA, DE BLÉCOURT ACE, Family-centred care in family-specific teams. *Clinical Rehabilitation* 2007; 21(7):660-671.

NIJHUIS, B.J.; REINDERS-MESSENLINK, H.A; DE BLÉCOURT, A. CE et al. Goal setting in dutch paedriatic rehabilitation. Are the needs and principal problems of children with cerebral palsy integrated into their rehabilitation goals? *Clinical Rehabilitation* 2008; 22(4):348-363.

NORTHOUSE P. Effective helping relationships: The role of power and control. *Health Education and Behavior* 1997; 24:703-707.

NUUTILA L, SALANTERA S. Children with a long-term illness: parents' experiences of care. *Journal of pediatric nursing* 2006; 21(2):153-60.

O'CONNOR SJ, SCHEWCHUK RM, CARNEY LW. The great gap. *J Heallth Care Market* 1994;14(29):32-39.

ÖDMAN P, KREVERS B, ÖBERG B. Parents' perceptions of the quality of two intensive training programmes for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2007; 49(2):93-100.

ØIEN, B. FALLANG AND S. ØSTENSJØ. Goal-setting in pediatric rehabilitation: perceptions of parents and profesional. *Child Care Health Dev* 2010 ; 36(4):558-65.

OLIVER R. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research* 1980;17(4):460-469.

OLIVER R. A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. *Advances in services marketing and management: research and practice*. 1993; 2:65-85.

OLIVER RL. Measurement and evaluation of satisfaction processes in retail settings. *J retailing* 1981; 57:25-48.

OLSHAVSKY RW, SPRENG RA. A Desire as Standard Model of Consumer Satisfaction. *Journal of Consumer Satisfaction and Complaining Behavior* 1989; 2:49-54.

O'NEIL ME, PALISANO RJ, WESTCOTT SL. Relationships of therapists' attitudes, children's motor ability, and parenting stress to mothers' perceptions of therapists' behaviors during Early Intervention. *Physical Therapy* 2001; 81(8): 1412-1424.

PALMER RH. Considerations in defining quality of care. En: Palmer RH (ed). *Striving for quality in health care: An inquiry into policy and practice*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1991:1-59.

PARASURAMAN A, ZEITHAML V, BERRY LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of marketing* 1985; 49:41-50.

Referencias

PARASURAMAN A, ZEITHAML V, BERRY LL. SERVQUAL: A multiple item-scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of retailing* 1988; 64(1):12-37.

PARASURAMAN A, ZEITHAML V, BERRY LL. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *Journal of Marketing* 1994; 58(1):111-124.

PARRA P. Benchmarking. Diseñar los procesos imitando y superando al mejor. En: Saturno PJ, Parra P, Gascón JJ: *Tratado de Calidad asistencial en Atención Primaria*. Madrid: Dupont Pharma-Universidad de Murcia; 1997.

PETERSEN MB. Measuring patient satisfaction: collecting useful data. *J Nurs Qual Assur* 1988; 2(3):25-35.

PÉREZ BUENO, LC. Plan de acción del CERMI estatal en materia de atención temprana a personas con discapacidad. Colección CERMI.ES. Madrid: Comité español de representantes de personas con discapacidad-CERMI; 2005.

PEYROT M, COOPER PD, SCHNAPF D. Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health services. *J. Health Care Market* 1993; 13(1):24-33.

PONTE MITTELBRUN, J. Legislación y Atención Temprana. Notas sobre aspectos sociosanitarios. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad* 2003; 56:5-19.

POTTER M, GORDON S, HAMER P. The physiotherapy experience in private practice: The patients' perspective. *Australian Journal of Physiotherapy* 2003; 49(3): 195-202.

POTTER M, GORDON S, HAMER P. The physiotherapy experience in private practice: The patients' perspective. *Australian Journal of Physiotherapy* 2003; 45: 195-202.

POWER N.; FRANCK L. Parent perception in the care of hospitalized children: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2008 Jun; 62(6):622-41.

QUINTANILLA I. *Psicología social del consumidor*. Valencia: Editorial Promolibro, 2002.

RACINE JF. A double take on the history of quality in health care. En: Graham NO (ed). *Quality in Health Care. Theory, application and evolution*. Gaithersburg MD: Aspen, 1995; 15-31.

RAGHAVEDRA P, MURCHLAND S, BENTLEY M., ET AL. Parents' and providers' perceptions of family-centred practice in a community-based, paediatric disability service in Australia. *Child Care Health Dev* 2007; 33(5):586-92.

ROSENBAUM, P. Cerebral palsy: what parents and doctors want to know. *BMJ* 2003; 326(7396):970-4.

ROSENBAUM P, KING S, LAW M, KING G, EVANS J. Family-centred service: a conceptual framework and research review. *Physical and occupational therapy in pediatrics* 1998; 18:1-20.

RUST RA, OLIVER RL. *Service quality. New directions in theory and practice*. California: Sage Publications 1994.

RUYTER K, BLOEMER J, PEETERS P. Measuring service quality and service satisfaction. An empirical test of an integrative model. *J Economic Psychol* 1997; 18:387-406.

SATURNO PJ. *Curso de calidad asistencial en atención primaria*. Madrid: Dupont Pharma-Universidad de Murcia; 1997.

Referencias

SATURNO PJ. Fases de construcción de una encuesta. Selección de ítems, formulación de preguntas y diseño del cuestionario. Manual del máster en gestión de la calidad de los servicios de salud. Módulo 6: Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Exploración y medición de necesidades, expectativas y satisfacción. Unidad temática 35. Universidad de Murcia; 2001.

SATURNO PJ, FELICES F, SEGURA J, ESPINOSA JL, GÓMEZ MJ, RENEDO A, et al. Actividades para la mejora de la atención clínica: ciclo de mejora, monitorización y diseño de la calidad. *Med Intensiva* 1999; 23:319-28.

SCHAFFER P, VAUGHN G, KENNER C, DONOHUE F, LONGO A. Revision of a parent satisfaction survey based on the parent perspective. *J Adv Nurs.* 2008; 62(6):622-41.

SCHORE AN. *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: W. W. Norton & Company; 2003.

SEID M, OLSON L, ZIVKOVIC M, et al. Parents' perception of primary care: measuring parents' experiences of pediatric care quality. *Pediatrics* 2001; 108(1).

SEID M, OLSON L., ZIVKOVIC M, et al. Parents' perception of primary care: measuring parents' experiences of pediatric primary care quality. *Pediatrics* 2001; 108(1).

SIEBES, R. N; MAASSEN, G.H.; ET AL. Quality of paediatric rehabilitation from the parent perspective: validation of the short Measure of Processes of Care (MPOC-20) in the Netherland. *Clinical rehabilitation* 2007; 21: 62-72.

SIEBES RN., MAASEN GH, et al. Quality of pediatric rehabilitation from the parent perspective: validation of the short Measure of Processes of Care (MPOC-20) in the Netherland. *Clinical rehabilitation* 2007; 21:62-72.

SIEBES, R.C, NIJHUIS, B.J, REINDERS-MESSENLINK, H.A, et al. A family-centred care in family-specific teams. *Clinical rehabilitation* 2008; 22(3):242-251.

SIEBES RC, NIJHUIS BJG, BOONSTRA, et al. A family-specific use of the Measure of Processes of Care for Service Providers (MPOC-SP) Clinical Rehabilitation. 2008; 22(3): 242-251.

SIEBES R.C.; WIJNROKS L.; KETELAAR M. ET AL. Parent participation in paediatric rehabilitation treatment centres in the Netherlands: a parents' viewpoint. Child Care Health Dev. 2007; 33(2):196-205.

SLADE SC, MOLLOY E, KEATING JL: People with non-specific chronic low back pain who have participated in exercise programs have preferences about exercise: a qualitative study. Aust J Physiother 2009, 55:115-21.

SMITH JA, SCAMMON D, BECK SL. Patient' perspective. Using patient focus groups for new patient services. J Qual Improv 1995; 21(1):22-31.

SOLER LIMÓN KM, RIVERA GONZÁLEZ IR, FIGUEROA OLEA M, SÁNCHEZ PÉREZ L, SÁNCHEZ PÉREZ MC. Relación entre las características del ambiente psicosocial en el hogar y el desarrollo psicomotor en el niño menor a 36 meses de edad. Bol Med Hosp Infant Mex. 2007; 64: 273-87.

SOLOMON, L.M. Parents' perception of the interpersonal aspects of care in a pediatric tertiary care neurosciences unit. Thesis for the degree of Master of science in nursing. Faculty of graduate studies. University of british Columbia; 1993.

SORIANO V. Early Intervention in Europe: organisation of Services and Support for Children and Their Families: Trends in 17 European Countries. Middelfart (Denmark): European Agency for Development in Special Needs Education; 1998.

SORIANO DE GRACIA V. La Atención Temprana en Europa. Revista de Neurología. 2002; 34 (1): 155-157.

SPRENG RA, MACKOY RD. An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction. J Retailing 1996; 72:201-214.

Referencias

SPRENG RA, MACKENZIE SB, OLSHAVSKY RW. A Reexamination of the Determinants of Consumer Research. *Journal of Marketing* 1996; 60:15-32.

SPRENG RA, OLSHAVSKY RW. A Desires Congruency Model of Consumer Satisfaction. *Journal of the Academy of Marketing Science* 1993; 21(3):169-177.

STAYMAN DM, FRANK RK. Spontaneous Inference Processes in Advertising: Effects of Need for Cognition and Self-Monitoring on Inference Generation and Utilization. *Journal of Consumer Psychology*. 1992; 1:125-142

STEIN REK, JESSOP DJ: Does pediatric home care make a difference for children with chronic illness? Findings from the pediatric ambulatory care treatment study. *Pediatrics* 1984; 73:845-853.

STEIN REK, JESSOP DJ: Long-term mental health effects of a paediatric home care program. *Pediatrics* 1991; 88:490-496.

SUDMAN S. *Reducing the Cost of Surveys*. Chicago: Aldine Publishing Company; 1967.

SUUROJA M. *Service quality: main conceptualizations and critique*. Estonia: Tartu University Press; 2003.

SWAINE BR, PLESS IB, FRIEDMAN DS, MONTES JL. Using the measure of processes of care with parents of childrens hospitalized for head injury. *Anm J Phys Med Rehabili* 1999; 78(4):323-9.

SWARTZ TA, BROWN SW. Consumer and provider expectations and experiences in evaluating professional services quality. *Journal of the Academy of Marketing Science* 1989; 17(2):189-195.

VALLÉS MARTÍNEZ MS. Capítulo 6: Técnicas de conversación, narración (I): las entrevistas en profundidad. En: *Técnicas cualitativa de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis; 2003:279-335.

VALLÉS MARTÍNEZ MS. Capítulo 8: Técnicas de conversación, narración (III): los grupos de discusión y otras técnicas afines. En: Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis; 2003:279-335.

VALLS F, VIGIL E, ROMERO A. Modelo Resortqual para la evaluación de la calidad percibida del servicio en un destino turístico de sol y playa. 2003 [En línea]. Disponible en:<http://www.monografias.com/trabajos15/calidad-tur-playa/calidad-tur-playa.shtml> [Acceso el 26 de enero de 2007].

VAN CAMPEN C, SIXMA HJ, KERSSSENS JJ, PETERS L, RASKER JJ. Assessing patients' priorities and perceptions of the quality of health care: the development of the quote-rheumatic- patients' instrument. *British Journal of Rheumatology* 1998; 37:362-368.

VAN RIPER, M. Maternal perceptions of family-provider relationships and well-being in families of children with Down syndrome. *Research in nursing and health* 1999; 22: 357-368.

VÁZQUEZ R, DÍAZ A, SANTOS M. Calidad de servicio y su influencia sobre la satisfacción: desarrollo de un enfoque fundamentado en el análisis conjunto para establecer estrategias de actuación en empresas de servicios turísticos. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*. 2000; 9(1):39-56.

WARE JE. Effects of acquiescent response set on patient satisfaction ratings. *Med Care*. 1978; 16:327-336.

WARE JE, GANDECK B. Methods for testing data quality, scaling assumptions and reliability: the IQOLA Project approach. *J Clin Epidemiol* 1998; 51:945-952.

WENSING M, GROU R, SMITS A. Quality judgements by patients on general practice care: a literature analysis. *Soc Sci Med* 1994; 38:45-53.

Referencias

- WILSON-BARNETT J. Stress in hospital. Edimburgo: Churchill Livingstone; 1979.
222. WONG JCH. Service quality measurement in medical Imaging department. International Journal of health
- WOODRUFF R, CADOTTE E, JENKINS R. Modeling consumer satisfaction using experience-based forms. Journal of Marketing Reseach 1983; 20(2):296-304.
- YGGE B-M, ARNETZ J.E. Quality of pediatric care: application and validation of an instrument for measuring parent satisfaction with hospital care. International journal for quality in health care 2001; 13(1):33-43.
- ZEITHAML V. Consumer perceptions of price, quality and value: a means-end model and sintesis of evidence. Journal of Marketing 1988; 52(3):2-22.
- ZHAO X, BAI C, HUI YV. An empirical assessment and application of SERVQUAL in Mainland Chinese Department store. Total quality management 2002; 13(2):241-254

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1: carta de invitación a los padres para participar en los grupos focales

Anexo 2: hoja consentimiento informado estudio cualitativo

Anexo 3: cuestionario preliminar de calidad percibida en atención temprana

Anexo 4: registro del fisioterapeuta

Anexo 5: carta introductoria al cuestionario

Anexo 4: carta recordatorio-agradecimiento

Anexo 7: cuestionario definitivo de calidad percibida en atención temprana

ANEXO 1: CARTA DE INVITACIÓN A LOS PADRES PARA PARTICIPAR EN LOS GRUPOS FOCALES



**UNIVERSIDAD
DE MURCIA**
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
Facultad de Medicina

Nombre y apellidos
Domicilio
CP Municipio

Sr/ Sra. Apellido

Me dirijo a usted en relación con un estudio que estamos realizando en la Universidad de Murcia junto con la Universidad Miguel Hernandez de Elche con el objetivo de contribuir a la mejora de la asistencia que se presta a los niños con problemas motrices atendidos por fisioterapeutas en centros públicos y privados de la Región de Murcia.

Por este motivo, **queremos invitarle** a usted, junto con otros padres de niños que reciben o han recibido fisioterapia, **a participar en una reunión**. El objetivo de esta reunión es intercambiar experiencias, opiniones y puntos de vista sobre la asistencia que han recibido. **Su participación es esencial para conocer de qué forma se puede mejorar la asistencia que se le presta a su hijo o hija**. A tal fin, le agradecemos que nos dedique unos minutos de su tiempo.

La reunión se celebrará el **próximo** -----, en un local que nos ha cedido amablemente el Ayuntamiento. La reunión se iniciará a las 19 h y finalizará a las 20,30 h aproximadamente. El local es el ----- y está situado en ----- (adjunto un plano de situación).

Debido a que nos hemos puesto en contacto con un número reducido de personas, el éxito de la reunión dependerá en gran medida de su asistencia y participación en la misma. Por ello, para confirmar su asistencia y resolver cualquier duda al respecto, le llamaremos por teléfono durante los próximos días.

Agradeciéndole por anticipado su colaboración, le saluda atentamente

Prof.

Si desea alguna aclaración, por favor, no dude en llamar al teléfono xxxxxxxx lunes y miércoles de 14 a 15,30 h. Le atenderemos gustosamente.

ANEXO 2: HOJA CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTUDIO CUALITATIVO



**UNIVERSIDAD
DE MURCIA**
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
Facultad de Medicina

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Calidad de la interacción entre fisioterapeutas y padres de niños atendidos en Atención temprana”

(Fase de investigación de campo)

Modelo del paciente

DESCRIPCIÓN

La Universidad de Murcia junto con la Universidad Miguel Hernandez de Elche está realizando un estudio con el objetivo de contribuir a la mejora de la asistencia que se presta a los niños con problemas motrices atendidos por fisioterapeutas en centros públicos y privados de la Región de Murcia.

Si acepta participar en este estudio, ello le implicaría participar en una reunión con otros padres, dirigida por un miembro de nuestro equipo de investigación, de unos 40-80 minutos de duración. El día y hora del grupo le serían indicados una semana antes de la reunión.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que usted nos facilite durante el grupo focal necesariamente tendrá que ser grabada para su posterior uso. No obstante, de acuerdo con la Ley Orgánica Reguladora de la protección de datos personales, la información será tratada de forma confidencial.

SU FIRMA EN ESTE DOCUMENTO SIGNIFICA QUE HA DECIDIDO PARTICIPAR DESPUÉS DE HABER LEÍDO Y ENTENDIDO LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTA HOJA DE CONSENTIMIENTO.

Firma del PARTICIPANTE
Nombre y apellidos

Fecha
Teléfono

ANEXO 3: CUESTIONARIO PRELIMINAR DE CALIDAD PERCIBIDA EN ATENCIÓN TEMPRANA

MEJORA DE LA ASISTENCIA EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA

ÁREA DE FISIOTERAPIA



UNIVERSIDAD DE MURCIA

Esta encuesta está dirigida a CONOCER LA ASISTENCIA EN FISIOTERAPIA que reciben **usted** y su **hijo/a** en el centro donde asiste regularmente.

SU información nos puede AYUDAR a MEJORAR la atención.

SU participación como padre o madre es muy importante para que podamos conseguirlo (sólo un importante número de cuestionarios contestados nos permitirán conocer la verdadera situación).

¿QUIÉN ES RECOMENDABLE QUE RELLENE LA ENCUESTA?

EL CUIDADOR PRINCIPAL, es decir, la persona (padre o madre) que con mayor frecuencia se ocupe de los asuntos relacionados con el niño, tales como la asistencia a las sesiones de fisioterapia, la realización de ejercicios en casa, etc...

INSTRUCCIONES (para rellenar la encuesta):

1) NO DEJE preguntas SIN contestar (a menos que en alguna pregunta se lo indique).

Tenga *especial cuidado* con las preguntas que contienen un *listado de sub-preguntas* porque puede que se deje alguna sin darse cuenta.

2) Conteste así las respuestas adecuadas (hágalo con cuidado para no equivocarse).

ANTES DE EMPEZAR, conteste a estas preguntas

- Habitualmente, **¿es usted el cuidador principal?** 1 Sí 2 No

- ¿Cuál es **su parentesco** con el niño?

- 1. Padre
- 2. Madre
- 3. Abuelos
- 4. Cuidador/a
- 5. Otros _____

- Habitualmente, **¿Quién lleva el niño al centro?**

- 1. Padre
- 2. Madre
- 3. Abuelos
- 4. Cuidador/a
- 5. Otros _____

Señale así las respuestas adecuadas)

1. LA ATENCION PROPORCIONADA EN EL CENTRO

1. Cuando tiene dudas o preocupaciones sobre su hijo, ¿puede **hablar fácilmente con su fisioterapeuta**?

5 4 3 2 1
Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

2. Normalmente **cuando habla** con el fisioterapeuta de su hijo/a,....

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

2.1...le atiende **con prisas** (porque tiene a otros esperándole)?

2.2....le atiende en **un momento no adecuado** para poder hablar bien?

2.3...se preocupa por **aclararle** sus dudas, preocupaciones?

2.4....le **da detalles** sobre lo que su hijo/a va logrando?

2.5... le anima a sentirse útil con su hijo/a?

3. **En relación a la información sobre el tratamiento**, ¿con qué **frecuencia** su fisioterapeuta...?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

3.1....le explica **para qué sirven** las terapias que utiliza?

3.2... le habla sobre los **probables efectos del tratamiento** en su hijo/a?

3.3...le permite **entrar a ver** cómo trata a su hijo/a?

4. **En relación a la información sobre los ejercicios para casa**, ¿con qué **frecuencia** su fisioterapeuta...?

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

4.1....**le explica** los ejercicios mientras se los hace a su hijo/a?

4.2...la información que le da le resulta **fácil de entender**

4.3....le da información **escrita** sobre los ejercicios?

4.4. ...le sugiere **momentos concretos del día** en que puede hacer los ejercicios en casa, **por ejemplo**, al levantarse, antes de comer.....?

5. **En ocasiones**, los fisioterapeutas están interesados en **que los padres hagan en casa** algunos ejercicios o sigan recomendaciones. ¿Con qué frecuencia el **fisioterapeuta** de su hijo/a...?

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
5.1...le pide que siga en casa recomendaciones o ejercicios?	<input type="checkbox"/>				
5.1...le revisa si los ejercicios los hace correctamente ?	<input type="checkbox"/>				
5.2...le pregunta si los está haciendo en casa o no?	<input type="checkbox"/>				
5.3...se muestra satisfecho/a de su colaboración?	<input type="checkbox"/>				

6. Respecto al trato a su hijo y a usted, ¿con qué frecuencia su fisioterapeuta...?

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
6.1...tiene trato afectuoso con su hijo/a?	<input type="checkbox"/>				
6.2...coge a su hijo con todo el cuidado posible?	<input type="checkbox"/>				
6.3...le atiende a usted con buenas maneras para que se sienta cómodo/a?	<input type="checkbox"/>				

7. Indique su grado de satisfacción con relación a los siguientes aspectos:

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
7.1. La frecuencia en la que se le informa sobre la evolución de su hijo/a	<input type="checkbox"/>				
7.2. Lo que ha aprendido del fisioterapeuta para poder Ayudar a su hijo/a	<input type="checkbox"/>				
7.3. La profesionalidad del fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>				
7.4. La manera en que su hijo/a acepta al fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>				

8. Si tuviera que calificar de 1 a 10 su **satisfacción global** con la atención recibida en fisioterapia, ¿qué puntuación pondría?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy insatisfecho									Muy satisfecho

9. ¿En qué medida se siente capaz de hacer los ejercicios que puede necesitar su hijo/a durante esos días en queriente que tiene poco tiempo o se siente más cansado que otros días?

Incapaz de poder hacerlo	Relativamente seguro de poder hacerlo	Seguro de poder hacerlo
0	1 2 3 4 5 6 7	8 9 10

INFORMACIÓN INDIVIDUAL

Información sobre el niño/a

10. ¿Cuál es la **fecha** de nacimiento de su **hijo/a**? día _____ mes _____ año _____
11. **Género de su hijo/a** 1 Masculino 2 Femenino
12. ¿Desde cuándo **recibe tratamiento de fisioterapia** su hijo/a?
mes _____ año _____

Información sobre la persona que rellena el cuestionario

13. ¿Cuál es su **año de nacimiento**? 19 _____
14. **Género:** 1 Masculino 2 Femenino

15. ¿Tiene **más hijos/as** aparte de éste? 1 Sí 2 No

Si la respuesta es afirmativa ¿**de qué edades**? _____

16. ¿Cuál es su **nivel de estudios**?

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Sin estudios | Estudios Básicos | BUP/ Formación Profesional | Universitarios |

17. ¿Cuál es su **ocupación** actual?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| Estudio | Estudio y trabajo | Trabajo | Parado/a | Ama o amo de casa |

18. ¿Cuál es su **estado civil**?

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Soltero/a | Casado/a o pareja de Hecho | Separado/a o divorciado/a | Viudo/a |

ANEXO 5: REGISTRO DEL FISIOTERAPEUTA

PACIENTE			CUIDADOR PRINCIPAL QUE RELLENA EL CUESTIONARIO							FAMILIA	
Códi/ no mb	Diagnóstico	Fecha nacimiento	Año nacimiento	Género	Nº hijos	Edad hijos	ESTUDIOS	OCUPACIÓN ACTUAL	ESTADO CIVIL	Nº miembros	Nº trabajadores
	<input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> Cong/ heredit <input type="checkbox"/> Otros	___/___/200__ 00_	19	<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> m			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> BÁSICOS <input type="checkbox"/> BUP/ FP <input type="checkbox"/> UNIVERSIT	<input type="checkbox"/> AMA/O DE CASA <input type="checkbox"/> TRABAJA <input type="checkbox"/> PARO <input type="checkbox"/> ESTUDIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO		
	<input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> Cong/ heredit <input type="checkbox"/> Otros	___/___/200__ 00_	19	<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> m			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> BÁSICOS <input type="checkbox"/> BUP/ FP <input type="checkbox"/> UNIVERSIT	<input type="checkbox"/> AMA/O DE CASA <input type="checkbox"/> TRABAJA <input type="checkbox"/> PARO <input type="checkbox"/> ESTUDIA	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO		
	<input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> Cong/ heredit <input type="checkbox"/> Otros	___/___/200__ 00_	19	<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> m			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> BÁSICOS <input type="checkbox"/> BUP/ FP <input type="checkbox"/> UNIVERSIT	<input type="checkbox"/> AMA/O DE CASA <input type="checkbox"/> TRABAJA <input type="checkbox"/> PARO <input type="checkbox"/> ESTUDIA	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO		
	<input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> Cong/ Heredit <input type="checkbox"/> Otros	___/___/200__ 00_	19	<input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> m			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> BÁSICOS <input type="checkbox"/> BUP/ FP <input type="checkbox"/> UNIVERSIT	<input type="checkbox"/> AMA/O DE CASA <input type="checkbox"/> TRABAJA <input type="checkbox"/> PARO <input type="checkbox"/> ESTUDIA	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO		

ANEXO 5: CARTA INTRODUTORIA AL CUESTIONARIO



**UNIVERSIDAD
DE MURCIA**
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
Facultad de Medicina

Nombre y apellidos
Domicilio
CP Municipio

Sr/ Sra. Apellido

Estimados padres,

El Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Murcia en colaboración con el conjunto de Centros de Atención Temprana de la Región de Murcia estamos desarrollando un proyecto que tiene entre sus objetivos conocer la asistencia recibida en por padres y niños que reciben Fisioterapia en dichos centros.

El **Centro de Atención Temprana** -----, al que asiste su hijo/a esta trabajando en este proyecto con la intención de poder conocer la practica asistencial de los profesionales del centro a partir de las opiniones que ustedes manifiestan en el cuestionario que se les ha entregado junto a esta carta.

Para que ustedes puedan expresar sus opiniones libremente se ha previsto que el cuestionario sea confidencial y que una vez contestado NO lo devuelva al centro sino que lo envíe a la Universidad de Murcia (le hemos puesto sello y sobre para que resulte fácil y gratis).

Vuestra participación RELLENANDO EL CUESTIONARIO es fundamental para poder realizar esta mejora, ya que vuestros hijos son los receptores de este servicio. Sólo un importante número de cuestionarios contestados nos permitirán conocer la verdadera situación.

Hemos previsto que se rellene un cuestionario por niño/a para que sólo un familiar lo tenga que rellenar. A la pregunta de ¿Quién es recomendable que rellene el cuestionario? Nosotros recomendamos que lo rellene la persona (padre o madre) que CON MAYOR FRECUENCIA SE OCUPE DE LOS ASUNTOS RELACIONADOS CON EL NINO/A tales como la realización de ejercicios en casa, la asistencia a las sesiones de fisioterapia, etc.

Para responder al cuestionario, en la mayoría de las preguntas SÓLO tenéis que señalar con una cruz ("X"). Por favor, tratad de NO DEJAR respuestas EN BLANCO y de contestar **sinceramente**. No hay respuestas ni mejores ni peores.

Una vez contestado métalo en el sobre con que se te adjunta (dirigido a la Universidad de Murcia) y envíanoslo (POR FAVOR, ANTES DE 7 DIAS).

Sinceramente, gracias por tu COLABORACIÓN (es una oportunidad para describir la realidad de la fisioterapia en los centros de Atención Temprana). Atentamente

Prof.....

Universidad de Murcia

ANEXO 6: CARTA RECORDATORIO-AGRADECIMIENTO



**UNIVERSIDAD
DE MURCIA**
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
Facultad de Medicina

Nombre y apellidos
Domicilio
CP Municipio

Estimado padre o madre,

El motivo esencial de la presente es AGRADECER TU COLABORACION. Te agradecemos que hayas dedicado un poco de tu tiempo personal en rellenar el cuestionario que hace unos quince días te entregó el fisioterapeuta de tu centro de Atención Temprana.

Esperamos que te haya sido agradable rellenarlo. Sinceramente, hemos intentado que así sea procurando darle al cuestionario un diseño cómodo a pesar del importante número de preguntas que contenía.

Si no has contestado aún, te agradecemos por adelantado tu esfuerzo. Por favor, rellénalo y envíalo pronto. Nuestra experiencia con anteriores cuestionarios similares a este es que cuanto más se retrasa mas cuesta.

Con tu aportación personal y la de otros muchos padres y madres - de los que hemos empezado a recibir sus respuestas – empieza nuestro trabajo de reunir y analizar toda la información con el objetivo de conocer el estado de la Fisioterapia en Atención Temprana. Una vez este sintetizada la información, se la daremos Centro de Atención Temprana ----- para que sus responsables puedan mejorar la atención que reciben vuestros hijos.

Sinceramente, gracias DE NUEVO por tu COLABORACIÓN.
Recibe un cordial saludo.

Prof.....

Universidad de Murcia

MEJORA DE LA ASISTENCIA EN CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA

ÁREA DE FISIOTERAPIA



UNIVERSIDAD DE MURCIA

Esta encuesta está dirigida a CONOCER LA ASISTENCIA EN FISIOTERAPIA que reciben **usted** y su **hijo/a** en el centro donde asiste regularmente.

SU información nos puede AYUDAR a MEJORAR la atención.

SU participación como padre o madre es muy importante para que podamos conseguirlo (sólo un importante número de cuestionarios contestados nos permitirán conocer la verdadera situación).

¿QUIÉN ES RECOMENDABLE QUE RELLENE LA ENCUESTA?

EL CUIDADOR PRINCIPAL, es decir, la persona (padre o madre) que con mayor frecuencia se ocupe de los asuntos relacionados con el niño, tales como la asistencia a las sesiones de fisioterapia, la realización de ejercicios en casa, etc...

INSTRUCCIONES (para rellenar la encuesta):

1) NO DEJE preguntas SIN contestar (a menos que en alguna pregunta se lo indique).

Tenga *especial cuidado* con las preguntas que contienen un *listado de sub-preguntas* porque puede que se deje alguna sin darse cuenta.

2) Conteste así las respuestas adecuadas (hágalo con cuidado para no equivocarse).

ANTES DE EMPEZAR, conteste a estas preguntas

- Habitualmente, **¿es usted el cuidador principal?** 1 Sí 2 No

- ¿Cuál es **su parentesco** con el niño?

- 1. Padre
- 2. Madre
- 3. Abuelos
- 4. Cuidador/a
- 5. Otros _____

- Habitualmente, **¿Quién lleva el niño al centro?**

- 1. Padre
- 2. Madre
- 3. Abuelos
- 4. Cuidador/a
- 5. Otros _____

(Señale así las respuestas adecuadas)

1. LA ATENCION PROPORCIONADA EN EL CENTRO

1. Normalmente cuando habla con el fisioterapeuta de su hijo/a,....	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
1.1...le atiende con prisas (porque tiene a otros esperándole)?	<input type="checkbox"/>				
1.2....le atiende en un momento no adecuado para poder hablar bien?	<input type="checkbox"/>				
1.3...se preocupa por aclararle sus dudas, preocupaciones?	<input type="checkbox"/>				
1.4....le da detalles sobre lo que su hijo/a va logrando?	<input type="checkbox"/>				
1.5... le anima a sentirse útil con su hijo/a?	<input type="checkbox"/>				

2. En relación a la información sobre el tratamiento , ¿con qué frecuencia su fisioterapeuta...?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
2.1...le permite entrar a ver cómo trata a su hijo/a?	<input type="checkbox"/>				

3. En relación a la información sobre los ejercicios para casa , ¿con qué frecuencia su fisioterapeuta...	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
3.1...le explica los ejercicios mientras se los hace a su hijo/a?	<input type="checkbox"/>				
3.2....le da información escrita sobre los ejercicios?	<input type="checkbox"/>				
3.3. ...le sugiere momentos concretos del día en que puede hacer los ejercicios en casa, por ejemplo , al levantarse, antes de comer.....?	<input type="checkbox"/>				

4. En ocasiones , los fisioterapeutas están interesados en que los padres hagan en casa algunos ejercicios o sigan recomendaciones. ¿Con qué frecuencia el fisioterapeuta de su hijo/a...?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
4.1...le pide que siga en casa recomendaciones o ejercicios?	<input type="checkbox"/>				
4.2...le revisa si los ejercicios los hace correctamente ?	<input type="checkbox"/>				
4.3...le pregunta si los está haciendo en casa o no?	<input type="checkbox"/>				

5. Respecto al trato a su hijo y a usted, ¿con qué frecuencia su fisioterapeuta...	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
5.1...tiene trato afectuoso con su hijo/a?	<input type="checkbox"/>				
5.2...coge a su hijo con todo el cuidado posible?	<input type="checkbox"/>				

6. Indique su grado de satisfacción con relación a los siguientes aspectos:

Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca

6.1. La frecuencia en la que se le informa sobre la evolución de su hijo/a	<input type="checkbox"/>				
6.2. Lo que ha aprendido del fisioterapeuta para poder Ayudar a su hijo/a	<input type="checkbox"/>				
6.3. La profesionalidad del fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>				
6.4. La manera en que su hijo/a acepta al fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>				

7. Si tuviera que calificar de 1 a 10 su **satisfacción global** con la atención recibida en fisioterapia, ¿qué puntuación pondría?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy insatisfecho									Muy satisfecho

8. ¿En qué medida se siente capaz de hacer los ejercicios que puede necesitar su hijo/a durante esos días en queriente que tiene poco tiempo o se siente más cansado que otros días?

Incapaz de poder hacerlo			Relativamente seguro de poder hacerlo				Seguro de poder hacerlo			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

INFORMACIÓN INDIVIDUAL

Información sobre el niño/a

9. ¿Cuál es la **fecha** de nacimiento de su **hijo/a**? día _____ mes _____ año _____

10. **Género de su hijo/a** 1 Masculino 2 Femenino

11. ¿Desde cuándo **recibe tratamiento de fisioterapia** su hijo/a?
mes _____ año _____

Información sobre la persona que rellena el cuestionario

12. ¿Cuál es su **año de nacimiento**? 19 _____

13. **Género:** 1 Masculino 2 Femenino

14. ¿Tiene **más hijos/as** aparte de éste? 1 Sí 2 No

Si la respuesta es afirmativa ¿**de qué edades**? _____

16. ¿Cuál es su **nivel de estudios**?

1

Sin estudios

2

Estudios Básicos

3

BUP/ Formación
Profesional

4

Universitarios

17. ¿Cuál es su **ocupación** actual?

1

Estudio

2

Estudio y trabajo

3

Trabajo

4

Parado/a

5

Ama o amo de
casa

18. ¿Cuál es su **estado civil**?

1

Soltero/a

2

Casado/a o pareja de
Hecho

3

Separado/a o
divorciado/a

4

Viudo/a

19. ¿Cuál es su **nivel de estudios**?

1

Sin estudios

2

Estudios Básicos

3

BUP/ Formación
Profesional

4

Universitarios

Si ha tenido alguna dificultad para comprender alguna de las preguntas de este cuestionario, por favor indíquenos los números de esas preguntas en el cuadro.

Nº de pregunta

Finalmente, si en este cuestionario no le hemos preguntado por algún aspecto que **usted considere importante**, utilice este espacio para exponerlo:

 <p>Proyecto Mejora de la Calidad en Fisioterapia Edificio C. 30.001 Campus de Espinardo. Universidad de Murcia</p>
--

Por favor, no olvide introducir el cuestionario en el sobre que le adjuntamos y envíelo cuanto antes.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!