

## La Fisioterapia en un grupo de madres solteras sin hogar. Muestra preliminar del contacto entre esta disciplina y madres en riesgo de exclusión social

### *Physiotherapy in a homeless single mothers group. A preliminary sample of the contact between this discipline and mothers in social exclusion risk*

Valentín-Mazarracín I<sup>a</sup>, Rodríguez-Costa I<sup>b</sup>, Díaz-Pulido B<sup>b</sup>, Núñez-Nagy S<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Ejercicio libre de la Fisioterapia. Madrid. España

<sup>b</sup>Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. España

#### Correspondencia:

Irene Valentín-Mazarracín  
vm.irene@hotmail.com

Recibido: 25 septiembre 2015

Aceptado: 6 mayo 2016

#### RESUMEN

*Introducción:* con la crisis económica actual se ha puesto en evidencia la precaria situación de las personas en riesgo de exclusión social, especialmente las madres solteras sin hogar, particularmente en relación al acceso a los servicios sanitarios. Para ellas el acceso a la Fisioterapia, que es una de las profesiones sanitarias menos conocidas, es especialmente difícil. *Objetivos:* describir la relación de un grupo de madres solteras sin hogar con la Fisioterapia asistencial como medio para resaltar la necesidad de mayor implicación de ésta con las madres en riesgo de exclusión; y ofrecer unas pautas sobre los cambios que deben realizarse para facilitar su acceso a estos colectivos. *Material y método.* Diseño de la investigación: estudio descriptivo observacional. Participantes: ocho madres solteras residentes en una casa de acogida, que cumplimentaron el cuestionario SF-12 y un cuestionario específico elaborado para este trabajo que analiza sus experiencias, conocimientos, creencias y expectativas sobre la Fisioterapia. *Resultados:* la mayoría de las encuestadas no han tenido contacto con la Fisioterapia. Esto hace que tengan creencias y conocimientos equivocados o inexistentes sobre dicha disciplina, provocando actitudes y expectativas poco significativas. *Conclusiones:* las participantes muestran falta de conocimientos y contacto con la Fisioterapia, lo que sugiere la necesidad de una mayor implicación de los profesionales de esta disciplina en el ámbito social, para facilitar el acceso de este colectivo en riesgo de exclusión social a los servicios de Fisioterapia. Aunque los resultados del presente trabajo no son generalizables, consideramos que presentan un acercamiento preliminar al problema, con los objetos de facilitar la realización de estudios más amplios sobre la relación entre las madres en riesgo de exclusión social y la Fisioterapia, y de concienciar a los profesionales de esta disciplina sobre la necesidad de intervenir en dicho colectivo. Un primer paso podría ser realizar campañas y conferencias de sensibilización.

**Palabras clave:** madres, exclusión social, Fisioterapia, cuestionarios.

#### ABSTRACT

Background: the current economical crisis has brought out the precarious situation of people at risk of social exclusion, especially homeless single mothers, and particularly in relation to their access to health services. For

*them the access to Physiotherapy, which is one of the lesser known sanitary professions, is especially difficult. Objectives: to describe the relation between a group of homeless single mothers and Physiotherapy as a method for highlighting the need of a greater involvement of it with mothers at risk of social exclusion. To provide some guidelines about the changes that must be done in order to facilitate the access of this social group. Material and method. Study design: descriptive observational study. Participants: eight mothers living in a shelter. They completed the SF-12 questionnaire and a specific questionnaire for this study in which their knowledge, beliefs, attitudes, expectations and experiences in relation to Physiotherapy was analyzed. Results: most respondents have never had contact with Physiotherapy. This situation causes wrong or inexistent beliefs and knowledge about it resulting in insignificant attitudes and expectations towards it. Conclusions: participants show a lack of knowledge and contact with Physiotherapy. This makes obvious the need of a greater actuation of Physiotherapy in these areas, facilitating their access to this health service. Although the results cannot be generalized, we consider them a preliminary approach to the problem, with the aim of facilitating larger studies about the relation between mothers at risk of social exclusion and Physiotherapy as well as raising awareness among physiotherapists. Awareness campaigns and conferences should be done as a first step.*

**Keywords:** *mother, social exclusion, Physiotherapy, questionnaires.*

## INTRODUCCIÓN

La exclusión social es una situación provocada por un conjunto de factores de vulnerabilidad multidimensionales que se acumulan y combinan afectando a personas o grupos. Esta situación provoca una gran dificultad o incluso la imposibilidad de alcanzar el desarrollo personal, la inserción social y el acceso a los sistemas de protección públicos. En definitiva, la exclusión social dificulta el mantenimiento de los lazos de estos individuos con el resto de la sociedad<sup>(1)</sup>.

Los factores de vulnerabilidad son de diversa naturaleza: económicos, laborales, formativos, sociosanitarios, residenciales y relacionales y a su vez, todos ellos se ven influenciados por las diferencias de género, edad y procedencia o lugar de nacimiento<sup>(1)</sup>.

El riesgo de pobreza y exclusión social afecta de manera especial a algunos sectores de la población, como ocurre con las madres solteras sin hogar, por el hecho de ser mujeres, tener a su cargo al menos a un menor y no tener hogar<sup>(2, 3, 4)</sup>.

Estas mujeres suelen presentar otros factores de riesgo que se suman a los descritos, como ser familias monoparentales, extranjeras, jóvenes, sin trabajo, con poco nivel formativo, con relaciones sociofamiliares muy débiles o inexistentes, que han sufrido algún tipo de maltrato o que tienen alguna enfermedad o adicción, lo que las convierten en un colectivo especialmente vulnerable<sup>(2, 5)</sup>.

Las personas en riesgo de exclusión social tienen mayores problemas para acceder a los sistemas sanitarios, circunstancia que provoca que muchas de sus necesidades no sean cubiertas, especialmente las relacionadas con problemas físicos y mentales<sup>(6)</sup>. Esta situación viene derivada de dificultades que pueden dividirse en dos tipos: barreras económicas y barreras no económicas. Dentro de las últimas se encuentran: la anteposición de prioridades más urgentes a la resolución de sus problemas de salud y el sentimiento de rechazo o marginación por parte de los profesionales sanitarios<sup>(6, 7, 8)</sup>.

Las madres solteras sin hogar son las que más problemas tienen para este acceso, y dentro de éstas las adolescentes, sobre todo debido a que temen que los profesionales las juzguen negativamente<sup>(6, 7)</sup>. Esta inaccesibilidad termina deteriorando su situación y su salud, prolongando su estado de exclusión e incluso pudiendo llegar a causar su muerte<sup>(6)</sup>.

La crisis económica en España ha aumentado aún más estos problemas, sobre todo al implantarse el Real Decreto-Ley 16/2012 por el que el acceso a la sanidad depende de la residencia en el país<sup>(9, 10)</sup>.

La atención a la salud constituye un derecho social básico y un factor importante en la prevención de la exclusión social, ya que ayuda a frenar el círculo vicioso que conduce a padecerla y que, entre otras causas, deriva tanto de una mala salud como del impacto económico que puede tener una enfermedad<sup>(11)</sup>.

Desde nuestra posición como fisioterapeutas nos preguntamos: ¿está la Fisioterapia promoviendo o evitando este problema de acceso a los servicios de salud?

En la bibliografía está recogido que, aunque no se puede decir que los fisioterapeutas tengan actitudes intolerantes con estos pacientes, en ocasiones les es difícil tratar con ellos y a veces se dejan llevar por los estereotipos, prejuzgándolos<sup>(12)</sup>. Parece que la barrera del lenguaje es la que hace que los fisioterapeutas tengan más problemas y se muestren menos dispuestos a atender a estas personas, pues, ante esta situación, el profesional llega a sentirse incómodo, causando de nuevo una mala atención y una disminución en la calidad del tratamiento. Todo ello aumenta las dificultades que tienen las personas en riesgo de exclusión para acceder a la Fisioterapia<sup>(12)</sup>.

Se evidencia así la necesidad de aumentar la concienciación de los fisioterapeutas sobre su papel como facilitadores del acceso a los servicios sanitarios con estos colectivos<sup>(6)</sup>. En este aspecto, la Fisioterapia aún está empezando a desarrollar las competencias culturales de sus profesionales<sup>(13)</sup>. Estas competencias se resumen en el reconocimiento de la importancia de la cultura en la vida de las personas, tener una actitud de respeto hacia las distintas perspectivas culturales y un deseo de reducir al mínimo las posibles consecuencias negativas de tales perspectivas culturales diversas<sup>(12,13)</sup>.

Una vez enmarcada la problemática debe recalarse que, aunque existe bibliografía sobre la exclusión que viven las madres en casas de acogida y también que explique las dificultades que tienen los fisioterapeutas a la hora de tratar con colectivos en riesgo de exclusión en general, no se han encontrado estudios que describan las relaciones entre los fisioterapeutas y este colectivo en particular.

Así pues, este estudio tiene como objetivos describir la situación y relación de un grupo de madres solteras sin hogar con la Fisioterapia, investigando el grado de conocimiento y creencias que tienen de esta disciplina, así como sus actitudes y expectativas sobre la misma; utilizar esta información como medio para resaltar si es necesaria una mayor implicación de la Fisioterapia y sus profesionales en dicha relación, y como guía de los cambios y mejoras que estos colectivos precisan y piden a

esta disciplina. Teniendo siempre como último fin la facilitación del acceso a los servicios de Fisioterapia a las madres solteras en riesgo de exclusión social.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Participantes y contextos

Una de las prioridades de este trabajo fue proteger la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de las participantes, por lo que todas recibieron información sobre el estudio, junto con un consentimiento informado que firmaron previamente a su participación.

### Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo observacional por ser el más adecuado para alcanzar los objetivos propuestos. Los pasos seguidos para su elaboración fueron:

- Para obtener los datos a analizar se utilizaron: por una parte, la escala SF-12 para determinar el estado de salud de las participantes y comprobar si coincidían con los estándares de la bibliografía encontrada sobre estos colectivos; y por otra parte, se desarrolló un cuestionario específico con unas preguntas sobre los conocimientos, expectativas, actitudes, creencias y experiencias de las madres en riesgo de exclusión en relación con la Fisioterapia, con el fin de obtener la información necesaria para objetivar la relación de la Fisioterapia con las mujeres que participaron en el estudio.
- Una vez preparados los instrumentos de recogida de información se pasó a establecer el contacto con la muestra mediante una reunión a la que asistieron 8 madres en riesgo de exclusión social.
- Para asegurar que todas las madres entendían las preguntas y sus diferentes apartados, se contó con la colaboración de voluntarios instruidos previamente, que eran alumnos de la asignatura Actividades Solidarias en Fisioterapia impartida en la Universidad de Alcalá.

### Técnicas de recogida de información utilizadas

**SF-12.** Este cuestionario es la versión reducida del SF-36 a 12 preguntas: 1 sobre salud en general, 2 sobre función física, 2 de rol físico, 2 sobre salud mental, 1 acerca del dolor corporal, 3 sobre salud emocional/vitalidad y 1 sobre función social. Esta forma corta del cuestionario permite realizar un cálculo global, pero no la medición de los distintos aspectos de la salud. Su mayor ventaja es que es más rápido de completar y que se adapta mejor al nivel cultural esperado del colectivo, pero su potencia es menor<sup>(14)</sup>.

**Cuestiones específicas para el estudio.** Para la elección del otro medio de recogida de información, en primer lugar se comprobó la existencia de escalas de medición o cuestionarios que mostraran la relación de la Fisioterapia con colectivos en riesgo de exclusión. No se encontró ninguno, por lo que surgió la necesidad de elaborar una serie de cuestiones en las que se preguntara sobre los conocimientos, expectativas, experiencias, actitudes y creencias acerca de la Fisioterapia, como método para objetivar la relación entre ésta y el encuestado (véase Anexo).

El propósito de este estudio no fue la creación y validación de un cuestionario como tal, sino la elaboración de un instrumento con el que poder alcanzar los objetivos descritos. Por ello, no hemos considerado necesario llevar a cabo realizar su validación, la prueba piloto y la evaluación de las propiedades métricas de la escala<sup>(15)</sup>.

En cuanto a la elaboración del instrumento, el proceso de formación de los constructos y los ítems se realizó de forma coordinada con otros dos fisioterapeutas que también estaban estudiando los mismos aspectos de la Fisioterapia en relación con otros colectivos en riesgo de exclusión social (presidarios y multidiscapacitados) y con un grupo de expertas formado por 3 Doctoras en Fisioterapia profesoras de la asignatura Actividades Solidarias en Fisioterapia.

El cuestionario tenía una parte general, que sería válida para los distintos grupos en riesgo, y una específica distinta para cada uno de esos grupos.

Basándose en la bibliografía, los 3 fisioterapeutas diseñaron una serie de cuestiones agrupadas en dimensiones e ítems. Una vez redactado este primer borrador,

revisaron las dimensiones de forma conjunta y consensuaron una parte común y una específica para cada colectivo. Así cada uno redactó el segundo borrador de su cuestionario. Posteriormente, el grupo de expertas revisó estas dimensiones e hizo propuestas de mejora para aumentar la calidad del instrumento. Con estas directrices, se pudo redactar un tercer borrador que las expertas revisaron de nuevo. Tras este proceso se pudieron redactar las cuestiones finales.

Así se creó un cuestionario del tipo autocumplimentado y multidimensional, formado por 6 constructos y con respuestas de tipo dicotómicas, policotómicas y de respuesta libre, dividido en una parte general (apartado de conocimientos, experiencias, creencias, actitudes y expectativas) y uno específico para nuestro colectivo.

### Estrategia de análisis de los datos

En las preguntas con respuestas de tipo politómica o dicotómica se calculó el número de mujeres que optaban por cada una de las opciones dadas y después se expresaron los resultados en forma de frecuencias relativas.

Se tuvo que crear una estrategia para estandarizar los resultados obtenidos a través de las preguntas con respuestas del tipo abierta: que consistió en cebar las contestaciones aportadas, agrupándolas según cuáles eran sus ideas principales. Es decir, se leyeron cada una de las opiniones dadas y se organizaron teniendo en cuenta la similitud de sus contenidos. De esta forma, se pudieron calcular el número de mujeres que habían dado una respuesta con una opinión igual o similar y después pasar estos datos a frecuencias relativas.

## RESULTADOS

### Características basales de la muestra

En la parte general de las cuestiones específicas para el estudio se incluyen unas preguntas con las que se pretende comprobar si las características basales de los participantes se corresponden con las descritas por la bibliografía.

En nuestro caso, como ya hemos comentado, la muestra está formada por 8 madres. El 50 % de ellas tiene un único hijo, dos tienen 2 hijos, una 3 y, finalmente, una tiene 8 hijos. Solo en el 37 % de los casos estos hijos no dependen de ellas. Además, todas las mujeres afirman ser solteras, salvo una que dice tener una pareja de hecho. Por tanto, todas salvo una forman familias monoparentales.

En cuanto al país de procedencia, sólo una de ellas es natural de España y el resto son extranjeras, procedentes del Continente Africano y de Latinoamérica. Además, sólo 4 tienen como lengua materna el español, y el resto tienen otros idiomas (el portugués, el árabe y el inglés).

Por otro lado, la media de edad de estas mujeres es baja, de 33 años, habiendo nacido la más joven en 1994 y la mayor en 1969.

En cuanto a la situación laboral: 3 de ellas estaban en paro antes de entrar en la casa de acogida; otras 3 trabajaban de forma autónoma; y finalmente, una pertenecía a los asalariados del sector público (aunque afirmaba estar también en paro) y una de ellas era estudiante.

Por último, el nivel formativo de las mujeres que participaron en el estudio va desde los estudios universitarios a los estudios primarios, habiendo también mujeres con un nivel de enseñanza general secundaria y de enseñanzas profesionales superiores, si bien el porcentaje de mujeres con un nivel formativo bajo es mayor, un 63 %.

Observando los resultados se comprueba que cumplen con las características descritas en la bibliografía como típicas de madres en exclusión social: se trata de familias monoparentales, extranjeras, jóvenes, sin trabajo, con poco nivel formativo, con redes familiares y sociales escasas y sin hogar<sup>4, 6)</sup>.

## Resultados de los instrumentos de recogida de datos

### SF-12

Este grupo de mujeres considera que su salud física está en cierta medida mejor que su salud emocional. Los porcentajes obtenidos fueron: 69,29 % en la salud física y 66,63 % en salud emocional. La diferencia entre los dos valores es del 7,89 %, siendo las diferencias entre las

puntuaciones más altas y las más bajas, en ambos casos, muy parecidas (de 21,28 puntos en la salud física y de 23,40 en la emocional) lo cual muestra la homogeneidad de los resultados.

### Cuestionario específico para el estudio

#### Conocimientos sobre la Fisioterapia

En este apartado las respuestas se pueden subdividir en tres grupos (figura 1):



FIGURA 1. Apartado de Conocimientos sobre la finalidad de la Fisioterapia.

- Conocimientos incompletos (el 13%): son aquellas madres que afirman que la Fisioterapia tiene como objetivo el tratamiento de los distintos tejidos del organismo refiriéndose exclusivamente a músculos, huesos y tendones.
- Conocimientos erróneo de la Fisioterapia: identifican a los fisioterapeutas con los masajistas y entienden que sus funciones y objetivos son solo ayudar a disminuir las tensiones y mejorar el estado de relajación de los pacientes (el 37%); otras ideas más ambiguas e inespecíficas que demuestran su desconocimiento completo (el 50%).

Además, el 57 % de las madres no sabrían nunca con seguridad cuándo acudir a un fisioterapeuta y el 14 % solo a veces.

Todo esto demuestra que hay un desconocimiento generalizado por parte de este grupo con respecto a la Fisioterapia.

#### Experiencias sobre la Fisioterapia

De las 8 madres sólo 3 (el 37 %) han tenido experiencias directas con la Fisioterapia. En cuanto a la valoración de la experiencia: una de las madres no contestó a la pregunta, otra la califica de muy positiva y la otra de negativa.

Por otro lado, el 100 % de las madres piensan que la Fisioterapia actúa en el entorno y que el aspecto en el que más influye es en el estado físico. Sólo el 12 % piensa que influye en el estado emocional y a nivel social.

#### Creencias en relación a la Fisioterapia

Las respuestas dadas por las madres muestran que en general éstas creen que es importante (figura 2):

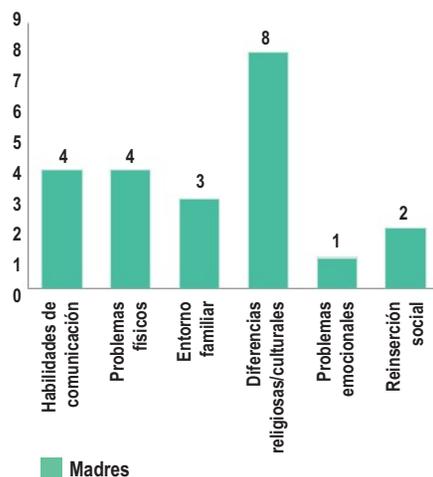


FIGURA 2. Resultados del apartado Creencias sobre la Fisioterapia.

- En el 50 % de las encuestadas, que el fisioterapeuta tenga unas buenas habilidades sociales y de comunicación. Que hable de forma clara y sencilla y que se muestre como un profesional seguro de sí mismo y de confianza.
- En el 50 %, que se ocupe solo de tratar los problemas físicos.
- El 25 %, que tenga en cuenta al entorno familiar del paciente durante el tratamiento.
- Y el 100 % que no tenga en cuenta las diferencias de cultura y religión entre él y sus pacientes de forma negativa.

Y por el contrario, consideran que el fisioterapeuta no debería implicarse en los problemas emocionales de sus pacientes y que no debería contribuir a la reinserción social.

Por otro lado, el 75 % de las encuestadas considera que no es necesaria una mayor intervención por parte de la Fisioterapia en su caso.

#### Actitudes en relación a la Fisioterapia

Los resultados obtenidos muestran que las madres sujetos de nuestro estudio, tienen una mayor disposición a la hora de compartir con el fisioterapeuta problemas o cuestiones de salud (el 62,5 % de ellas contestaron afirmativamente) que emocionales (sólo el 37,5 % contestaron afirmativamente).

#### Expectativas con la Fisioterapia

Los niveles de las expectativas de las madres con respecto a la Fisioterapia, representados en la figura 3, son debidos a que la mayoría no sabe en realidad en qué podría ayudarlas un tratamiento, ni qué podrían esperar de él. Resultado de ello es que lo único que han mostrado tener como expectativa muchas de estas mujeres (el 50 %) es que, sea cual sea el tratamiento, esté bien hecho.

Todo esto concuerda con el desconocimiento que tienen sobre la Fisioterapia y refuerza los resultados obtenidos anteriormente.

#### Apartado específico para las madres en casas de acogida

En la pregunta sobre el respeto de la cultura durante el tratamiento de Fisioterapia las respuestas fueron: en el

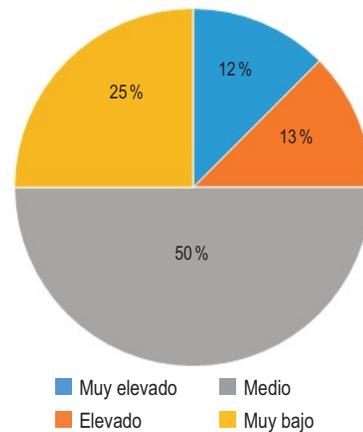


FIGURA 3. Nivel de expectativas con respecto al tratamiento de Fisioterapia.

62 % de los casos su cultura es respetada; en el 25 % sólo alguna vez no ha sido respetada; en el 12 % restante muy de vez en cuando no ha sido respetada.

En la pregunta sobre la reacción de las madres si su fisioterapeuta fuese un hombre, las respuestas dadas fueron: el 63 % no tendrían problema en que fuese un hombre; el 25 % lo aceptarían si no hubiera otra opción; y sólo el 12 % no querría ser tratada por un hombre.

Por último, en la pregunta sobre si tendrían problemas en quitarse la ropa si el tratamiento lo requiriese, las respuestas fueron: únicamente el 25 % de ellas no se desnudarían, el otro 75 % no tendría problema.

## DISCUSIÓN

En la actualidad, hay pocos estudios en los que se investigue los conocimientos y la relación de la población con la Fisioterapia, pero los que hay coinciden en que son muy escasos y que es necesaria una mayor difusión de la disciplina<sup>(16, 17)</sup>. Sobre todo, esta falta de conocimientos afecta a la población inmigrante ya que en sus países de procedencia la Fisioterapia es una profesión muy nueva<sup>(10, 11, 18)</sup>.

En el presente estudio se ha pretendido investigar estos aspectos, pero en una parte de la población muy concreta formada por las madres en casas de acogida. Este es un colectivo muy vulnerable a la exclusión social que hasta ahora no ha sido sujeto de muchos estudios.

Antes de nada, se debe resaltar el hecho de que la muestra poblacional a la que se ha tenido acceso en este estudio es muy pequeña, sólo 8 madres, y por ello los resultados obtenidos no pueden generalizarse al resto de este colectivo social.

Los datos obtenidos en el Cuestionario Específico para el Estudio muestran que estas mujeres tienen las características encontradas en la bibliografía como propias de mujeres en riesgo de exclusión<sup>(2, 4, 6)</sup>: todas ellas son madres con al menos un hijo y solteras; tienen dificultades económicas y además están en paro; la mayoría, el 63 %, tiene un nivel formativo bajo; ninguna de ellas tiene una vivienda propia; todas menos una son extranjeras y no llevan mucho tiempo en España haciendo que sus redes sociofamiliares sean escasas; y un 50 % de ellas no habla bien español.

Sin embargo, no cumplen con uno de los factores típicos de la exclusión social: un mal estado de salud física y/o mental<sup>(2, 5)</sup>. De hecho, consideran que su estado de salud general es bueno (podría ser debido a que todas residen en una casa de acogida y no se ven obligadas a hacer su vida en la calle). Aunque, a la hora de diferenciar entre su estado de salud física y emocional, reflejan que emocionalmente se encuentran peor. Este dato concuerda con la bibliografía, que afirma que suelen tener un estado de ánimo bajo y mucho estrés<sup>(5, 19)</sup>.

La dificultad para acceder a los servicios sanitarios de este colectivo repercute de forma directa en la relación entre estas mujeres y la Fisioterapia, y tiene una influencia decisiva en los resultados observados en el Cuestionario Específico para el Estudio:

Con este cuestionario queda patente, que el grado de conocimientos que tienen las madres de nuestro grupo sobre la disciplina es muy bajo. De hecho, la mayoría de ellas o tienen una idea equivocada, identificando a la Fisioterapia únicamente con técnicas para conseguir un mayor estado de relajación y disminuir su estrés y a los fisioterapeutas con masajistas; o no sabe absolutamente nada sobre ninguno de los dos. Además, el 57 %

no sabe con seguridad cuándo acudir a un fisioterapeuta. Por ello, consideramos necesario aumentar el nivel de difusión de la Fisioterapia<sup>(16-18, 20)</sup>.

A pesar de ello, hay una pequeña proporción de mujeres que tienen ciertos conocimientos sobre el tema: afirman que la Fisioterapia tiene como objetivo el tratamiento de distintos tejidos del organismo, y que los fisioterapeutas son profesionales de la salud que trabajan con sus manos y con aparatos de electroterapia, para ayudar a todo tipo de personas a recuperar su capacidad para moverse de forma funcional y para aliviar sus dolores.

Estos conocimientos son sólo en parte correctos, ya que la Fisioterapia ofrece servicios a individuos y poblaciones para desarrollar, mantener y restaurar el máximo movimiento y capacidad funcional durante la vida. Se ocupa de identificar y maximizar la calidad de vida y el potencial de movimiento dentro de los ámbitos de promoción, prevención y tratamiento, abarcando las esferas física, psicológica, emocional y social de cada paciente. Además, implica la interacción entre el profesional, los pacientes, otros profesionales de la salud, las familias, los cuidadores y las comunidades<sup>(21)</sup>.

Es importante destacar que las mujeres con un mayor conocimiento eran aquellas que habían tenido un contacto directo o indirecto con la disciplina. Pero al mismo tiempo, el estudio demuestra que un 67% de ellas no habían recibido nunca tratamiento de Fisioterapia ni tampoco nadie de su entorno social y familiar. Esto concuerda con la bibliografía, que afirma que los inmigrantes (grupo al que pertenecen la mayoría de las participantes) suelen tener un gran desconocimiento sobre los servicios de salud ofertados, utilizando los servicios de urgencias demasiado y muy poco los especializados<sup>(10)</sup>.

Se hace visible la importancia de que la Fisioterapia actúe en todos los sectores de población por igual, promoviendo los valores de igualdad y equidad ante los diversos grupos de personas, como se defiende en el Código Deontológico de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid<sup>(22)</sup>.

Por otra parte, aquellas mujeres que habían recibido tratamiento, afirmaron que los aspectos en los que más influyó el fisioterapeuta en su vida fueron en su entorno sociofamiliar y en su estado de salud físico, corroborando

el hecho de que los fisioterapeutas deben tener en cuenta todos los factores que concurren en el paciente<sup>(20)</sup>.

También es interesante observar que el 25 % de estas madres califican su experiencia con la Fisioterapia como mala aunque no explican por qué.

En cuanto a sus creencias, se ha encontrado que consideran importante que el fisioterapeuta hable de forma clara y sencilla y que se muestre como un profesional de confianza y seguro de sí mismo. Esto concuerda con estudios realizados con todo tipo de grupos poblacionales, que afirman que la comunicación es la clave para proporcionar una asistencia satisfactoria destacando de ella la claridad y la calidad<sup>(23)</sup>.

Piensen también que el fisioterapeuta sólo debería ocuparse de tratar los problemas físicos de los pacientes, sin inmiscuirse en sus asuntos emocionales. Sin embargo, demandan que se tenga en cuenta a su familia durante el tratamiento. En este sentido, hay artículos que respaldan la necesidad de que los fisioterapeutas trabajen teniendo en cuenta los objetivos y necesidades de las familias<sup>(24)</sup>.

Resulta interesante el hecho de que estas mujeres opinan que el fisioterapeuta no debería ayudarlas en la reinserción social, recalcando su deseo de que sólo se ocupe de sus problemas físicos. Esto puede ser debido a que desconocen cómo podría colaborar en su reinserción un fisioterapeuta, demostrando de nuevo el escaso contacto que tienen con ellos.

Respecto a si se deben tener en cuenta o no las diferencias culturales y religiosas durante los tratamientos, parece que las madres prefieren que no se tengan en cuenta de forma negativa y un 25 % piensa que actualmente sí que se hace. Esto coincide con la información de la bibliografía que afirmaba que muchas veces el personal sanitario juzga y discrimina a estos colectivos dificultando su acceso a los servicios sanitarios<sup>(12)</sup>. Deben mejorarse las competencias culturales de los fisioterapeutas<sup>(9)</sup>.

Por otra parte, en este caso y en contra de la bibliografía<sup>(18)</sup>, solo una de las mujeres afirmó que no se desnudaría para realizar el tratamiento de Fisioterapia y que no se dejaría tratar por un hombre, además esta mujer era de origen español. Esto puede deberse a que hoy en día las culturas mantienen un mayor contacto entre sí gracias al fenómeno de globalización dando lugar a la eliminación de barreras y prejuicios.

Finalmente, el 75 % considera que no es necesaria una mayor intervención por parte de la Fisioterapia en su caso. De hecho, en la mayoría de las ocasiones no consiguen imaginar en qué aspectos podría ayudarles la Fisioterapia ni a ellas ni a su entorno. Esto resalta la importancia de las campañas de sensibilización para promover y dar a conocer la Fisioterapia<sup>(16-18,20)</sup>.

Todas las respuestas muestran una serie de necesidades que estas madres reclaman a los fisioterapeutas y a la Fisioterapia y que se deberían tener en cuenta para mejorar la relación entre la disciplina y el colectivo.

#### Limitaciones del estudio

La muestra del estudio es pequeña por lo que los resultados obtenidos no se pueden tomar como referencia para todo el colectivo de madres en riesgo de exclusión social.

Por otra parte, el instrumento sobre Cuestiones Específicas para el Estudio no ha sido creado mediante un proceso de diseño y validación de cuestionarios o escalas<sup>(15)</sup> aunque se han seguido unos criterios de calidad apropiados para un instrumento de recogida de datos. Esta era una limitación que se conocía desde el principio y por ello se tomaron las medidas comentadas anteriormente.

Otras limitaciones previstas fueron los sesgos propios de los cuestionarios<sup>(15)</sup>: el error lógico, el sesgo de aprendizaje o de proximidad, la deseabilidad social y la posibilidad de que algunas preguntas no se entendieran correctamente y de esta forma se contestasen erróneamente.

#### CONCLUSIONES

Las madres solteras en esta casa de acogida tienen escasos conocimientos sobre la Fisioterapia y el contacto que han tenido con ella es casi nulo. Esto provoca que tengan creencias erróneas sobre esta profesión y que sus expectativas sean confusas o inexistentes en algunos casos. Además, con sus respuestas, muestran su necesidad de que la Fisioterapia y los fi-

sioterapeutas sigan desarrollando sus competencias culturales y comunicativas y su nivel de concienciación social.

Los resultados obtenidos no son generalizables para el colectivo completo, dado que la muestra del estudio es sólo de 8 madres, pero consideramos que pueden servir para proporcionar un acercamiento al conocimiento del problema y ofrecer unas bases a partir de las cuales se puedan realizar estudios más consistentes, que puedan demostrar, si es el caso, la necesidad de una mayor actuación de la Fisioterapia, y señalar qué cambios y mejoras deben hacerse con el fin de facilitar el acceso a este servicio sanitario. Mientras tanto, creemos que uno de los primeros pasos podría ser organizar campañas de sensibilización mediante charlas informativas o conferencias.

#### RESPONSABILIDADES ÉTICAS

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que han cumplido las normas de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y que no se ha realizado experimento alguno con humanos.

**Confidencialidad y consentimiento onformado.** Los autores declaran que todos los sujetos incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

**Privacidad.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de los sujetos de estudio.

**Financiación.** Los autores declaran que no han recibido ningún tipo de financiación para este trabajo.

**Conflictos de interés.** Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

**Autoría.** Los autores declaran que han contribuido directamente al contenido intelectual de este manuscrito, a la génesis y análisis de sus datos, y a la revisión final del mismo,