

Analisis cualitativo de la motivation del paciente tras sufrir un AVC. A proposito de un caso clinico

A. M. Heredia Rizo. *Fisioterapeuta. Satakunta Polytechnic. Pori. Finlandia. 2004.*

D. Heredia Rizo. *Licenciado en Medicina. Centro de Salud de Ubeda (Jain).*

RESUMEN

La motivacion es un elemento que juega un papel fundamental en el tratamiento de rehabilitacion fisica. Este concepto debe ser entendido como compuesto por factores internos al propio individuo, pero influenciado tambien por elementos externos a el. Aspectos como el nivel de participacion activa del paciente en todo el proceso repercutiran en su mayor o menor motivacion hacia el mismo. Tras sufrir un AVC, muchos pacientes carecen de independencia propia y necesitan de la ayuda de otros. El papel del entorno del afectado (profesionales y familia o más cercanos) es esencial en esta nueva configuration de sus vidas. Como material y metodo, se han realizado entrevistas personales a un paciente con AVC, a su mujer y a dos profesionales, fisioterapeuta y medico rehabilitador, responsables de su programa de rehabilitacion fisica. Respecto a los resultados, aparecen conflictos y discrepancias en lo referente a categorizar al paciente como motivado o no. Una de las principales razones fue el diferente comportamiento mostrado por este en la sesion de rehabilitacion fisica y durante el resto del dia. Todos los entrevistados afirmaron tener cierto grado de responsabilidad en motivar al paciente, aunque valoraron la misma de forma diversa. El papel de la familia resulto ser vital a la vez que muy estresante para la esposa. Asi, un mayor grado de comunicacion entre profesionales y la inclusion del afectado como parte activa del proceso parecen esenciales. Del mismo modo, es necesario el desarrollo de programas de soporte a la familia. En definitiva, «cuidar del cuidador».

Palabras clave: AVC, caso clinico, entorno, entrevistas, motivacion.

ABSTRACT

Motivation is an element that plays an essential role in the physical rehabilitation treatment. This term has to be understood as integrated by internal factors of the person, but also as influenced by external elements. Aspects such as patient's active level of participation in the whole process will have an effect on the patient's higher or lower motivation towards the procedure. After a stroke, many patients lack independence and need of the other's help. The role of patient's environment (professionals and family or the closest) is essential in this new scenario of their lives. About subject and methods, personal interviews to a person with a stroke, to his wife and two professionals, physiotherapist and physician, responsible of his physical rehabilitation program were carried out. About results, conflicts and disagreements emerged concerning the categorization of the patient as motivated or not. One of the main reasons was the different behaviour that the patient showed

in the treatment session and during the rest of the day. All the interviewees stated that they had a certain degree of responsibility motivating the patient, although this responsibility was hierarchized in different ways. The role of the family was vital though strenuous for the patient's wife. Then, a better level of communication between professionals and the inclusion of the patient as an active part of the process are key elements. Moreover, it is needed the development of programs to support the family. In conclusion, to take care of the «caregiver».

Keywords: CVA. Case study. Environment. Interviews. Motivation.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los profesionales de la salud coinciden en destacar el papel jugado por la motivación en todo proceso de rehabilitación física tras padecer una enfermedad. Involucrar al paciente es una de las tareas más importantes, pero a la vez más complejas de lograr. La Organización Mundial de la Salud [1] define la motivación como «las funciones mentales que generan los incentivos para actuar; el impulso consciente o inconsciente para la acción». Después de un AVC, los pacientes deben reaprender actividades funcionalmente imprescindibles para su vida diaria.

Arthur Maslow, conocido como el padre de la psicología humanista, desarrolló una teoría basada en la jerarquización de nuestras necesidades. Tan solo cuando las necesidades básicas, como el hambre y la sed, son saciadas, el ser humano trata de alcanzar nuevas metas. La falta de independencia es una consecuencia normal después de un AVC. *Maslow* [2] sitúa la independencia como una necesidad básica si la consideramos en el mismo espectro que necesidades como la estabilidad y seguridad. Por tanto, el paciente debe estar motivado para lograr satisfacer lo que ahora es un objetivo básico para él. La motivación puede ser entendida como una característica interna de la persona o como susceptible de

ser afectada igualmente por factores externos al individuo. Acorde con un estudio desarrollado en 2000 por *Mac Lean and Pound* [3] el enfoque que analiza la motivación como que está compuesta conjuntamente por aspectos internos y externos a la persona es el más adecuado.

Las enfermedades cerebrovasculares representan la segunda mayor causa de «carga por enfermedad» expresada en DALYs acorde con la OMS en su Informe de la Salud en Europa del año 2002. Dichas enfermedades suponen una cifra de 10.4 millones de DALYs lo que representa un 6,8% del total [4]. Los DALYs expresan «años de vida perdida debido a muerte prematura o años vividos con una discapacidad de específica severidad y duración». En consecuencia, los AVC suponen un gasto económico de gran relevancia no solo por los costes directamente relacionados con el tratamiento sino igualmente por los costes indirectos derivados de la falta de productividad de los afectados.

Tras sufrir una lesión cerebral, hay ciertas áreas del cerebro responsables del control de la motivación que pueden verse afectadas. Estudiar un concepto como la motivación en pacientes con una potencial afectación de la misma debido al daño cerebral, resulta especialmente retador e interesante. *Guyton* [5] remarca que la motivación de un individuo

esta enteramente controlada por el sistema límbico desde un punto de vista neurofisiológico. Numerosos estudios han establecido en la misma medida una relación entre bajo nivel de motivación y afecciones de la zona frontal del cerebro, incluso sin necesidad de lesión cerebrovascular, como expusieron *Hazif-Thomas* y cols. [6] en un trabajo con población de la tercera edad. El presente artículo, no obstante, está enfocado a un caso clínico individual y por tanto, los resultados serán solo válidos para el sujeto específico en las concretas circunstancias de su proceso de rehabilitación. El papel que juega la familia es vital y por ello el punto de vista de los más próximos al paciente será incluido.

El nivel de participación, activo o no, del paciente en todo el proceso repercutirá en lo motivado que esté. Cuanto más sienta la persona que es parte activa del tratamiento, más motivada estará a colaborar, como sugieren numerosos estudios, entre ellos los presentados por *Sorensen* y cols. [7] y *Holmqvist and von Koch* [8]. El nivel de información proporcionado por los profesionales, la inclusión del paciente en la discusión sobre los objetivos del tratamiento y una mayor involucración de la familia son ressaltados como elementos favorecedores de un mayor nivel de motivación. La información acerca de la enfermedad y la rehabilitación debe ser facilitada desde el primer momento a paciente y familiares. Un bajo nivel de información conllevará un bajo nivel motivacional pues el paciente no se verá implicado en el proceso.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio ha sido considerado desde una perspectiva cualitativa. El concepto de motivación puede ser tan ampliamente definido y percibido que este enfoque fue entendido

como el más idóneo. Tai y como *Denzin and Lincoln* (2000, 8) [9] mencionaron, los estudios cualitativos intentan lograr una conexión cercana entre el investigador y el sujeto de estudio. En definitiva, logran expresar «como la experiencia social es creada y adquiere un sentido». El proyecto fue llevado a cabo como parte del desarrollo de una «*bachelor's thesis*» en el Politécnico de Satakunta en Pori (Finlandia). Entrevistas personales fueron realizadas en España a un paciente con AVC, a su esposa y a los profesionales (fisioterapeuta y médico rehabilitador) que lo asistían durante el mes de Agosto de 2004. Dichas entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas. Ambos investigadores llevaron a cabo transcripciones por separado de las entrevistas que fueron posteriormente comparadas y evaluadas para evitar posibles BIAS.

Los factores más relevantes acorde con la literatura revisada, como el grado de involucración del paciente, los posibles aspectos que influyen su motivación y el papel del entorno fueron los principales temas tratados. La estructura de la entrevista permaneció similar en todos los casos, si bien cierta flexibilidad fue permitida para una mayor adaptación a las respuestas. La tabla I representa los principales temas objeto de estudio. El estudio de un caso clínico individual es una manera de estructurar los estudios cualitativos para obtener una perspectiva profunda de un individuo concreto, según puntualiza *Domholdt* [10] (tabla 1).

Es igualmente importante no olvidar que el principal objetivo cuando se seleccionan pacientes para estudios cualitativos es obtener «casos ricos en información», en palabras de *Grbich* (1999, 69) [11], así que el proceso de randomización no es siempre necesario. No obstante, fueron establecidos ciertos criterios de elegibilidad a la hora de

TABLA 1. Esquema de las entrevistas

¿Que factores considers que pueden afectar los resultados de la rehabilitación física después de sufrir un AVC?
¿Cuales considers que son los objetivos del paciente en referencia al proceso de rehabilitación?
¿Que aspectos pueden afectar el comportamiento del paciente?
¿En qué medida considers que es capaz de influenciar/afectar el comportamiento del paciente?

seleccionar al sujeto de estudio. En primer lugar, el AVC no podía haber sido conceptualizado como severo, pues el paciente podría presentar desordenes cognitivos que le hicieran imposible participar en las entrevistas. En segundo lugar, el AVC debía haber sido sufrido como máximo un año antes de la selección para el proyecto pues el primer año es siempre considerado vital a la hora de determinar la futura evolución del paciente. Y por último, el sujeto no debería haber sido diagnosticado como depresivo, principalmente porque la depresión tiene un impacto enorme en el comportamiento de la persona que la sufre y consecuentemente afectará su motivación. Como establecen *Fehnel* y cols. [12] los pacientes depresivos muestran una baja motivación y energía.

El proceso usado para evaluar las entrevistas es conocido como «comparación constante» (*constant comparison*). Se trata de codificar respuestas similares en la misma categoría de forma que a la postre es posible comparar categorías entre sí. Además, debido a que nuevas categorías son creadas, nuevas relaciones entre las mismas aparecen como más razonables (*Goetz and LeCompte*, 58) [13],

Sujeto de estudio

El paciente seleccionado para el estudio

fue un varón de 57 años de edad, casado y con dos hijas. En Septiembre de 2003 sufrió un AVC que fue diagnosticado como «ictus isquémico en el territorio de la arteria cerebral media derecha derivado de una obstrucción completa de la arteria carótida interna derecha». Hemiplejía izquierda con ausencia de actividad funcional en el miembro superior y deficiente reacción de soporte en el miembro inferior eran las principales secuelas físicas que presentaba. Su mujer tiene 51 años y ambos han estado casados durante 30 años. El nivel de educación de ambos es medio. El paciente recibía tratamiento ambulatorio tres veces por semana. Su fisioterapeuta, de 31 años, había trabajado en el hospital durante un par de años, mientras que el médico rehabilitador tenía 52 años de edad y comenzó a trabajar con pacientes neurológicos hace aproximadamente 25. En cuanto a la medicación, el paciente tomaba fundamentalmente fármacos para evitar posibles nuevas crisis (tegretol, lamictal, topamac y disgren).

RESULTADOS

Al estar basado en un caso clínico individual, los resultados no pueden generalizarse de modo alguno. Serán «dependientes del tiempo y del contexto» tal y como expuso *Domholdt* (2000, 155) [10]. Todos los entre-

vistados coincidieron en resaltar la relevancia de la motivación como factor que afecta la rehabilitación física. Si bien el paciente y su mujer mostraron esta opinión, pusieron un poco más de responsabilidad en los hombros de los profesionales en lo que se refiere a motivar al paciente, como será posteriormente discutido. En cuanto a los profesionales, el médico señaló el papel de la psiquiatría explicando la importancia del estímulo que el paciente tiene internamente y el que recibe del entorno. Etiquetar a un paciente como motivado o no puede afectar el comportamiento de los profesionales, como sugieren *Mac Lean* y cols. [14]. En esta línea parece encontrarse el fisioterapeuta que expresó: «Por supuesto, la motivación afecta. Aunque somos profesionales, también somos seres humanos así que reaccionamos a los estímulos que vienen del paciente». «Es mucho más fácil trabajar cuando te das cuenta de que el nivel de colaboración del paciente es alto. Por otro lado, todo se vuelve cuesta arriba si tratas a un paciente desmotivado».

La entrevista se centró igualmente en analizar si el paciente era considerado como parte activa del proceso y si las estrategias recogidas en la literatura para motivar al afectado eran tenidas o no en cuenta en este caso particular. Una clara discrepancia en lo que respecta al primero de los temas surgió de forma evidente. Mientras el propio paciente y el fisioterapeuta analizaban la situación de manera positiva; «Por supuesto que se siente (el paciente) parte activa de todo el proceso. Es más, es esencial que así sea», comentaba el fisioterapeuta. «Por supuesto, Rafael (el fisioterapeuta) es mi profesor y me trata a mí como alumno. Él intenta esforzarse para enseñarme a mí como alumno».

La esposa y el médico mostraron un punto de vista muy diferente. El médico se basaba

en aspectos como la edad del paciente y su nivel socio-cultural para defender su razonamiento y la mujer fundamentó su opinión en el comportamiento mostrado por su marido tras la sesión de fisioterapia. «Definitivamente, no... porque él ve que es algo que tiene que hacer cada dos días». «Lo hace como una obligación, creo yo», dijo su mujer. Y en palabras del médico. «Él piensa, de alguna manera, que hay mayor responsabilidad en los hombros de su familia y en los profesionales».

La rehabilitación física desempeña un papel esencial tras un AVC. Es, pues, importante que no solo los profesionales, pero en la misma medida el paciente y su entorno entiendan esta importancia. Como expresaron *Carry Shepherd* (1988, 33) [15], «Necesitamos querer hacer lo que estamos aprendiendo a hacer». Solo de esta forma el paciente puede estar motivado. En el presente estudio, el sujeto ilustró de forma muy expresiva el papel desempeñado por la fisioterapia en su opinión: Es lo mismo que un motor. Si no pones aceite, no puede funcionar correctamente. «Sería mucho peor para mí si la gimnasia que hago ahora parara de hacerla».

Su mujer consideró que el hecho de que hubo un cierto retraso al principio de comenzar con la fisioterapia era una de las causas que habían afectado más al retraso en la recuperación de su marido y mostró un claro culpable, a su entender, de esta situación. Esta falta de entendimiento entre familia y profesionales puede repercutir gravemente en todo el proceso [14],

«Al principio, el médico nos dijo: Señora, esto no es un milagro, vamos a darle un mes de tiempo para darselo, pero...». Numerosos estudios han remarcado la importancia de establecer objetivos relevantes para el paciente como estrategia muy útil para estimu-

larlo y lograr que sea colaborador (Szybek y cols. [16]; Bisell y cols. [17]). No parece existir un pensamiento uniforme en los entrevistados en cuanto a los objetivos que deben derivarse de la rehabilitación física de este paciente. Mientras el fisioterapeuta estableció como factor primordial el recuperar la marcha y en un segundo término el lograr que el paciente se relacionara más socialmente y mantuviera una vida activa, el médico rehabilitador no apreció posibles objetivos funcionales en el tratamiento. Debido al nivel de lesión y a la evolución mostrada durante 11 meses, él estimaba que era muy complejo conseguir logros funcionales. Por otro lado, el afectado y su mujer se mostraron muy pesimistas con respecto a una posible mejoría y a los objetivos que se planteaba el propio paciente. «Creo que sus objetivos son ninguno. Es simplemente algo que tiene que hacer y ya está», según la mujer. «Con mi enfermedad, objetivos, objetivos..., ninguno. No» «Estoy obligado a hacerlo porque es algo que me han asignado y ya está, pero como objetivos. Ninguno». El paciente aclaró que la terapia era una obligación para él en el sentido de mantener su cuerpo de forma que no se anquilosara en un futuro, deseo que fue compartido por su mujer como principal objetivo de la terapia física. El sujeto y su mujer se mostraron muy satisfechos con la información que tenían actualmente sobre todo el proceso, si bien esta situación no fue la misma en el principio, lo que ha provocado un cierto sentimiento de autoculpa en el paciente. «Estando en el hospital, si yo hubiera sabido que... el hecho de poner un poco más de mí, habría mejorado por mi mismo... pero lo ignoraba, así que me equivoqué y ahora me doy cuenta». Actualmente eso me sienta como una losa enorme.

Por último, serán analizados de forma individual los factores que el propio paciente y

su entorno entendieron como influenciadores del comportamiento del afectado. La mujer consideró que su marido carecía de suficiente motivación. La falta de fuerza interior para automotivarse y las secuelas derivadas de la lesión cerebral fueron apuntadas como causas. Según sus palabras, no hay mucho más que ella pueda hacer para motivar a su marido, así que consideraba el papel de los profesionales como fundamental para lograrlo. La principal razón para su argumento era la diferente actitud mostrada por su marido con ella y con el fisioterapeuta. «Una vez que termina su hora de gimnasia, se olvida de todo». Mientras, el fisioterapeuta hablaba de un paciente que, en su opinión, estaba altamente motivado ya que le dio un 8 de 10 en términos de motivación, cifra que la mujer situó en un 5 o incluso menos. El fisioterapeuta afirmó que la responsabilidad de estar motivado no recae solo en el propio paciente, sino que el como profesional tiene una cierta influencia, al igual que la familia. Pero fundamentalmente, señaló los resultados de la terapia como aspecto con más influencia en la motivación del paciente. Esta consideración coincide con lo ya expuesto por Davies [18] quien relaciona la motivación del afectado con la satisfacción derivada de los ejercicios.

En cuanto al médico rehabilitador, éste consideró el entorno del paciente (aquellos que pasan más tiempo en contacto con él) como el más esencial. Tampoco entendió la motivación como responsabilidad únicamente del paciente, si bien expresó que su papel se limitaba a dar consejos, fundamentalmente acerca de evitar hábitos de vida perjudiciales; así que, según sus palabras, solo en torno a un 25-30% su actitud puede modificar el comportamiento del paciente. Cuando fue preguntado sobre el mismo aspecto, el fisioterapeuta cifró su influencia

en un 60% aproximadamente. El propio paciente se autodefinió de manera negativa en términos de motivación. Familia y profesionales eran importantes para él, pero, sin embargo, señaló en primer lugar su propio comportamiento en orden de relevancia... «Yo sé que cuando el profesor viene tengo que mostrar todo mi interés, porque ese señor me está enseñando una gimnasia que yo no puedo hacer solo». «Por supuesto que mi comportamiento afecta. Si yo no muestro nada de interés, por qué motivo debería el profesor enseñarme. Eso es obvio». El fisioterapeuta enseña algo que la familia no puede darte, pero ellos son los que te dicen: tienes que comportarte bien.

CONCLUSIONES

El principal objetivo del estudio era conocer qué factores eran considerados como importantes a la hora de influenciar la motivación del paciente y analizar si distintos protagonistas de una misma historia ven la situación desde ángulos muy diferentes. Aunque las conclusiones solo serán referidas a este particular caso y no tienen ánimo de generalización, algunas de ellas han encontrado soporte en la literatura y pueden servir para entender otras situaciones en contextos parecidos.

La motivación no fue entendida por ninguno de los entrevistados desde una perspectiva individualista (dependiente del propio individuo) o social influenciada solo por factores externos. De hecho, todos coincidieron en incluir aspectos internos como el nivel de lesión, la fuerza interna del paciente y externos (los resultados de la terapia, papel del entorno) como elementos que afectan la motivación. Así y como proponen *Mac Lean and Pound* [3] ésta es la mejor

manera de enfocar este concepto para poder alcanzar una idea unificada del mismo.

El diferente nivel de motivación encontrado por fisioterapeuta y familiar puede ser explicado con el mismo argumento expuesto por *Belmont* y cols. [19] que sugirieron que la simple presencia del terapeuta puede actuar en el sentido de incrementar la motivación del paciente. Del mismo modo, la medicación que toma el afectado disminuye su capacidad para estar alerta. Por ello, la sesión de Fisioterapia supone un enorme esfuerzo para él que permanece «desconectado» siempre que carece de suficiente estimulación externa. Obviamente, es también cierto que la realidad experimentada por aquel que solo convive tres horas a la semana con el afectado es muy diferente de lo que experimenta su mujer, que pasa con él 24 horas al día, 7 días a la semana. Consecuentemente, la familia debe ser tenida en cuenta a la hora de planificar el proceso.

El nivel de información es uno de los aspectos que más pueden ayudar a implicar al familiar. Aunque actualmente la mujer y su marido estaban satisfechos en este sentido, mostraron un cierto disgusto por la situación en el principio. Es más, esta falta de información puede ser la responsable del sentimiento de culpa experimentado por el paciente. Cuando estaba en el hospital y veía que otros se recuperaban mucho mejor y más rápido que él, ignoraba por completo que distintas personas tienen diferentes lesiones vasculares, así que el proceso de recuperación difiere según los casos.

Se resalta siempre la importancia del denominado equipo multi o interdisciplinar. Pacientes con AVC necesitan de muchos profesionales que los apoyen y guíen, así que aunque complejo, es vital encontrar un consenso entre todos ellos, algo que no parece ocurrir en el presente caso. Un claro

ejemplo, es la muy diferente manera que fisioterapeuta y médico rehabilitador tienen de ver la evolución del paciente y los posibles objetivos de la rehabilitación física. Estos mensajes contradictorios repercuten en el individuo y sus más próximos que no saben qué camino y qué consejos seguir. Los resultados de este particular caso parecen coincidir con un proyecto llevado a cabo por *Bendz* en el año 2003 [20] quien concluyó que los profesionales olvidan que evitar el deterioro futuro es la mayor preocupación de los pacientes con AVC. El trabajo del fisioterapeuta fue entendido como importante, aunque parecía ser un agente externo y desconocedor de las preocupaciones de la familia. De alguna forma, el paciente había internalizado la idea de que la fisioterapia era positiva, más por las opiniones de otros, en especial su familia, que por su propia experiencia. En cuanto al médico, su nivel de influencia en el comportamiento del paciente es probablemente mucho mayor del que el estimo. Reuniones de los profesionales acerca de la evolución del paciente son necesarias para lograr el tan necesitado consenso.

La necesidad de cierto soporte familiar parece ser vital en este caso para disminuir lo que supone una responsabilidad estresante para una sola persona, su mujer. *Grant* y cols. [21] concuyeron que los profesionales de la salud deben desarrollar programas de apoyo para los cuidadores del afectado, de forma que se manejen mejor con las dificultades derivadas de la enfermedad. Por ejemplo, propusieron la «resolución de problemas por teléfono» como una herramienta muy útil tras el alta hospitalaria. Trabajadores sociales o voluntarios que ayuden a la mujer en las actividades de la vida diaria sería un apoyo muy positivo. *Carr and Shepherd* (1988, 258) [15] sugirieron la creación

de programas educativos para las familias ya que estos ayudan a disminuir el nivel de ansiedad y a alcanzar un mejor entendimiento de todo el proceso. En definitiva, «cuidar de los cuidadores» es un punto de discusión esencial en lo referente a AVC. Lo ya reflejado en la teoría debe acercarse cada vez más a la práctica diaria para poder hacer frente de manera más efectiva a lo que supone motivar al afectado y considerar su entorno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003) International Classification of Functioning, Disability and Health. (Web site) Disponible en <http://www.who.int/icidh> (Acceso 1/12/2003).
2. Maslow A. *Motivation and Personality*. New York: Harper Collins Publishers, 1987.
3. MacLean N. and Pound P. A critical review of the concept of patient motivation in the literature on physical rehabilitation. *Social Science & Medicine* 50: 495-506, 2000.
4. OMS (2002) The European Health Report 2002 (web site) Disponible en http://www.euro.who.int/europeanhealthreport/20020903_2 (Acceso 3/12/03) (Última actualización 24/1/2003).
5. Guyton A. *Textbook of Medical Physiology* (8th ed) Philadelphia: W.B Saunders Company, 1991.
6. Hazif-Thomas, C; Chantoin-Merlet, S; Thomas P; Bonneau V y Billon R. Loss of motivation and frontal dysfunctions in old patients. *Encephale*, 28 (6 Pt 1): 533-41, 2002.
7. Sorensen J., Rossel P. y Holm S. Patient-physician communication concerning participation in cancer chemotherapy trials. *British J Cancer*, 90 (2): 328-32, 2004.
8. Holmqvist LW y von Koch L. Environmental factors in stroke rehabilitation. *British Medical Journal*, 332(7301): 1501-2, 2001.

9. Denzin N. y Lincoln Y. Introduction. En Denzin, N y Lincoln, Y (eds) *Handbook of Qualitative Research*. California: Sage Publications, Inc, 2000.
10. Domholdt, E. *Physical Therapy Research. Principles and Applications* (2nd ed) Philadelphia (USA): W.B. Saunders Company, 2000.
11. Grbich C. *Qualitative Research in Health*. London: Sage Publications, 1999.
12. Fehnel, S.; Bann, C; Hogue S.; Kwong W y Mahajan S. The development and psychometric evaluation of the Motivation and Energy Inventory (MEI). *Qualitative Life Research* 13(7): 1321-36, 2004.
13. Goetz, JP. y LeCompte, M. Ethnographic research and the problem of data reduction. *Anthropology and Education Quarterly*, 12: 51-70, 1981.
14. Maclean, N; Pound, P; Wolfe, C y Rudd A. The Concept of Patient Motivation. A qualitative analysis of stroke professionals' attitudes. *Stroke*. 33: 444-8, 2002.
15. Carr J. y Shepherd R. *Neurological Rehabilitation. Optimizing motor performance*. Bath: Butterworth and Heinemann, 1998.
16. Szybek, K; Gard G. y Linden J. The physiotherapist-patient relationship: applying a psychotherapy model. *Physiotherapy Theory and Practice* 16(4): 181-193, 2000.
17. Bissell, P.; May, C. y Noyce P. From compliance to concordance: barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. *Social science & medicine*, 58(4): 851-62, 2004.
18. Davies, P. *Starting Again*. Berlin: Springer-Verlag, 1994.
19. Belmont, L; Benjamin, H.; Ambrose, J. y Restuccia R.D. Effect of cerebral damage on motivation in rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 50(9): 507-11, 1969.
20. Bendz M. The first year of rehabilitation after a stroke, from two perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3): 215-22, 2003.
21. Grant, J; Elliott, T; Weaver M; Bartolucci A y Giger J. Telephone Intervention with Family Caregivers of Stroke Survivors after Rehabilitation. *Stroke* 33: 2060-4, 2002.