Percepciones del tratamiento fisioterapéutico sobre la calidad de vida en pacientes con EPOC

Perceptions of physiotherapy treatment on quality of life in patients with COPD

Autoras:

- **Delia Arcos Aguilera** . Hospital Universitario Costa del Sol. Marbella. España.
- **Cristina Guerra Marmolejo** . Universidad de Málaga. Málaga. España.

Autora de correspondencia:

- **Delia Arcos Aguilera** **.** Hospital Universitario Costa del Sol. Marbella. España.
  Correo electrónico: deliaarcos95@gmail.com.

Recibido:

- 05/12/2025

Aceptado:

- 09/02/2026

Publicado:

- 24/11/2026

DOI:

- https://doi.org/10.51326/ec.9.7297624

Modo de referenciar el artículo:

- Arcos Aguilera D, Guerra Marmolejo C. Perceptions of physiotherapy treatment on quality of life in patients with COPD. Enferm Cuid. 2026;9. https://doi.org/10.51326/ec.9.7297624

Las obras se publican en esta revista bajo una licencia Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) que permite a terceros utilizar lo publicado siempre que mencionen la autoría del trabajo y a la primera publicación en esta revista.

Resumen

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es la tercera causa global de mortalidad y limita severamente la funcionalidad y la calidad de vida. La fisioterapia respiratoria es fundamental en su manejo; sin embargo, la investigación actual es predominantemente cuantitativa, dejando un vacío en la comprensión de las vivencias y percepciones cualitativas del paciente sobre este tratamiento. Este estudio tuvo como objetivo explorar las percepciones de los pacientes con EPOC del Hospital Costa del Sol sobre su tratamiento fisioterapéutico, analizando su influencia en la calidad de vida y en el desempeño de sus roles. Se empleó una metodología cualitativa con un enfoque fenomenológico hermenéutico. La población de estudio fueron pacientes con diagnóstico de EPOC, entre 45 y 70 años, con al menos un mes de tratamiento en el Hospital Universitario Costa del Sol. La técnica de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada individual. El análisis de los datos se realizó mediante la codificación y categorización de unidades de significado, utilizando el software Atlas.Ti (9.0), de donde se extrajeron temas principales y subtemas. El análisis permitió identificar seis categorías principales que reflejan las percepciones de los participantes: 1) Percepción general, 2) Beneficios percibidos, 3) Impacto en la calidad de vida, 4) Impacto en el desempeño de los roles, 5) Relación terapéutica y 6) Barreras percibidas. El estudio concluye que la fisioterapia en EPOC impacta positivamente y de manera significativa en la calidad de vida y en la capacidad de los pacientes para desempeñar sus roles diarios.

Palabras clave: Calidad de Vida; Desempeño de Rol; EPOC; Fisioterapia Respiratoria.

Abstract

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is the third leading cause of mortality globally and severely limits patients' functionality and quality of life. Respiratory physiotherapy is fundamental in its management; however, current research is predominantly quantitative, leaving a gap in understanding patients' qualitative experiences and perceptions of this treatment. This study aimed to explore the perceptions of COPD patients at Costa del Sol Hospital concerning their physiotherapy treatment, analyzing its influence on their quality of life and role performance. A qualitative methodology with a hermeneutic phenomenological approach was employed. The study population consisted of patients diagnosed with COPD, aged between 45 and 70, who had received at least one month of treatment at Costa del Sol University Hospital. Data were collected through individual semi-structured interviews. Data analysis was performed through the coding and categorization of units of meaning using the Atlas.Ti (9.0) software, from which main themes and subthemes were extracted. The analysis ultimately identified six main categories reflecting the participants' perceptions: 1) General Perception, 2) Perceived Benefits, 3) Impact on Quality of Life, 4) Impact on Role Performance, 5) Therapeutic Relationship, and 6) Perceived Barriers. The study concluded that physiotherapy for COPD significantly and positively impacts patients' quality of life and their ability to perform their daily roles.

Keywords: COPD; Quality of Life; Respiratory Physiotherapy; Role Performance.

Introducción

La fisioterapia respiratoria es fundamental en el manejo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), ya que contribuye significativamente a la mejora de la función pulmonar y a la reducción de la sintomatología, lo que repercute directamente en una mejor calidad de vida para los y las pacientes.

La EPOC representa una carga significativa para la salud global, posicionándose como la tercera causa de mortalidad a nivel mundial. Para el año 2030, aproximadamente 7,5 millones de personas fallecerán a causa de enfermedades relacionadas con el humo de tabaco, con una preocupante mayor afectación en la población joven. Se define por una limitación persistente y progresiva del flujo aéreo, siendo el tabaquismo su principal factor etiológico.[1-2] La disnea crónica y progresiva es el síntoma más característico y debilitante, reduciendo la capacidad de ejercicio y afectando de manera considerable a su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Los principales cuestionarios específicos de la EPOC que miden la CVRS relacionada con la salud son el Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) y el Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ). Más recientemente ha sido incorporado el COPD Assesment Test (CAT).[3]

La EPOC impacta progresivamente la funcionalidad y el desempeño del rol personal. La disnea, inicialmente por esfuerzo, genera una limitación sustancial del estilo de vida y altera profundamente el rol (familiar, social, laboral). Esta modificación crítica se evidencia en el cambio hacia roles de dependencia, causando frustración, culpa y pérdida de autonomía. La baja percepción de la autoeficacia alimenta un círculo vicioso de inactividad y aislamiento, que exacerba la ansiedad y la depresión, promoviendo el sedentarismo.[4-6] Esta compleja realidad clínica ha motivado una expansión de la investigación en los últimos años para cuantificar los efectos de la enfermedad y de diversos procedimientos terapéuticos, incluida la fisioterapia.[7-10]

El manejo de la EPOC va más allá del tratamiento farmacológico (corticoides, broncodilatadores). La terapia no farmacológica es un pilar esencial, donde la Rehabilitación Pulmonar (RP) destaca por su impacto positivo, mejorando significativamente la capacidad de ejercicio, el estado de salud y la disnea en pacientes estables.[11-12] La Sociedad Torácica Americana (ATS) y la Sociedad Respiratoria Europea (ERS) definen la RP como un tratamiento individualizado basado en una evaluación integral para optimizar el estado físico y mental de pacientes crónicos. Sus programas deben integrar evaluación, educación, ejercicio, fisioterapia, nutrición y soporte psicosocial.[12]

El Entrenamiento al Ejercicio constituye el pilar fundamental de la RP, orientado a optimizar la tolerancia al esfuerzo y la fuerza muscular. Complementariamente, el Tratamiento Fisioterapéutico Respiratorio se centra en mejorar la eficiencia ventilatoria y la eliminación de secreciones. Entre las técnicas clave figura la espiración con labios fruncidos, que reduce el atrapamiento aéreo al generar presión positiva en la vía aérea. Para la higiene bronquial, se aplican métodos específicos como el Drenaje Autógeno (DA), la Espiración Total a Glotis Abierta Lenta (ETGOL) y los Ciclos Activos de Técnicas Respiratorias (CATR).[13-15] Asimismo, se utilizan dispositivos de Presión Espiratoria Positiva (PEP) y equipos de Entrenamiento de la Musculatura Inspiratoria (EMI) (p. ej., Powerbreathe® o Pulmo-gain®), esenciales para reforzar la fuerza diafragmática y facilitar la expectoración.[16-17]

A pesar de la relevancia del tratamiento de fisioterapia de la EPOC, actualmente existen pocos enfoques cualitativos que exploren en profundidad las vivencias de los pacientes. La mayoría de la investigación disponible se ha enfocado en estudios cuantitativos, utilizando principalmente cuestionarios. No obstante, existe un creciente interés en la atención centrada en el paciente, un modelo que da mayor importancia a la necesidad de comprender y valorar las preocupaciones, preferencias y valores individuales de cada persona. Por ello, la percepción del paciente adquiere una importancia fundamental. Comprender cómo los individuos experimentan su enfermedad y el tratamiento no solo enriquece el conocimiento científico, sino que también es crucial para optimizar las intervenciones clínicas y mejorar la calidad de vida.[18-20]

En base de lo anterior expuesto, el objetivo es conocer las percepciones de los y las pacientes con EPOC sobre el tratamiento de fisioterapia del Hospital Costa del Sol en relación con su calidad de vida y desempeño en sus roles. Esto permitiría diseñar estrategias de manejo más alineadas con las necesidades y expectativas reales de quienes viven con EPOC.

Métodos

Diseño

Estudio cualitativo basado en la fenomenología hermenéutica de Heidegger, con el fin de «descubrir el significado del ser o existencia de los seres humanos». Se optó por el paradigma interpretativo, ya que se caracteriza por buscar la comprensión y la interpretación de la realidad situándose en la perspectiva de las personas investigadas.[21-22]

Población del estudio

Los y las participantes fueron pacientes de EPOC del área de rehabilitación del Hospital Costa del Sol que recibieron tratamiento fisioterapéutico.

Criterios de elegibilidad

Los criterios de inclusión fueron: pacientes entre 45-70 años; pacientes con un mínimo de un mes en tratamiento; con diagnóstico clínico de EPOC; y que asistieran a rehabilitación en el Hospital Universitario Costa del Sol. Asimismo, los criterios de exclusión fueron: pacientes con alteración cognitiva y/o alta dependencia para las actividades de la vida diaria; pacientes con dificultades en el habla castellana, o que no rellenaran del consentimiento informado.

La captación de personas se realizó hasta alcanzar la saturación de los datos, es decir, cuando las informaciones se repitieron, fueron redundantes y no aportaron aspectos nuevos. La estimación de participantes para alcanzar esta saturación fue de 10 pacientes.[23] El muestreo fue intencional y se tuvo en cuenta su representación según sexo y edad. Este criterio se adoptó porque el sexo puede modular significativamente la experiencia del fenómeno estudiado, dadas las divergencias en roles sociales, factores biológicos propios o respuestas psicológicas; su omisión podría derivar en una comprensión sesgada. De forma similar, la edad ejerce una profunda influencia, puesto que las distintas etapas vitales implican prioridades, preocupaciones sanitarias y contextos sociales diversos, elementos que configuran de manera crucial las percepciones, actitudes y comportamientos individuales frente al fenómeno investigado.

Recogida de datos

Se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales, ya que por sus características es la más utilizada en el ámbito de la salud. Además, este tipo de entrevistas muestran una mayor probabilidad que personas entrevistadas expresen sus puntos de vista en una situación de entrevista diseñada de manera relativamente abierta que en una entrevista estandarizada o un cuestionario.[24] Estas se llevaron a cabo por una de las investigadoras, quien contactó con los y las participantes a través de la colaboración de una fisioterapeuta especializada en fisioterapia cardiorrespiratoria del Servicio Hospitalario Costa Del Sol. A esta profesional se le proporcionaron los criterios de inclusión y exclusión para identificar a los pacientes elegibles, garantizando su no intervención en la recolección de datos y su desconocimiento de información específica del proyecto. La investigadora contactó directamente con los y las pacientes seleccionados durante sus sesiones de fisioterapia en el Hospital. En estos encuentros, se les informó sobre el anonimato de sus datos, el uso de una grabadora para la transcripción y se les entregó el consentimiento informado junto con la hoja informativa para su revisión y firma posterior.

Las entrevistas se realizaron en una sala habilitada en el área de rehabilitación de dicho hospital. Este lugar fue elegido por su accesibilidad y comodidad para los y las participantes, favoreciendo la participación y reduciendo las dificultades de traslado. Para garantizar un ambiente relajado, se explicó el objetivo de la entrevista y se aseguró la confidencialidad de la información. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 45 a 60 minutos, siguiendo un guión de entrevista y siendo complementada con un cuaderno de notas de campo. Para asegurar la confidencialidad en la transcripción, se utilizó el código alfanumérico "P" (participantes) seguido del número de identificación. Adicionalmente, se ofreció a los participantes la oportunidad de revisar las transcripciones.

Análisis de datos

Se realizó una compresión general de los datos mediante un análisis basándonos en su esquema general, apoyada por las notas de campo tomadas a lo largo de la investigación: a) Impresión total - del caos a los temas, b) identificación y clasificación de unidades de significado - de los temas a los códigos, c) condensación - de códigos a significado, d) síntesis- de la condensación de la descripción y conceptos.

Se estableció las unidades de significado (US) iniciales, luego se agruparon las unidades en grupos de significado, seguidamente de la codificación se extrajeron los temas principales y subtemas. Se elaboró una recodificación para la búsqueda de nuevos temas y US. Se finalizó la codificación cuando se consiguió la saturación teórica, es decir cuando no se obtuvo ninguna nueva US. Todo este proceso fue realizado a través del software Atlas.Ti.

Se siguieron los criterios de rigor científico para investigaciones de tipo cualitativo correspondiente a credibilidad, transferibilidad, dependencia y conformabilidad.[25]

Aspectos éticos

Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética (148-02-2025). Antes de obtener el consentimiento informado, se les informó de la naturaleza del estudio a los y las participantes, sus implicaciones dentro del mismo y la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones. Además, se les explicó que la participación es totalmente voluntaria y que la información obtenida se utilizó exclusivamente para los fines específicos del estudio, tratada conforme al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 y Ley 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Todos los datos fueron tratados, anónima y confidencialmente, y las

grabaciones se eliminaron una vez finalizado el estudio. Los datos, grabaciones y transcripciones se alojaron en el OneDrive de la Universidad de Málaga durante el tiempo de realización del estudio y únicamente tuvieron acceso el equipo investigador, acorde a la ley 14/2007, de 3 de Julio, de Investigación biomédica, garantizando la protección y la confidencialidad de los datos.

Resultados

En la Tabla 1 se presentan las características demográficas de los y las participantes, incluyendo las variables género, edad, residencia y años con el diagnóstico de EPOC.

La muestra de este estudio estuvo compuesta por ocho personas adultas con EPOC. De las diez inicialmente estimadas, no fue necesario incluir más personas por haber obtenido una saturación de códigos. Las edades de las personas participantes oscilaron entre los 45 y 70 años, y cinco de ellas eran hombres. Tal como se detalla en la tabla, los años con el diagnóstico de EPOC variaron entre dos y catorce años (media del diagnóstico = 7,5 años).

El análisis de las entrevistas semiestructuradas permitió identificar seis categorías principales, a partir de las cuales se desprenden las percepciones y vivencias de los participantes en relación con el tratamiento de fisioterapia (tabla 2). En la imagen 1, se puede observar las relaciones entre ellas.

1. Percepción general del tratamiento de fisioterapia.

La Percepción general del tratamiento suele estar predispuesta por las expectativas iniciales de las personas participantes, y la actitud general adoptada hacia el tratamiento. Estos aspectos se retroalimentan de la valoración global que se tiene de la fisioterapia una vez experimentada.

Las personas participantes iniciaron este proceso con la mochila de sus expectativas iniciales. Algunas pensaban por la enfermedad que desde fisioterapia le trabajarían los ejercicios respiratorios; otras, en cambio, argumentaban el uso de maquinarias. Pero todas hacían hincapié en la cantidad de dudas que poseían.

> *"Exactamente no sabía lo primero que era el tratamiento hasta que lo he visto en sí" (p2)*

> *"Yo sabía que era fisioterapia, digo tema de técnica de respiración, fue lo primero que pensé" (p3)*

Una vez iniciado el tratamiento, la valoración global de las personas participantes fue positiva, siendo esta un impulso para su confianza. Bien por la mejora de su enfermedad o el mantenimiento de su estado. Destacan por ello la satisfacción general con el proceso.

> *"...es como un sitio donde sabes que te van a ayudar. O sea, la verdad lo que es el tiempo de fisioterapia te va ayudando muchísimo..." (p6)*

La actitud hacia el tratamiento de fisioterapia se caracterizó por un compromiso activo y una creciente proactividad. Aceptar su realidad fue el primer paso de la escalera, donde seguiría el deseo de superación constante, a pesar de que estaba presente muchas veces la resistencia a la adopción de nuevos hábitos. Sin embargo, el tratamiento proporcionó la estructura y la motivación necesarias para romper este patrón y conseguir una adherencia al tratamiento.

> *"Tienes un horario, tienes que salir de casa, tienes que hacerlo" (p6)*

2. Beneficios percibidos del tratamiento de fisioterapia.

Antes de que la fisioterapia entrara en sus vidas, los y las participantes se encontraban atrapados en una realidad de limitaciones físicas. Movimientos sencillos se convertían en constantes y dolorosos recordatorios de lo que ya no podían hacer. El fruto de su trabajo en la fisioterapia reflejó la tolerancia percibida redescubriendo la libertad en cada paso, en cada respiración profunda y en cada gesto recuperado.

> *"Antes me costaba a lo mejor más trabajillo subir las escaleras, al agacharme al ducharme para lavarme los pies, etcétera. Me ahogaba un poquito, ya no, ahora me ahogo mucho menos" (p8)*

El aumento de movilidad conllevó a su vez un bienestar psicológico asociado. Con cada pequeño avance físico, la sensación de estar atrapados, de no poder hacer lo que antes era natural, empezó a disiparse en sus mentes apareciendo una creciente motivación para seguir hacia delante. La aceptación de su nueva realidad actuó como una nueva etapa, recuperando la confianza en sus propias capacidades y el ánimo.

> *"Porque de ser un trozo de carne con ojos, igual te hacen una persona normal" (p2)*

> *"Me ha cambiado porque me ha dado un poquito más de ánimo, para afrontar la enfermedad y para cuidarme a mí también" (p4)*

La sensación de experimentar un ahogo o esfuerzo ante una situación, creaba a las personas participantes una

sensación de frustración y agobio. La adquisición de conocimientos las empoderó para manejar su condición de manera más efectiva en su vida diaria. Les proporcionó herramientas y conocimientos para autogestionar su condición y adoptar hábitos de vida más saludables, convirtiéndose en participantes activos.

> *"Sí, porque ya sé que si en un momento dado voy por la calle y me da una…. de estas de respiración, ya sé cómo tengo que hacer, como tengo que respirar bien para que pueda seguir caminando" (p5)*

3. Impacto en la calidad de vida.

El tratamiento de fisioterapia fue un catalizador clave en la mejora de la calidad de vida de los y las participantes, impactando significativamente en sus dimensiones física, psicológica y social.

Al principio la debilidad y la dependencia era una realidad diaria. Con cada sesión, la transformación fue encaminada hacia la funcionalidad. La dimensión física fue la primera en despertar. Los y las participantes que antes estaban confinados a un sofá ahora experimentaban una capacidad física notablemente. La influencia de la fisioterapia se convirtió en una guía para la adopción de hábitos saludables.

> *"Hombre, me preocupo más de la alimentación. Antes no me preocupaba para nada. Ahora sí, me tomo mi caña y entrecot de vez en cuando, mi hígado de ternera, o sea, procuro cuidarme cosas que antes no hacía" (p2)*

> *"Yo antes no podía, en estos meses atrás no… vamos, estaba el sofá, casa, cama, sillón, baño y poco más. Y la verdad que lo he notado un montón, muchísimo y además la capacidad tú misma te lo te lo notas porque… Yo creo que cada uno tiene como sus limitaciones, a mí el esfuerzo de limpiar en alto con los brazos y ahora estoy muchísimo mejor" (p6)*

La batalla más ardua no siempre era visible. La lucha silenciosa contra la carga mental abrumadora, la dificultad para respirar y la fatiga crónica junto al estrés acumulado, se aligeró a medida que la mejora física se manifestaba, generando una sensación de alivio y disminución del estrés.

> *"…Lo que sí noto en mí mismo es que no me afectan tanto las cosas ya, o sea, veo las cosas con más naturaleza…" (p2)*

A medida que el estrés y la fatiga disminuían, su estado de ánimo se entrelazaba con la dimensión social. El simple acto de asistir al tratamiento en sí mismo se convirtió en una ruptura con la monotonía y el aislamiento, transformando el hospital en un espacio de conexión. La interacción social y la salida del hogar se valoraron significativamente.

> *"Normalmente pues encajas con alguien siempre… Si hay una persona pues ya te habla, qué tal tú... ¿También fumabas no? Es como un poco reunión de alcohólicos anónimos, ¿no? Sí, Hola, me llamo XXX y soy exfumadora y me fustigo porque es como que nosotros nos lo hemos buscado" (p2)*

> *"Me gusta venir por aquí porque hablas de algo diferente, sales de la rutina, sales de la monotonía" (p3)*

4. Impacto en el desempeño de los roles.

Esta enfermedad tiene un impacto en el desempeño de los roles, los cambia completamente, según manifestaron. Muchas personas expresaron una alteración de su rol personal, un profundo deseo de no ser percibidas como una carga, buscando activamente mantener su autonomía. La fisioterapia les ha proporcionado las herramientas y la fuerza necesarias para mantener un rol activo en su hogar y en su vida diaria. Al retomar actividades de ocio y disfrute, con el tratamiento se percibe significativamente en su satisfacción personal y calidad de vida general.

> *"...Me voy andando al centro y voy a misa, paseo y voy andando. Y ahora, cuando empiece el buen tiempo, pues ya como tengo la playa enfrente, me iré a la playa porque me gusta, a andar y a bañarme, que me pego siete horas en la playa..." (p2)*

La fisioterapia permitió a los y las participantes mantener o retomar funciones de cuidado hacia otros miembros en su rol familiar, lo que es un reflejo de su profundo deseo de contribuir al bienestar familiar.

> *"…Yo antes no podía [cuidar a los nietos], en estos meses atrás no… vamos, estaba el sofá, casa, cama, sillón, baño y poco más. Pero gracias a la fisioterapia, ya han vuelto a la normalidad. Mamá, que esta malo vente para arriba, mamá que no está malo te lo llevo para abajo…" (p6)*

5. Relación terapéutica.

La relación terapéutica es la línea que les marca el punto de salida. La figura del profesional sanitario en el tratamiento de la EPOC es un punto clave en la orientación y el soporte emocional. Los y las participantes destacaron que la persona fisioterapeuta actuaba como su guía, ayudándoles a comprender mejor

su condición y a desarrollar estrategias efectivas para manejar su día a día. Esta orientación se complementa con un apoyo que, en muchos casos, es percibido como psicológico, abordando la dimensión emocional de vivir con una patología crónica. Además, la comunicación cercana y fluida que establecen los profesionales se convierte en un factor fundamental. Esta interacción constante y empática facilita no solo la comprensión de las pautas del tratamiento, sino que también refuerza el bienestar psicológico de la persona, al sentirse escuchada y comprendida en su proceso con la enfermedad crónica.

> *"…Y la verdad es que el venir aquí, X fue la que me abrió los ojos. Me digo, soy mayor, pero no soy un anciano, que todavía me encuentro mentalmente ágil y con ganas de vivir, o sea, yo tengo que hacer un esfuerzo…" (p2)*

6. Barreras percibidas.

A pesar de los grandes pasos dados, el camino hacia una vida plena no es sencillo. Dentro de las barreras percibidas, había momentos en los que sus cuerpos recordaban batallas pasadas y esa realidad, aunque mejorada, tenían que aprender a convivir con ella, una lucha interna invisible. La visible señalaba a la lentitud del proceso sanitario para derivar a la unidad de rehabilitación.

> *"Entonces dice, ahora mismo estos hospitales están y sobre todo este hospital de referencia, pues COVID, COVID gravísimo, gente recuperándose de ese COVID y neumología estaba saturadísimo. Y entonces… pues se fue aplazando el venir" (p6)*

> *"Hoy decidía desmontar la cocina entera y lo hacía... Pero a empujones, es decir, y eso fue durante un tiempo y tu vida se va adaptando a eso" (p6).*

Discusión

En este estudio se aportan las experiencias vividas de pacientes con EPOC sobre el tratamiento de fisioterapia del Hospital Costa del Sol en relación con su calidad de vida y desempeño en sus roles. A partir del análisis de la información aportada mediante entrevistas semiestructuradas, se obtiene una percepción del tratamiento durante su asistencia en el servicio de fisioterapia, así como los principales beneficios y limitaciones durante el proceso.

Nuestros resultados perciben un reconocimiento generalizado y positivo de la eficacia de la fisioterapia respiratoria por parte de las personas participantes. Relataron cómo su capacidad para realizar ejercicio físico aumentaba, dándoles de vuelta una parte de sus vidas que creían perdida. Y, lo más importante, cómo todo esto se traducía en una mayor autonomía en sus actividades diarias. Estas observaciones coinciden con la evidencia que sugiere que la rehabilitación pulmonar conduce a una mejora significativa en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con EPOC.[26-27] La vivencia de esta mejora funcional es un motor clave para la percepción positiva, transformando la teoría en una experiencia validada por el paciente.

Un aspecto central en la percepción de los y las participantes fue el beneficio percibido multifacético del tratamiento. Más allá de las mejoras fisiológicas, la fisioterapia fue valorada por su contribución a la reducción de la ansiedad y la depresión, esas sombras que a menudo acompañan a las enfermedades crónicas. La literatura ha documentado consistentemente que los programas de rehabilitación pulmonar pueden mejorar el estado emocional y la autoeficacia, lo que a su vez impacta positivamente en la calidad de vida y la adherencia al tratamiento.[28] La educación proporcionada por los y las fisioterapeutas, quienes les enseñaron a manejar sus síntomas y a usar correctamente sus dispositivos, empoderándoles y dándoles una mayor percepción de control sobre su enfermedad.[29] Fue como si, a través de la comprensión, recuperaran una parte de sí mismos.

Inicialmente, la vulnerabilidad y la dependencia eran una constante percibida por los participantes. Sesión tras sesión, se observó una progresión hacia la funcionalidad. La recuperación física fue la más evidente. La reducción del agotamiento y el aumento de la energía permitieron una mayor movilidad y agilidad. Participantes previamente sedentarios, experimentaron una mejora física considerable. La fisioterapia no solo incentivó el movimiento, sino que también impulsó la adopción de hábitos de vida saludables. Estas mejoras en la capacidad física, se alinean consistentemente con la literatura reciente que reporta un aumento en la capacidad de ejercicio y una disminución de la disnea tras programas de rehabilitación pulmonar en EPOC.[30-31]

Los y las participantes describieron una carga mental abrumadora, identificándose como una mochila de piedras. Estas expresiones reflejan cómo la recuperación física influye directamente en la estabilidad emocional y la capacidad para afrontar la enfermedad. Esto concuerda con la literatura, revisiones sistemáticas recientes indican que la rehabilitación pulmonar puede mejorar modestamente la ansiedad y la depresión en adultos con EPOC [32-33]; al igual que estudios cualitativos que exploran estrategias de manejo de la ansiedad relacionadas con la EPOC durante la rehabilitación.[34]

El contexto de realizar la fisioterapia en un entorno hospitalario fue un aspecto a destacar como dimensión social y psicológica. Los y las participantes expresaron

la conexión al compartir experiencias similares, creando un sentido de comunidad y apoyo mutuo, un aspecto para combatir el aislamiento social común en la EPOC.[35] Aunque algunos estudios cuantitativos recientes sobre el impacto directo de la rehabilitación pulmonar en el apoyo social han mostrado resultados no significativos,[36] nuestros hallazgos cualitativos sugieren que la experiencia de socialización inherente al programa es altamente valorada por los y las pacientes, contribuyendo a la resiliencia psicológica y social.[37]

Los y las participantes expresaron que la interacción con otros pacientes que compartían su condición y el ambiente estructurado del hospital funcionaban como un incentivo adicional. Esto pone de manifiesto una necesidad que a menudo se ve comprometida en modelos de atención domiciliaria. Este punto contrasta con otros hallazgos,[38] quienes, en un estudio cualitativo sobre rehabilitación pulmonar domiciliaria, encontraron que los pacientes valoraban la comodidad y flexibilidad del hogar, pero también señalaban la necesidad de una mayor supervisión y apoyo social. La discrepancia entre estos hallazgos podría sugerir que, si bien la atención domiciliaria ofrece ventajas logísticas y de comodidad, la dimensión social y de apoyo del entorno hospitalario es un factor motivacional significativo para muchos.

La EPOC alteró la identidad previa en el desempeño de los roles de vida de las personas participantes.[39] Sin embargo, la intervención de la fisioterapia se percibió como un punto de inflexión que les permitió recuperar roles vitales, especialmente en el ámbito familiar y personal, reorganizando sus vidas.

Un aspecto notable fue la capacidad de la fisioterapia para permitirles mantener o retomar funciones de cuidado hacia otros miembros de su familia. Esto refleja un profundo deseo de contribuir al bienestar familiar y reafirmar su identidad como cuidadores. Si bien la literatura reciente ha puesto mayor énfasis en la carga y las necesidades insatisfechas de los cuidadores de pacientes con EPOC,[40-41] nuestros hallazgos cualitativos ofrecen una perspectiva complementaria, al relatar cómo la rehabilitación del paciente puede disminuir, en parte, la carga del cuidador/a al permitir que el paciente recupere sus roles activos y de apoyo dentro de la familia.

Una pieza clave del todo el proceso es la relación terapéutica. Los participantes destacaron cómo el o la fisioterapeuta actuaba como su guía, ayudándoles a comprender mejor su condición y a desarrollar estrategias efectivas para manejar su día a día. Esta orientación, según los y las participantes, se complementa con un apoyo a menudo percibido como psicológico, abordando la profunda dimensión emocional de vivir con una patología crónica. La literatura reciente corrobora la relevancia de la relación paciente-profesional de la salud en enfermedades crónicas, donde una comunicación efectiva, el empoderamiento del paciente y el apoyo emocional mejoran consistentemente la adherencia y los resultados en salud.[42-43]

Nuestros resultados identificaron barreras percibidas que, aunque a menudo sutiles o internas, afectan la experiencia del paciente con la enfermedad y su tratamiento. Las limitaciones físicas persistentes en una lucha interna con la que tienen que lidiar como nos han hecho percibir los y las participantes. Esta necesidad de ajustar las expectativas y la vida diaria a las limitaciones residuales, incluso después de la rehabilitación, es un aspecto crítico de la vida con EPOC y puede influir en la adherencia y la percepción a largo plazo del tratamiento. La barrera externa señala la lentitud del proceso sanitario para derivar a la unidad de rehabilitación. La demora en el acceso a la rehabilitación pulmonar es un problema bien documentado y una limitación importante para el manejo óptimo de la EPOC.[44]

La limitación principal fue la disponibilidad de datos con la profundidad deseada sobre el tema. Así como, la presencia de la investigadora y sus propias creencias o preconcepciones pudieron haber influido en las respuestas de los y las participantes.

La implicación para la práctica clínica más importante es la necesidad de una comunicación empática para gestionar las expectativas del paciente y fomentar una actitud proactiva, ya que la percepción del tratamiento influye directamente en la adherencia. Es fundamental reconocer que los beneficios de la fisioterapia van más allá de lo físico, impactando significativamente en el bienestar psicológico y la calidad de vida. Por ello, los programas deben adoptar un enfoque holístico, integrando apoyo psicológico y la educación.

Conclusiones

La investigación reveló que las percepciones de las personas con EPOC sobre el tratamiento de fisioterapia en el Hospital Costa del Sol tuvieron un impacto positivo en el bienestar, fomentando una mayor motivación y adherencia al tratamiento. Del mismo modo, la percepción positiva sobre la mejora en su capacidad física les permitió realizar movimientos y actividades previamente restringidas. Más allá de los beneficios físicos, el tratamiento contribuyó significativamente a su bienestar psicológico, aliviando la carga mental de vivir con EPOC. La adquisición de conocimientos les empoderó, permitiéndoles integrar hábitos más saludables en su vida diaria.

A pesar de estos beneficios relatados, el estudio identificó barreras: la persistencia de limitaciones físicas

y la demora en la derivación a los servicios de rehabilitación.

Por su parte, el tratamiento les ayudó a recuperar y redefinir sus roles personales y familiares ya que, al mejorar su capacidad funcional, pasaron de ser principalmente receptores de cuidados, a participar activamente como cuidadores dentro de sus familias y a involucrarse en aficiones personales apreciadas, mejorando su autoestima.

Por último, la intervención fisioterapéutica fue percibida como una mejora de la calidad de vida en sus dimensiones física, psicológica y social. El entorno hospitalario, inicialmente percibido como un lugar de enfermedad, se transformó en un espacio comunitario de apoyo, disminuyendo el aislamiento social común en la EPOC.

Bibliografía

1. Gómez Sáenz JT, Quintano Jiménez JA, Hidalgo Requena A, González Béjar M, Gérez Callejas MJ, Zangróniz Uruñuela MR, et al. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: morbimortalidad e impacto sanitario. Semergen. 2014;40(4):198-204. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2013.12.009
2. Mirza S, Clay RD, Koslow MA, Scanlon PD. COPD Guidelines: A Review of the 2018 GOLD Report. Mayo Clin Proc. 2018;93(10):1488-502. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.05.026
3. Ayora AF, Soler LM, Gasch AC. Analysis of two questionnaires on quality of life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease patients. Rev Lat Am Enfermagem. 2019;27:e3148. https://doi.org/10.1590/1518-8345.2624.3148
4. Pinto JMS, Vieira LJE, Nations MK. Breath of life: experience with COPD in the context of urban poverty in Fortaleza, Ceará State, Brazil. Cad Saúde Pública. 2008;24(12):2809-18. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200009
5. Strang S, Fährn J, Strang P, Ronstad A, Danielsson L. Support to informal caregivers of patients with severe chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study of caregivers' and professionals' experiences in Swedish hospitals. BMJ Open. 2019;9(8):e028720. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028720
6. Wouters EF. Chronic obstructive pulmonary disease. 5: systemic effects of COPD. Thorax. 2002;57(12):1067-70. https://doi.org/10.1136/thorax.57.12.1067
7. American Thoracic Society. Pulmonary rehabilitation 1999. Official Statement of the American Thoracic Society. Am J Respir Crit Care Med. 1999;159(5):1662-82. https://doi.org/10.1164/ajrccm.159.5.ats2-99
8. Jones PW. Quality of life, Health Status and Functional Impairment. En: Cherniack NS, Altose M, Homma I, editores. Rehabilitation of the patient with respiratory disease. New York: McGraw-Hill; 1999. pp. 687-96.
9. Jones PW. Quality of life measurement for patients with diseases of the airways. Thorax. 1991;46(9):676-82. https://doi.org/10.1136/thx.46.9.676
10. 10.Wyjstra PJ, Van Altena R, Krann J, Otten V, Postma DS, Koeter GH. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease improves after rehabilitation at home. Eur Respir J. 1994;7(2):269-73. https://doi.org/10.1183/09031936.94.07020269
11. Labaki WW, Rosenberg SR. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Ann Intern Med. 2020;173(3):ITC17–ITC32. https://doi.org/10.7326/AITC202008040
12. McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015(2):CD003793. https://doi.org/10.1002/14651858.cd003793.pub3
13. Ros Dopico L, Tung-Chen Y, Pilares Barco M, Muñoz García A, et al. Monitorización del tratamiento rehabilitador de la disnea de esfuerzo por COVID-19 [Monitoring of the rehabilitation therapy of COVID-19 effort dyspnea]. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2021;39(5):258-9. https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.08.006
14. Ubolnuar N, Tantisuwat A, Thaveeratitham P, Lertmaharit S, Kruapanich C, Mathiyakom W. Effects of Breathing Exercises in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. Ann Rehabil Med. 2019;43(4):509-23. https://doi.org/10.5535/arm.2019.43.4.509
15. Holland AE, Hill CJ, Jones AY, McDonald CF. Breathing exercises for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10(10):CD008250. https://doi.org/10.1002/14651858.cd008250.pub2
16. Vázquez-Gandullo E, Hidalgo-Molina A, Montoro-Ballesteros F, Morales-González M, Muñoz-Ramírez I, Arnedillo-Muñoz A. Inspiratory Muscle Training in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) as Part of a Respiratory Rehabilitation Program Implementation of Mechanical Devices: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(9):5564. https://doi.org/10.3390/ijerph19095564
17. Langer D, Ciavaglia C, Faisal A, Wickerson L, Mendes P, Dellaca R, et al. Inspiratory muscle training reduces diaphragm activation and dyspnea during exercise in COPD. J Appl Physiol.

2018;125(2):381–92. https://doi.org/10.1152/japplphysiol.01078.2017

18. Baxter DA, Shergis JL, Hill CJ, Worsnop C, Coyle ME. Perceptions and experiences of a manual therapy trial: a qualitative study of people with moderate to severe COPD. Chiropr Man Therap. 2021;29(1):27. https://doi.org/10.1186/s12998-021-00387-0
19. Miravitlles M, Anzueto A, Legnani D, Forstmeier L, Fargel M. Patient's perception of exacerbations of COPD—the PERCEIVE study. Respir Med. 2007;101(3):453-60. https://doi.org/10.1016/j.rmed.2006.07.010
20. Karachi F, van Nes MB, Gosselink R, Hanekom S. Patient perceptions of ICU physiotherapy: 'Your body needs to go somewhere to be recharged … '. South Afr J Crit Care. 2023;39(3):e1092. https://doi.org/10.7196/SAJCC.2023.v39i3.1092
21. Berenguera Ossó A, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Pons Vigués M, Pujol Rivera E, Rodríguez Arjona D, Saura Sanjaume S. Escuchar, observar y comprender, aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014. Disponible en: https://saludcomunitaria.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf [Consultado 03-01-2025]
22. Ledesma Albornoz Á. El método hermenéutico-fenomenológico de Martin Heidegger y la posibilidad de una investigación filosófica independiente. Stud Heideggeriana. 2021;10:245–62. https://doi.org/10.46605/sh.vol10.2021.115
23. Gentles SJ, Charles C, Ploeg J, McKibbon KA. Sampling in qualitative research: insights from an overview of the methods literature. Qual Rep. 2015;20(11):1772–89. https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2373
24. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. 3ª ed. Madrid: Ediciones Morata; 2012.
25. Gimeno Sacristán J, Pérez Gómez A, editores. La enseñanza: su teoría y su práctica. Madrid: Akal; 1989.
26. Paz Fernández E, López García A, González Doniz L, Souto Camba S, Fernández Cervantes R. Efectos de la rehabilitación pulmonar de corta duración en pacientes con EPOC. Fisioterapia. 2016;38(3):162. https://doi.org/10.1016/J.FT.2014.10.003
27. Fernández Luque F, Labajos Manzanares MT, Moreno Morales N. Efectividad de un programa de fisioterapia en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Fisioterapia. 2012;34(6):245–50. https://doi.org/10.1016/j.ft.2012.04.002
28. Muñoz-Cobos F, Acero-Guasch N, Cuenca-del-Moral R, Barnestein-Fonseca P, Leiva-Fernández F, García-Ruiz A. Cómo vivir con EPOC: percepción de los pacientes. An Psicol. 2016;32(1):162–71. https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.186211
29. King J, Tessier S, Charette MJ, Gaudet D. Patient Education Provided by Physiotherapists for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Results of a Scoping Review. Physiother Can. 2018;70(2):141-51. https://doi.org/10.3138/ptc.2016-85
30. Agarwal S, Mohan A, Rathi V, Madan K, Hadda V, Mittal S, et al. Role of hybrid virtual pulmonary rehabilitation in improving performance status of patients eligible for lung transplantation. Monaldi Arch Chest Dis. 2026 May 7;96(2). https://doi.org/10.4081/monaldi.2025.3342
31. Liu W, Liu Y, Li X. Impact of Exercise Capacity Upon Respiratory Functions, Perception of Dyspnea, and Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2021;16:1529-34. https://doi.org/10.2147/COPD.S311221
32. NIHR Evidence. Pulmonary rehabilitation may modestly improve anxiety and depression in adults with chronic obstructive pulmonary disease. Southampton: National Institute for Health and Care Research; 23 de julio de 2019. Disponible en: https://evidence.nihr.ac.uk/alert/pulmonary-rehabilitation-may-modestly-improve-anxiety-and-depression-in-adults-with-chronic-obstructive-pulmonary-disease [Consultado 19-01-2025]
33. Almdabgy EM, Qader A, Binjahlan AA, Alshalawi AM, Albeladi A, Alharbi WS, et al. The Impact of Pulmonary Rehabilitation on Mental Health and Quality of Life in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): A Narrative Review. Cureus. 2023;15(11):e49230. https://doi.org/10.7759/cureus.49230
34. Farver-Vestergaard I, Buksted EH, Sørensen D, Jonstrup S, Hansen H, Christiansen CF, Løkke A. Changes in COPD-related anxiety symptoms during pulmonary rehabilitation: a prospective quantitative and qualitative study. Front Rehabil Sci. 2024;5:1428893. https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1428893
35. Bouloukaki I, Christodoulakis A, Margetaki K, Aravantinou Karlatou A, Tsiligianni I. Exploring the Link between Social Support and Patient-Reported Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: A Cross-Sectional Study in Primary Care. Healthcare (Basel). 2024;12(5):544. https://doi.org/10.3390/healthcare12050544
36. Almeida S, Pimenta J, Leite P, Oliveira M, Santos T, Mota V. Impact of pulmonary rehabilitation on the social support of people with COPD. Eur Respir J. 2022;60(Suppl 66):954. https://doi.org/10.1183/13993003.congress-2022.954
37. Wouters EF, Augustin I, Calverley PMA. A new perspective on COPD exacerbations: monitoring impact by measuring physical, psychological and

social resilience. Eur Respir J. 2016;47(4):1024-33. https://doi.org/10.1183/13993003.01645-2015

38.Lahham A, McDonald CF, Mahal A, Lee AL, Holland AE, Hill CJ, et al. Home-based pulmonary rehabilitation for people with COPD: A qualitative study reporting the patient perspective. Chron Respir Dis. 2018;28(1):20. https://doi.org/10.1177/1479972317729050.

39. Nygård T, Wright D, Nazar H, Haavik S. Enhancing potential impact of hospital discharge interventions for patients with COPD: a qualitative systematic review. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):684. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09712-0

40. Gonçalves B, Harkess-Murphy E, Cund A, Sime C, Lusher J. Patient Perceptions on the Role of Informal Caregiver Support in Managing Advanced COPD. J Patient Exp . 2025;12. https://doi.org/10.1177/23743735251341727

41.Liu H, Zhao Z, Shi H, Yang R. The Current Status of Social Isolation and the Caregiver Compassion Fatigue in Elderly COPD Patients. Clin Interv Aging. 2025;20:739–50. https://doi.org/10.2147/CIA.S504600

42. Venechuk G, Allen LA, Thompson JS, Morris MA, Matlock DD, McIlvennan CK, et al. Trust and activation in defining patient-clinician interactions for chronic disease management. Patient Educ Couns. 2023;106:113-9. https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.09.012

43. Dwarswaard J, Bakker EJ, van Staa A, Boeije HR. Self-management support from the perspective of patients with a chronic condition: a thematic synthesis of qualitative studies. Health Expect. 2016;19(2):194-208. https://doi.org/10.1111/hex.12346

44.Oates GR, Niranjan SJ, Ott C, Scarinci IC, Schumann C, Parekh T, et al. Adherence to Pulmonary Rehabilitation in COPD: a qualitative exploration of patient perspectives on barriers and facilitators. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2019;39(5):344-49. https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000436

Anexos

Nº PACIENTES	GÉNERO	EDAD	LUGAR	AÑOS DIAGNÓSTICADO EPOC
P1	FEMENINO	55	MIJAS	2 AÑOS
P2	MASCULINO	70	MARBELLA	14 AÑOS
P3	MASCULINO	55	MARBELLA	3 AÑOS
P4	MASCULINO	61	CASARES	11 AÑOS
P5	FEMENINO	69	MARBELLA	6 AÑOS
P6	FEMENINO	62	MARBELLA	10 AÑOS
P7	MASCULINO	70	MIJAS	8 AÑOS
P8	MASCULINO	67	FUENGIROLA	6 AÑOS

Tabla 1. Datos estadísticos de los informantes. *P1=Participante, P2=Participante, P3=Participante 3, etc.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	CÓDIGOS
PERCEPCIÓN GENERAL DEL TTO DE FISIOTERAPIA	EXPECTATIVAS INICIALES	DUDAS
		EJERCICIOS RESPIRATORIOS
		MAQUINARIAS
	VALORACIÓN GLOBAL	SATISFACCIÓN
		AYUDA
		APOYO
		MEJORA
		MANTENIMIENTO
		CONFIANZA
	ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO	COMPROMISO
		SUPERACIÓN
		ADHERENCIA
		ACEPTACIÓN
BENEFCIOS PERCIBIDOS DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERPAPIA	AUMENTO DE CAPACIDAD FÍSICA	RESPIRACIÓN
		SATURACIÓN
		MOVILIDAD
		TOLERANCIA
	BIENESTAR PSICOLOGICO	ACEPTACIÓN
		ÁNIMO
		MOTIVACIÓN
		CONFIANZA
	ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS	AUTOCONCIENCIA
		APLICACIÓN DE TÉCNICAS
BARRERAS PERCIBIDOS	DIFICULTADES FÍSICAS PERSISTENTES	AGOBIO PERSISTENTE
		AGOTAMIENTO PERSISTENTE
		LIMITACIÓN PERSISTENTE
	BARRERAS LÓGISTICAS	LENTITUD
IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA	DIMENSIÓN FÍSICA	PÉRDIDA DE PESO
		HÁBITOS SALUDABLES
		ENERGÍA
		MOVILIDAD
	DIMENSIÓN PSICOLÓGICA	ÁNIMO

		REDUCCIÓN ESTRÉS
	DIMENSIÓN SOCIAL	INTERACCIÓN
IMPACTO EN LOS DESEMPEÑO DE LOS ROLES	ROL FAMILIAR	CUIDADOR/A
	ROL PERSONAL	MANTENIMIENTO
		LOGRO
RELACIÓN TERAPEUTICA	INFLUENCIA PROFESIONAL SANITARIA	GUÍA
		APOYO
		COMUNICACIÓN

Tabla 2. Categorías, subcategorías y códigos establecidos para la investigación.

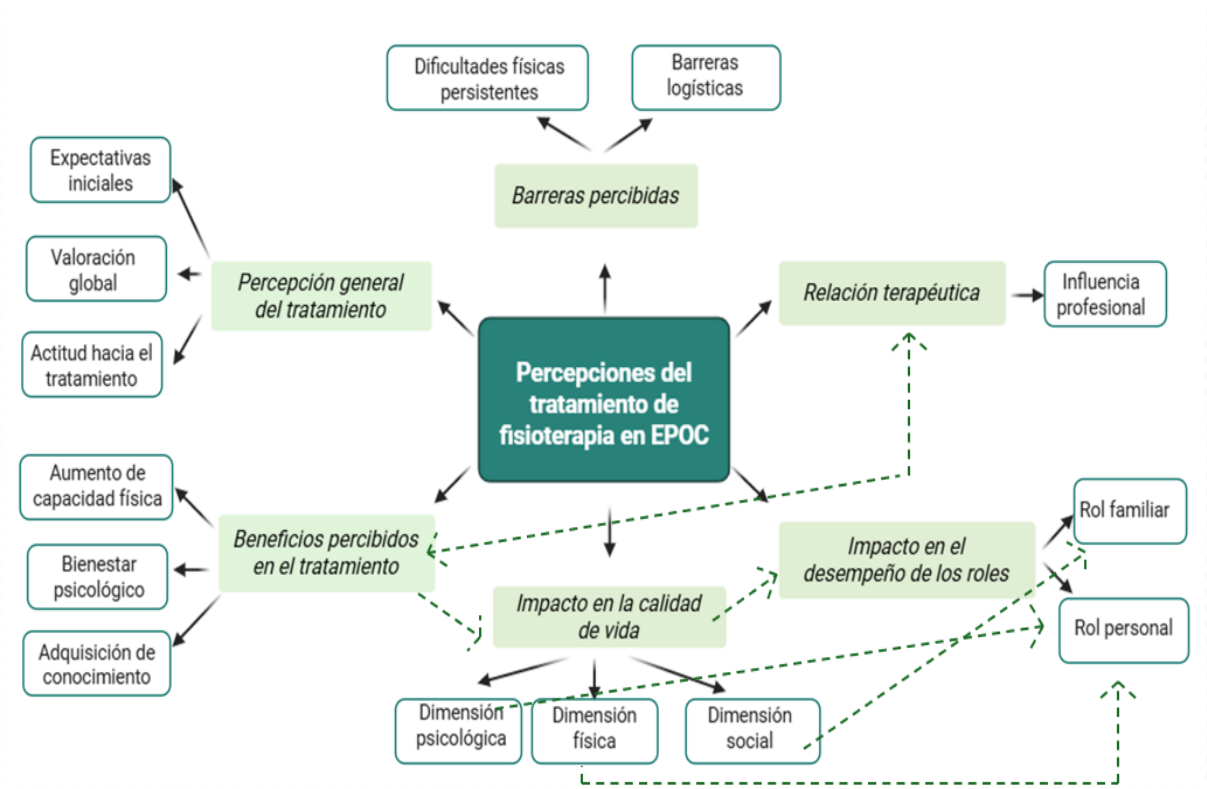


Imagen 1. Mapa conceptual.