

# Pacientes de trato difícil en atención primaria: ¿están satisfechos con la atención recibida en su centro de salud?

Xavier Mas Garriga, Marta Solé Dalfó, Manuela Licerán Sanandrés y Dolors Riera Cervera

**Objetivos.** Valorar la satisfacción de los pacientes de trato difícil (PD) atendidos por un equipo de atención primaria (EAP) con los aspectos organizativos y la atención recibida. Compararla con la obtenida en una muestra de la población general atendida (PG).

**Diseño.** Estudio descriptivo, transversal.

**Ámbito.** Centro de salud urbano.

**Participantes.** Participaron 101 PD seleccionados por 8 médicos (criterios de Ellis y O'Dowd).

**Método.** Entre marzo y mayo de 2004 se entregó a los PD un cuestionario de satisfacción autoadministrado, anónimo, elaborado y validado por el Institut Català de la Salut, que para su análisis se divide en 8 dimensiones. Se compararon los resultados con los obtenidos en junio 2003 en una muestra representativa de la PG.

**Resultados.** En total se administraron 52 cuestionarios (participación del 51%). El 62% eran mujeres, con una media de edad de 61,5 ± 12,3 años. La puntuación media por dimensiones (0 a 10) fue: organización 7,2 ± 1,8 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 6,6-7,7), atención por médicos 8,4 ± 2,1 (IC del 95%, 7,7-9), por enfermería 7,9 ± 2,1 (IC del 95%, 7,3-8,6), por administrativos 6,9 ± 1,9 (IC del 95%, 6,3-7,4), atención-resolución 7,2 ± 2 (IC del 95%, 6,6-7,9), instalaciones 7,6 ± 1,7 (IC del 95%, 7,1-8,1), satisfacción global 7,5 ± 1,8 (IC del 95%, 7-8) y satisfacción total 7,2 ± 1,6 (IC del 95%, 6,8-7,7). El 91,7% (IC del 95%, 80-97,7) recomendaría a sus amigos ser atendidos en el centro. Todas las puntuaciones son superiores a las de la muestra de la PG, sin diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones atención por médicos y enfermería.

**Conclusiones.** Aunque a menudo la relación con PD tiene características disfuncionales, éstos muestran un alto nivel de satisfacción con el EAP en todas las dimensiones evaluadas, superior incluso al de la PG.

**Palabras clave:** Paciente difícil. Satisfacción. Atención primaria.

DIFFICULT TO TREAT PATIENTS IN PRIMARY CARE: ARE THEY SATISFIED WITH THE CARE RECEIVED AT THEIR HEALTH CENTRE?

**Objectives.** To evaluate the satisfaction of difficult to treat patients (DTP) cared for by a primary care team (PCT), as regards the organisational aspects and the care received, and to compare it with that obtained by a sample of the general patient population (GPP).

**Design.** Cross-sectional descriptive study.

**Setting.** Urban health centre.

**Participants.** One hundred-one DTP participated, after being selected using Ellis and O'Dowd criteria by 8 doctors.

**Method.** Between March and May 2004 the DTP were given self-administered anonymous questionnaires, prepared and validated by the Catalan Health Institute, which was divided into 8 sections for their analysis. The results were compared with those obtained in June 2003 from a representative sample from the GPP.

**Results.** A total of 52 questionnaires were returned (51% participation), of which 62% were from women, with a mean age of 61.5 (12.3). Average scores (0 to 10) were: organisation 7.2 (1.8) (95% confidence interval [CI], 6.6-7.7), care by the doctors 8.4 (2.1) (95% CI, 7.7-9), by nurses 7.9 (2.1) (95% CI, 7.3-8.6), by administrators 6.9 (1.9) (95% CI, 6.3-7.4), care resolved 7.2 (2) (95% CI, 6.6-7.9), installations 7.6 (1.7) (95% CI, 7.1-8.1), overall satisfaction 7.5 (1.8) (95% CI, 7-8), and total satisfaction total 7.2 (1.6) (95% CI, 6.8-7.7). The 91.7% (95% CI, 80-97.7) would recommend their friends to be treated in the centre. All the scores are higher than those in the GPP sample, with no statistical differences in the care by doctors and nurses sections.

**Conclusions.** Although the relationships with the DTP are often problematic, the results show a high level of satisfaction within the DTP in all the sections evaluated, even higher than that of the GPP group.

**Key words:** Difficult patients. Satisfaction. Primary care.

English version available at  
[www.atencionprimaria.com/175.411](http://www.atencionprimaria.com/175.411)

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 198)

Medicina de Familia y Comunitaria. ABS Santa Eulàlia Sud. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Correspondencia: X. Mas Garriga. Amadeu Torner, 63. 08902 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España. Correo electrónico: 22716xmg@comb.es

Manuscrito recibido el 16-6-2005. Manuscrito aceptado para su publicación el 14-12-2005.

## Introducción

La relación con pacientes de trato difícil (PD) afecta a la práctica diaria de los profesionales sanitarios en las consultas de atención primaria (AP): puede representar, según algunos autores<sup>1,2</sup>, hasta un 15-30% de las consultas, su repercusión es reconocida por la mayoría de profesionales por su intenso contenido emocional<sup>3,4</sup> y se ha implicado como un factor predisponente para el desgaste profesional<sup>3</sup>. Desde que en 1957 Kaufman<sup>5</sup> acuñara el término «paciente problema» se han publicado muchos y diversos estudios sobre este perfil de paciente que proponen definiciones<sup>6,7</sup>, intentan establecer una tipología<sup>4</sup>, identifican sus características comunes<sup>8,9</sup>, abordan la repercusión que tienen sobre los profesionales que los atienden<sup>3,4</sup> y proponen estrategias para mejorar la relación con ellos<sup>4,6,10,11</sup>. La mayoría de estos estudios ofrece el punto de vista del profesional. Sin embargo, en pocas ocasiones se aborda la perspectiva del paciente y, en concreto, sus expectativas y su satisfacción en relación con el sistema sanitario. Aunque O'Dowd<sup>6</sup> describe ya en 1988 los sentimientos de los PD hacia los servicios sanitarios, no es hasta 1996 cuando Hahn et al<sup>12</sup> y posteriormente, en 1999, Jackson et al<sup>1</sup> cuantifican el problema y comunican una menor satisfacción por parte de los PD en su relación con los profesionales sanitarios. En nuestro ámbito no conocemos ningún estudio que aborde el enfoque del PD, aunque Blay et al<sup>11</sup>, en su artículo de revisión sugiere diferencias en la satisfacción por parte de los PD ante los servicios que reciben. Los objetivos del presente estudio son valorar el grado de satisfacción de los PD atendidos por un equipo de atención primaria (EAP) sobre aspectos organizativos y de atención recibida y compararlo con el obtenido en una muestra de la población general atendida por el mismo equipo.

## Participantes y método

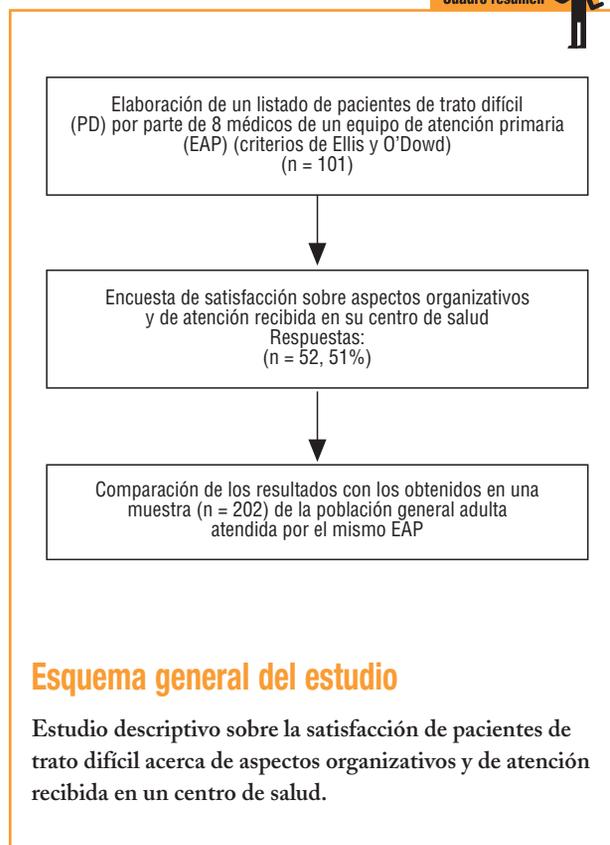
### Emplazamiento

Área básica de salud urbana de Santa Eulàlia Sud (L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona), de 24.000 habitantes, con una plantilla de 9 médicos de familia (MF) y 3 pediatras.

### Método

Estudio descriptivo y transversal en el que han participado 8 MF del centro. Seis de ellos habían elaborado, entre marzo y mayo de 2001, un listado de PD con el objetivo de conocer su prevalencia, describir su perfil y profundizar en los sentimientos que evocaban en ellos<sup>13</sup>. Los pacientes fueron seleccionados en la cita previa diaria utilizando las definiciones de Ellis (pacientes que evocan sentimientos adversos –disforia– al leer su nombre en el listado de citas)<sup>7</sup> y O'Dowd (pacientes capaces de producir estrés-estrés en quienes los atienden)<sup>6</sup> y clasificados en tipos caracteriales según criterios de Groves<sup>4</sup>: pasivo-dependientes, exigente-agresi-

### Material y métodos Cuadro resumen



vos, manipuladores, emotivo-seductores, negadores y somatizadores. En la tabla 1 se exponen las principales características de los diferentes tipos de PD.

A principios de 2004 se pidió a los profesionales que habían participado en aquel estudio que actualizaran su listado: se eliminó a los pacientes fallecidos, los que habían cambiado de médico, los que pudieran tener dificultades para rellenar un cuestionario (analfabetismo) y los que no habían acudido a consulta en el año anterior, y se añadió a otros pacientes que cumplieran los criterios de inclusión. Al mismo tiempo, 2 médicos más, que no habían participado en el estudio anterior, elaboraron su propio listado siguiendo los mismos criterios. Se obtuvo, pues, una lista nueva y actualizada con 101 PD identificados, a quienes se incluyó en su totalidad en el estudio.

Entre marzo y mayo de 2004 se realizó la segunda fase del estudio para valorar la satisfacción de los PD. Se utilizó un cuestionario elaborado y validado en 2002 por el Institut Català de la Salut (ICS), que cada médico entregaba personalmente a los pacientes seleccionados aprovechando su visita por cualquier motivo, después de pedirles si querían participar en una encuesta anónima de satisfacción. El cuestionario era autocumplimentado fuera de la consulta o en el domicilio y depositado personalmente en una urna situada en la entrada del centro. Consta de 27 preguntas: 22 valoradas en una escala del 0 al 10, una pregunta de estimación que se responde en escala ordinal (El tiempo que ha de esperar en la sala antes de ser visitado por su médico/a o enfermero/a lo considera usted: poco, aceptable, excesivo), una pregunta que se responde en escala cualitativa dicotómica (¿Recomendaría a sus amigos acudir a este centro?: sí, no) y 3 preguntas

**TABLA 1**  
**Grupos y características de los pacientes de trato difícil**

Pasivo-dependiente	Gran frecuentador (necesidades sin límite). Baja autoestima y capacidad de toma de decisiones Ven al médico como una madre de recursos inagotables Agradecidos y seductores Provocan cansancio y aversión
Exigente-agresivo	Grandes demandantes, utilizan la intimidación, la devaluación y la inducción de culpa Actitud hostil, querulante, de superioridad, que esconde gran dependencia y temor al abandono Provocan miedo, inseguridad y hasta depresión
Manipulador-masquista	Pesimistas, «sufridores», depresivos Consultan muchas veces por el mismo motivo aunque rechazan la ayuda porque «no hay nada a hacer» Si un síntoma mejora aparece inmediatamente otro Incumplidor, justificándose en los efectos secundarios de la medicación, que siempre aparecen Provocan sentimiento de culpa
Negador-autodestructivo	Incumplidores por desconocimiento, pese a la información médica, o por negación (decisión personal de incumplir el tratamiento, con componente autodestructivo o no) Provocan sentimientos de aversión, miedo y culpa
Emotivo-seductor	Intentan la manipulación sentimental del profesional a partir del halago
Somatizador	Paciente plurisintomático, con afecciones de difícil explicación biomédica Generan gran número de interconsultas y exploraciones complementarias

abiertas (aspectos mejor y peor valorados del centro y sugerencias). Para su análisis, las preguntas se agrupan en 8 dimensiones (tabla 2). Los únicos datos de filiación del paciente recogidos hacen referencia a su edad y sexo, aunque se añadió un código para identificar su tipo caracterial, con el objetivo de comprobar posteriormente si los pacientes que contestaron la encuesta eran representativos del total a los que les fue entregada, ya que se preveía una posible baja participación.

Los resultados se compararon con los obtenidos en la última valoración de satisfacción al cliente realizada por el ICS en el centro (septiembre de 2003) utilizando la misma encuesta en una muestra de 202 individuos de la población general atendida por el EAP.

### Análisis

Las variables cualitativas se describen mediante porcentajes y las cuantitativas, mediante la media  $\pm$  la desviación estándar (DE) con sus correspondientes intervalos de confianza (IC) del 95%. Dado que no se tuvo acceso a la base de datos utilizada para estimar el grado de satisfacción de los 202 individuos de la población general, únicamente se dispone de la media  $\pm$  DE de cada una de las 8 dimensiones. Utilizamos el programa CIA (Confidence Interval Analysis) versión 1,1 para estimar el IC del 95% de la diferencia de medias entre 2 grupos independientes de cada una de las dimensiones<sup>14-16</sup>. Para el resto de análisis estadísticos utilizamos el programa SPSS versión 10.0

## Resultados

Se entregaron 101 cuestionarios (correspondientes al listado completo de PD elaborado por los 8 médicos): un 69% de mujeres, un 31% de varones, media de edad  $58 \pm 16,6$  años, tipología dependiente en el 47%, exigente-agresivo

en el 21%, manipulador en el 18%, emotivo-seductor en el 6%, negador en el 3% y somatizador en el 5%.

Se recogieron 52 cuestionarios (participación del 51%). Dos (4%) fueron considerados nulos por no haberse respondido a todas las preguntas. La distribución de los 50 cuestionarios válidos fue: el 62% en mujeres, el 38% en varones, media de edad  $61,5 \pm 12,3$  años, tipología dependiente en el 50%, exigente-agresivo en el 25%, manipulador en el 11%, emotivo-seductor en el 8%, negador en el 4% y somatizador en el 2%.

En relación con los resultados obtenidos en la población general, en todas las dimensiones se obtienen valores superiores para la población de PD, aunque sin diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones atención por personal médico y atención por personal de enfermería (tabla 3). No se observaron diferencias significativas según el sexo.

El 91,7% (IC del 95%, 80-97,7) de los pacientes que respondieron la encuesta recomendaría a sus amistades acudir al centro, y un 72,9% (IC del 95%, 58,2-84,7) considera que el tiempo que ha de esperar en la sala antes de ser atendido es escaso o aceptable. En cuanto a las preguntas abiertas, no realizamos la categorización propuesta por Visauta<sup>14</sup> debido al escaso número de respuestas obtenidas y anotamos únicamente las más reiteradas: los aspectos mejor valorados son el trato y la dedicación del personal médico, de todo el personal del centro o de enfermería, la ubicación del centro (proximidad al domicilio) y la limpieza. Los peor valorados son las dificultades para comunicar por teléfono y la atención especializada.

**TABLA 2** Grupos y características de los pacientes de trato difícil

Dimensión	Preguntas de la encuesta (puntuación de 0 a 10)
Organización del centro	¿Cuál es su nivel de satisfacción en relación con...
	1. la organización general de los servicios que le ofrece el centro?
	2. los horarios que le ofrece el centro?
	3. la información general que le ofrece el centro?
Atención médica	¿Cuál es su nivel de satisfacción en relación con...
	4. la atención telefónica recibida cuando llama al centro?
	5. la atención médica que recibe de su médico?
	6. las explicaciones e informaciones que recibe de su médico?
Atención enfermería	¿Cuál es su nivel de satisfacción en relación con...
	7. el trato personal que recibe de su médico?
	8. la atención médica que recibe de su enfermero/a?
	9. las explicaciones e informaciones que recibe de su enfermero/a?
Atención al usuario	¿Cuál es su nivel de satisfacción en relación con...
	10. el trato personal que recibe de su enfermero/a?
	11. la asistencia profesional que recibe del personal de atención al usuario?
	12. las explicaciones e informaciones que recibe del personal de atención al usuario?
Atención y resolución	¿Cuál es su nivel de satisfacción en relación con...
	13. el trato personal que recibe del personal de atención al usuario?
	14. cómo se atienden sus llamadas?
	15. cómo se resuelven sus problemas?
	16. tiene la sensación de estar en buenas manos?
	17. la coordinación de su médico con los especialistas?
	18. la atención que recibe si acude al centro con un problema urgente?
Instalaciones del centro	¿Cuál es su nivel de satisfacción en relación con...
	19. cómo se respeta su intimidad?
	20. la comodidad del centro (comodidad de las instalaciones, temperatura, ambiente, ruido, iluminación, etc.)?
Satisfacción global con su centro	21. la limpieza general del centro?
	22. Valore de 0 a 10 el grado de satisfacción global con su centro
Satisfacción total a partir de los factores	Esta dimensión no corresponde a ninguna pregunta de la encuesta, sino que es una variable creada que da diferente peso a cada uno de los 5 factores en los que se dividió la encuesta
	Para calcular el peso que se le ha asignado a cada factor se ha hecho una regresión lineal múltiple considerando como variable dependiente la satisfacción global con su centro y como variables independientes los factores. Así, hay factores como la atención, la resolución y la organización que pesan mucho más que otros, como el estado de las instalaciones

## Discusión

Según O'Dowd<sup>6</sup>, es fundamental obtener información y procurar mayor comprensión de lo que le ocurre al paciente para disminuir la percepción de dificultad durante la entrevista. Sin duda, una manera de aproximarnos al punto de vista del paciente es explorar su satisfacción y sus expectativas en relación con los servicios sanitarios que recibe. Los resultados del presente estudio muestran que el grado de satisfacción de un grupo de PD atendido en AP puede ser considerado notable, con puntuaciones superiores a 7 puntos en una escala de 0 a 10 en la mayoría de dimensiones estudiadas, incluidas la satisfacción global y total. Incluso su-

pera ligeramente en algunas dimensiones a la obtenida en una muestra de la población general. Además, la mayoría de los pacientes encuestados afirma que recomendaría a sus amigos acudir al centro y se muestra conforme, en general, con un aspecto molesto, como puede ser la espera para recibir atención. Estos datos contrastan con los resultados aportados por otros autores: O'Dowd<sup>6</sup>, en un estudio llevado a cabo en 1988, sugiere que los PD parecen estar insatisfechos con los servicios médicos recibidos<sup>6</sup>. Sin embargo, esta percepción no está cuantificada y, de hecho, en las conclusiones de su estudio el autor destaca que solamente 2 de los 28 pacientes incluidos manifestaron abiertamente la insatisfacción como motivo de abandono de la consulta y cambio de

**TABLA 3** Satisfacción de los pacientes de trato difícil y población general atendida por el equipo de atención primaria. Resultados comparativos

	Satisfacción pacientes difíciles		Satisfacción población general			p
	Media ± DE	IC del 95%	Media ± DE	Diferencia de medias	IC del 95%	
Atención al usuario	6,9 ± 2	6,3-7,4	6,3 ± 1,9	0,6	0,008-1,21	Sí
Atención médica	8,4 ± 2,1	7-7,9	7,8 ± 2	0,6	-0,03 a 1,25	No
Organización	7,2 ± 1,9	6,6-7,7	6,5 ± 1,8	0,7	0,15-1,29	Sí
Atención y resolución	7,3 ± 2,1	6,6-7,9	6,6 ± 1,8	0,7	0,1-1,27	Sí
Atención enfermería	8 ± 2,2	7,3-8,6	7,7 ± 1,9	0,3	-0,33 a 0,9	No
Estado de las instalaciones	7,7 ± 1,7	7,1-8,1	6,9 ± 1,9	0,8	0,19-1,37	Sí
Satisfacción global	7,5 ± 1,9	7-8	6,8 ± 1,9	0,7	0,14-1,34	Sí
Satisfacción total	7,3 ± 1,7	6,8-7	6,6 ± 1,4	0,7	0,24-1,16	Sí

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza.

médico. En nuestro ámbito, también Blay Pueyo<sup>11</sup>, en un artículo de revisión, anota la insatisfacción como una característica común a los PD, sin aportar datos de cuantificación<sup>11</sup>. Es Hahn et al<sup>12</sup>, en 1996, quienes cuantifican estas percepciones por primera vez, describiendo mayores índices de insatisfacción por parte de los PD<sup>12</sup>. Sin embargo, la valoración de la satisfacción no se realiza a partir de cuestionarios validados, sino a través de una pregunta abierta realizada a los pacientes. Posteriormente, en 1999, Jackson et al<sup>1</sup> valoran por primera vez el grado de satisfacción en relación con aspectos específicos de los encuentros médicos y describen mayor descontento en relación con las explicaciones recibidas, con la percepción por parte del paciente de la competencia del médico y con el tiempo dedicado a la visita<sup>1</sup>. Sin embargo, el estudio de este autor difiere del nuestro en aspectos que creemos de suma importancia: los pacientes son visitados por el primer médico disponible en aquel momento en una consulta de visitas espontáneas, no por el propio médico de cabecera. La valoración de la satisfacción se realiza inmediatamente después de la visita, no después de un proceso de continuidad asistencial como en nuestro caso. Este hecho, y así lo reconoce el propio autor, puede condicionar que los pacientes expresen insatisfacción en mayor medida que si hubiesen sido atendidos de manera continuada por sus médicos habituales.

La lectura del trabajo de James et al<sup>4</sup> puede aportar alguna clave a los resultados más favorables de nuestro estudio: este autor afirma que el paciente pasivo-dependiente, el más ampliamente representado en nuestra serie, es agradecido, o que bajo la apariencia intimidatoria del paciente exigente-agresivo se esconde una gran dependencia y un verdadero terror al abandono. Por lo tanto, estos grupos de pacientes pueden mostrarse satisfechos. También el hecho de que la mayoría de los médicos participantes en nuestro estudio lleve alrededor de 10 años en su puesto de trabajo puede contribuir, por mecanismos de adaptación mutuos o por cambios de médico, a limar diferencias y a mejorar la satisfacción percibida por los PD.

En cuanto a las limitaciones, creemos que la principal limitación de nuestro trabajo se encuentra en el bajo porcentaje de pacientes que respondieron la encuesta, habitual por otra parte en las encuestas autoadministradas enviadas por correo o entregadas en mano a los participantes para su posterior devolución<sup>17-19</sup>. Escogimos esta modalidad para garantizar el anonimato y evitar el sesgo de la presencia del investigador. Previendo la baja participación, quisimos evaluar si los pacientes que respondían la encuesta podrían ser considerados como una muestra representativa de la población total de PD a quienes les fue entregada, y pudimos descartar un sesgo de participación atribuible al tipo caracterial del paciente: contabilizamos los diferentes tipos de PD en el listado de encuestas entregadas y en el de encuestas recogidas, con el fin de verificar si todos los tipos de PD estaban representados entre los que respondieron la encuesta. En los resultados obtenidos no observamos grandes diferencias entre los porcentajes de distintos tipos de PD comparados entre los 2 listados: pacientes de todos los grupos, incluidos los más conflictivos (exigente-agresivos), han respondido a la encuesta, con una distribución porcentual similar a la del listado de encuestas entregadas.

En cuanto a la participación en la encuesta a la población general, desconocemos la tasa de respuesta. Sabemos que fue del 78,6% en una prueba piloto realizada en 2002 en otro centro, pero no podemos extrapolar estos resultados a nuestro caso por tratarse de poblaciones diferentes. Por otra parte, los cuestionarios fueron entregados y recogidos por el personal administrativo del centro en las salas de espera, hecho que podría explicar la superior participación en relación con la población de PD.

Creemos que el instrumento utilizado para medir la satisfacción reúne los requisitos necesarios para su validez y se adapta a los objetivos del estudio: validación previa, valoración de múltiples dimensiones de satisfacción relacionadas con diferentes aspectos de los servicios recibidos en un ámbito sanitario de AP, garantía de anonimato (aunque es

## Discusión

## Cuadro resumen



### Lo conocido sobre el tema

- Los pacientes de trato difícil son comunes en las consultas de atención primaria.
- Generan multitud de sentimientos, en general de incomodidad, en quienes los atienden.
- Se ha sugerido una menor satisfacción de los pacientes de trato difícil en relación con la atención recibida por los profesionales sanitarios.

### Qué aporta este estudio

- Ofrece datos específicos sobre la satisfacción de un grupo de pacientes de trato difícil en relación con aspectos organizativos y de atención recibida en el centro asistencial.
- Ofrece datos comparativos sobre satisfacción en un grupo de pacientes de trato difícil y en una muestra de la población general atendida por el mismo equipo de atención primaria.

posible que el hecho de que los médicos entregaran las encuestas a sus propios pacientes puede haber producido un relativo sesgo en las respuestas) y reproducibilidad. Ha permitido también comparar los resultados con los obtenidos en la muestra de la población general del área básica de salud, que se ha utilizado como grupo control. Aunque la encuesta se realizó en períodos diferentes en el grupo de población general y en el de PD (septiembre de 2003 y de marzo a mayo de 2004, respectivamente), creemos que este hecho no supone un sesgo relevante debido a que las condiciones en las que los 2 grupos fueron atendidos no variaron sustancialmente en este período: no se produjeron cambios físicos en el centro de salud, en la plantilla de profesionales o en las estructuras organizativas del EAP que a nuestro criterio pudieran influir en la satisfacción de los pacientes.

Otros autores utilizan criterios de selección de PD diferentes de los nuestros: Lin et al<sup>20</sup> piden al profesional que califique el encuentro con pacientes en las categorías satisfactorio, intermedio o frustrante. Jackson et al<sup>1</sup>, Hahn et al<sup>12</sup> o Walker et al<sup>21</sup> utilizan el cuestionario DPRQ (Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire), elaborado y validado por el propio Hahn en el ámbito hospitalario y que se refiere más a encuentros difíciles que a PD (dificultad clínica percibida del encuentro)<sup>22</sup>. Nosotros utilizamos las descripciones de Ellis<sup>7</sup> y O'Dowd<sup>6</sup>, puesto que ya trabajamos con ellas en nuestro anterior estudio<sup>13</sup> y, aunque menos objetivas, fueron aceptadas por todos los

participantes por considerar su contenido ajustado a la realidad y por ser reproducibles entre profesionales sanitarios. Creemos que en nuestro estudio se han garantizado los principios éticos de la investigación con encuestas por el carácter voluntario de la participación, el anonimato (ausencia de datos de filiación en las encuestas, tratamiento de los datos por 2 investigadores únicamente), la utilización de la misma encuesta que en la población general y el uso de los datos por interés científico y limitado a la investigación especificada.

## Conclusiones

La satisfacción de este grupo de PD con el centro de salud es alta, superior a la esperada. Ello sugiere que las dificultades en la relación con PD no ocasionan forzosamente un deterioro en la calidad de asistencia percibida por ellos. Los datos aportados pueden ser considerados como un indicador del punto de vista del PD ante los servicios sanitarios, pero también de las posibilidades de mejora en nuestras relaciones con ellos. Conscientes de los posibles prejuicios hacia este grupo de pacientes por parte de los profesionales sanitarios (que somos quienes, en definitiva, y de forma unilateral, los etiquetamos como «de trato difícil»), que incluyen la percepción de insatisfacción y que pueden dificultar y deteriorar la entrevista clínica, creemos que los datos positivos del presente estudio pueden ayudar a vencer en parte estos prejuicios y ser aprovechados como una motivación para el cambio desde la posición del profesional orientada a una mejora de nuestras relaciones. Por último, creemos que este estudio debe ser ampliado con series más numerosas de pacientes y que deben ser abordados también otros aspectos que hagan referencia al punto de vista del paciente, sobre todo, como proponen Matters et al<sup>23</sup> o Jewell<sup>24</sup>, en qué medida los profesionales podemos ser causa de la dificultad de la relación: aunque pueda resultarnos incómodo, solamente conociendo estos factores ocultos podremos avanzar en la mejora de las relaciones con pacientes en situaciones difíciles.

## Agradecimientos

A nuestros compañeros del EAP Santa Eulalia Sud M.M. Forés, J.A. Hernández, F. Millet, J. Monedero, R. Viñas e I. Zamora por su participación en el estudio. A. F. Flor, técnico de salud del centro, por su apoyo en los aspectos metodológicos.

## Bibliografía

1. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Int Med.* 1999;159:1069-75.
2. Crutcher JE, Bass MJ. The difficult patient and the troubled physician. *J Fam Pract* 1980;11:933-38.
3. Powers JS. Patient-physician communication and interaction: a

- unifying approach to the difficult patient. *South Med J*. 1985;78:445-7.
4. James E, Groves MD. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med*. 1978;298:883-7.
  5. Kauffman MR, Bernstein S. A psychiatric evaluation of the problem patient: study of a thousand cases from a consultation service. *JAMA*. 1957;163:108-11.
  6. O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. *BMJ*. 1988;297:528-30.
  7. Ellis CG. Making dysphoria a happy experience. *Br Med J*. 1986;293:317-8.
  8. Gerrard TJ, Riddell JD. Difficult patients: black holes and secrets. *BMJ*. 1988;297:530-2.
  9. John C, Schwenk TL, Roi LD, Cohen M. Medical care and demographic characteristics of «difficult» patients. *J Fam Pract*. 1987;24:607-10.
  10. Wilson DG. Heartsink patients. *BMJ*. 1988;297:857.
  11. Blay Pueyo C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. *FMC*. 1996;3:243-9.
  12. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, Brody D, Williams JB, Linzer M. The difficult patient: prevalence, psychopathology and functional impairment. *J Gen Intern Med*. 1996;11:191.
  13. Mas Garriga X, Cruz Doménech JM, Fañanás Lanau N, Allué Buil A, Zamora Casas I, Viñas Vidal R. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Primaria*. 2003;31:214-21.
  14. Visauta B. Técnicas de investigación social: recogida de datos. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias; 1989.
  15. Gardner MJ, Altman DG. Statistics with confidence. Confidence intervals and Statistical Guidelines. London: BMJ Publishing Group; 1989.
  16. Gardner MJ, Gardner SB, Winter PD. CIA (Confidence Interval Analysis). London: BMJ Publishing group; 1989.
  17. Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2.ª ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000.
  18. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Donado Campos J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Aten Primaria*. 2003;31:527-38.
  19. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Donado Campos J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II). *Aten Primaria*. 2003;31:592-600.
  20. Lin EHB, Katon V, Von Korff M. Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *J Gen Intern Med*. 1991;6:241-6.
  21. Walker EA, Katon WJ, Keegan D, Gardner G, Sullivan M. Predictors of physician frustration in the care of patients with rheumatological complaints. *Gen Hosp Psychiatry*. 1997;19:315-23.
  22. Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol*. 1994;47:647-57.
  23. Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. *Br J Gen Pract*. 1995;45:293-6.
  24. Jewell D. I do not love thee Mr Fell. Techniques for dealing with «heartsink» patients. *BMJ*. 1988;297:498-9.

## COMENTARIO EDITORIAL

## Pacientes de trato difícil: ¿por qué los etiquetamos como tales?

J. Coll Verd

Médico de Familia. Centro de Salud "Coll d'en Rabassa" Ib-salut. Palma de Mallorca. España.

¿No es cierto que, al leer el listado de pacientes antes de empezar la consulta, hacemos una primera clasificación y ponemos en la categoría de pacientes de trato difícil (por no mencionar otras posibles etiquetas más despectivas) a los que suponemos que nos van a dificultar la consulta?

¿Nos paramos a pensar que seguramente estamos condicionando el posterior desarrollo de la consulta, al dejarnos influir por lo que podemos denominar prejuicios, ideas preconcebidas?

¿Dedicamos tiempo a intentar averiguar y analizar las posibles causas de una relación difícil con un paciente que etiquetamos como «difícil»?

¿Verdad que creemos que estos pacientes, en general, están más descontentos con el sistema sanitario y la atención recibida?

Toda relación médico-paciente, en tanto que interacción humana, tiene un contenido emocional inevitable, pero

¿no será que este componente emocional es todavía más potente en la relación con estos pacientes de trato difícil? Si miramos los diferentes criterios de definición de estos pacientes veremos que son dispares, aunque lo que tendrían en común es la capacidad para causar estrés en los profesionales sanitarios que los atienden. En estos tiempos en los que el descontento profesional y *burnout* están más presentes de lo deseable, se podría pensar en estos pacientes de trato difícil como una de las posibles causas, tal como sugieren algunos autores<sup>1</sup>.

Es una buena noticia, que desmonta el prejuicio sobre la mayor insatisfacción del paciente de trato difícil, el estudio de Mas et al<sup>2</sup>, en el que no se objetiva esta supuesta mayor insatisfacción de estos pacientes sino que demuestra un buen grado de satisfacción, que incluso supera ligeramente en algunas dimensiones a la obtenida en una muestra de la población general. Bien es cierto que otros estudios sí