



ORIGINAL

«Encuentros difíciles» en consultas de atención primaria: una perspectiva de pacientes y médicos

Xavier Mas Garriga^{a,*}, Montserrat Navarro Gilo^a, Judit Vázquez Morocho^a, Cristina Delso Gafarot^a, Tarek Mahfouz Castejón^a y Jesús Almeda Ortega^b

^aMedicina de Familia y Comunitaria, EAP Santa Eulalia Sud, Institut Català de la Salut, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^bMedicina Preventiva y Salud Pública, Unitat de Suport a la Recerca del Àmbit de Atenció Primària Costa de Ponent, Institut Català de la Salut, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol, Barcelona, España, CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Recibido el 9 de marzo de 2008; aceptado el 20 de mayo de 2008
Disponible en Internet el 19 de diciembre de 2008

PALABRAS CLAVE

Relación clínica;
Relación médico-paciente;
Encuentro difícil;
Dificultad en la relación médico-paciente;
Atención primaria

Resumen

Objetivos: conocer la prevalencia y las causas de «encuentros difíciles» (ED) en consultas de atención primaria según pacientes y médicos, a quién se atribuye su responsabilidad y la concordancia de ED entre médicos y pacientes (CED).

Diseño: descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Participantes y método: cuatro médicos, sus 4 residentes y los pacientes que acudieron a sus consultas (marzo-mayo de 2007). Los médicos seleccionaron los ED con criterios cualitativos, y los pacientes, mediante un cuestionario ad hoc no validado. Variables: sexo y edad de los pacientes, ED definidos, causas y responsabilidad del ED, cambios de médico por malestar y percepción de «profesional difícil» (PD) por el paciente.

Resultados: 415 visitas; 352 cuestionarios (participación, 85%); 212 (60,2%) mujeres; media \pm desviación estándar de edad, 54,7 \pm 18,2 años. Prevalencia de ED del 8,5%, según los médicos (intervalo de confianza [IC] del 95%, 5,8-11,9) (causa principal: idiosincrasia del paciente), en que se atribuía la causa del malestar siempre al paciente; el 3,1%, según los pacientes (IC del 95%, 1,6-5,5) (causa principal: escasa empatía del médico), en que se atribuía el malestar en un 81% al médico. CED insignificante ($\kappa = 0,003$); 15 (4,3%) pacientes manifiestan malestar en alguna visita el último año; 18 (5,1%) se plantean cambiar de médico por el malestar (IC del 95%, 3,1-8); 53 (15,1%) han cambiado alguna vez por este motivo (IC del 95%, 11,3-18,8) y 11 (3,1%) consideran a su médico un PD (IC del 95%, 1,6-5,5).

Véase contenido relacionado en DOI: [10.1016/j.aprim.2008.09.003](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.003)

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 22716xmg@comb.es (X. Mas Garriga).

KEYWORDS

Clinical relationship;
 Doctor-patient
 relationship;
 Difficult encounter;
 Difficult doctor-
 patient relationship;
 Primary Care

Conclusiones: la prevalencia de ED en nuestras consultas es similar a la descrita en otros estudios, pero inferior a la esperada para los pacientes, con una CED insignificante. Médicos y pacientes atribuyen habitualmente la responsabilidad del ED a la parte contraria. Pocos pacientes consideran a su médico un PD.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

“Difficult Encounters” in Primary Care Clinic: a Patient and Doctor Perspective
Abstract

Objectives: To find out the prevalence and causes of “difficult encounters” (DE) in Primary Care clinics from the perspective of the patients and doctors, and to whom the responsibility and concordance of the DE (CDE) between doctors and patients is attributed.

Design: Cross-sectional, descriptive.

Setting: Urban health centre.

Participants and method: Four doctors, their 4 residents and patients who went to their clinics (March–May 2007). The doctors selected the DE with qualitative criteria, the patients by means of a non-validated ad hoc questionnaire. Variables: sex and age of the patients, defined DE, causes and responsibility of the DE, changes in doctor due to unease and a perception of a “difficult professional” (DP) by the patient.

Results: There were 415 visits; 352 questionnaires (85% participation); 212 (60.2%) women, mean age (SD) 54.7 (18.2) years. DE prevalence: 8.5% according to doctors (95% CI, 5.8–11.9) (main cause: idiosyncrasy of the patient), the cause of unease always being attributed to the patient; 3.1% according to the patients (95% CI, 1.6–5.5) (main cause: lack of empathy by the doctor), the unease being attributed to the doctor in 81% of cases. CDE insignificant ($\kappa = 0.003$). Only 15 patients (4.3%) felt uncomfortable in a visit in the last year; 18 (5.1%) considered a change of doctor due to unease (95% CI, 3.1–8); 53 (15.1%) had changed at some point for this reason (95% CI, 11.3–18.8) and 11 (3.1%) considered their doctor to be DP (95% CI, 1.6–5.5).

Conclusions: The prevalence of DE in our clinics is similar to that reported in other studies, but lower than expected for the patients, with an insignificant CDE. Doctors and patients usually attribute the responsibility of the DE to the other party. Few patients consider their doctor to be a DP.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La relación paciente-médico o relación clínica (RC) constituye una interacción de especial importancia para el diagnóstico y la resolución de los problemas de salud que llevan al primero a la consulta. Considerada por algunos autores como técnica o procedimiento médico¹, pone en juego diferentes habilidades de los profesionales sanitarios e incluye aspectos complejos relativos a la confianza, la información y la negociación, entre otros. Entraña, por tanto, grados de dificultad en su desarrollo y la posibilidad de que tanto pacientes como médicos puedan sentir malestar durante la entrevista si ésta no se resuelve de acuerdo con sus expectativas. Numerosas investigaciones abordan diferentes aspectos de la RC² y algunas se centran en las dificultades o el malestar que pueden generarse durante la consulta. La mayoría de éstas tienden a focalizar en el paciente la responsabilidad del malestar: así, desde que en 1957 Kaufman acuñara el término «paciente problema»³, se han sucedido numerosas publicaciones sobre los llamados «pacientes de trato difícil», con el objetivo de describirlos⁴⁻⁹, clasificarlos¹⁰ y proponer medidas para

mejorar su manejo clínico¹¹⁻¹³. Menos abundantes han sido, en cambio, los estudios dirigidos a evaluar los factores dependientes del médico en una relación difícil^{4,14-17}, pero éstos han abierto el camino a un nuevo punto de vista y, en la actualidad, diferentes autores plantean la idoneidad de abandonar conceptos como paciente o médico difícil y proponen en su lugar el término encuentros difíciles o con malestar (ED). Se plantean entonces interrogantes sobre aspectos poco estudiados relacionados con estos ED, como, por ejemplo, su prevalencia y si cuando lo son para el médico lo son también para el paciente, o al contrario, es decir, la concordancia de encuentros difíciles entre médicos y pacientes (CED)^{7,15,18}. El presente estudio tiene como objetivos conocer la prevalencia de ED en consultas de atención primaria (AP) según pacientes y médicos, describir sus causas y a quién se atribuye su responsabilidad, calcular la CED, y describir otras variables relacionadas con estos ED.

Participantes y métodos

Emplazamiento: Área Básica de Salud de Santa Eulàlia Sud (L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona), con una población

urbana asignada de 24.000 habitantes y una plantilla de 12 médicos de familia (MF), 3 pediatras, 3 médicos residentes (MR) de tercer año y 1 de primer año de la especialidad de MF en el período de estudio.

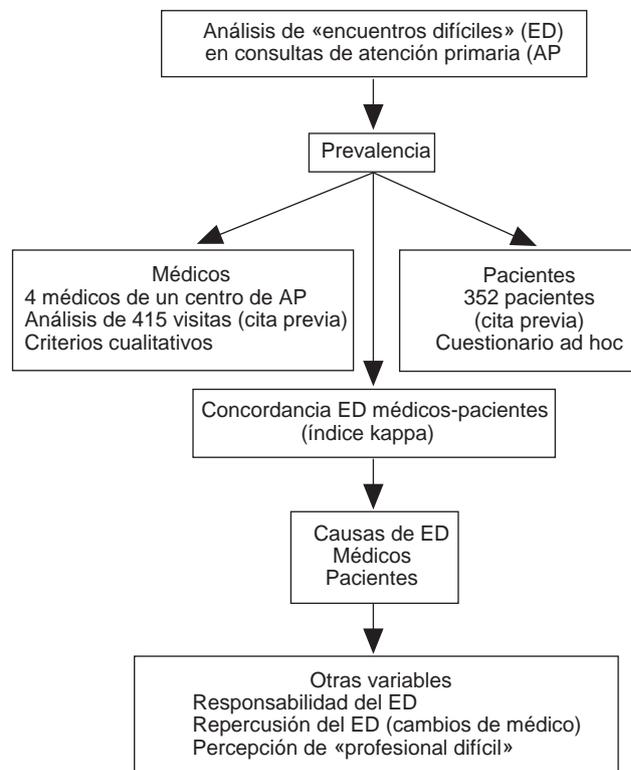
Método: estudio descriptivo transversal en el que han participado voluntariamente 4 MF del centro con responsabilidad docente, todos con más de 10 años de antigüedad, y los 4 MR a su cargo. Entre marzo y mayo de 2007 se recogió la información sobre todos los ED percibidos por médicos y pacientes según los criterios expuestos a continuación.

A partir de la literatura revisada y desde una perspectiva cualitativa los MF participantes escogieron como guía para seleccionar los ED los sentimientos que diferentes autores asocian con mayor frecuencia y coincidencia a un ED (exasperación, derrota, angustia, rechazo, enojo, frustración, aversión, temor, culpa, inadecuación, insatisfacción y «nudo en el estómago»^{4,10,11,16,19}). Diariamente, durante la consulta de cita previa, cada MF participante enumeraba a los pacientes en su listado en el orden en que eran visitados y señalaba, después de realizadas, todas las visitas que se ajustaban al criterio acordado de ED; calculaba su frecuencia y anotaba las causas del malestar y a quién lo atribuía.

Todos los pacientes que diariamente salían de las consultas de cita previa de los MF participantes eran requeridos por un MR para participar voluntariamente en un estudio de opinión sobre la RC y, tras un consentimiento informado verbal, respondía a un cuestionario anónimo en el que se anotaba el número de orden de la visita. Se utilizó un cuestionario ad hoc breve, no validado, elaborado por los MF y MR participantes, con 10 preguntas, 9 cerradas y 1 abierta, para valorar el malestar durante la RC y estudiar variables relacionadas. Cada MR entrevistaba únicamente a pacientes de consultas diferentes de la de su tutor, con el fin de minimizar el sesgo del investigador. Los MR analizaban cada día los cuestionarios obtenidos y calculaban la participación, la frecuencia de ED y la CED, confrontando en las listas de cita previa y en los cuestionarios la numeración y no los nombres, para garantizar el anonimato de los pacientes participantes. Ante la falta de datos sobre prevalencia de ED definidos por los pacientes, se consideró que podía ser similar a la descrita para los médicos (el 10% según revisión bibliográfica^{5,13,15}), y se calculó que era necesario realizar el cuestionario a 352 pacientes, 88 de cada MF participante (riesgo $\alpha = 0,05$; precisión del 3%).

Variables: sexo y edad de los pacientes; ED definidos por pacientes y médicos; causas y responsabilidad de los ED según pacientes y médicos; cambios de médico por malestar del paciente y percepción de «profesional o médico difícil» por parte del paciente.

Análisis: las variables se describen mediante la media \pm la desviación estándar (DE) o mediante porcentajes con sus intervalos de confianza (IC) del 95%. La CED se describe mediante el índice kappa, estadístico que representa la proporción de acuerdos, corrigiendo la influencia del azar^{20,21}, y se valora mediante la escala de grados de acuerdo de Landis-Koch²² (desde «sin acuerdo» a «acuerdo casi perfecto»). Para comparar variables utilizamos el test de la χ^2 o el de Fisher cuando los valores observados fueron menores de 5. Utilizamos el programa CIA 1.0 para el cálculo de los IC y el programa SPSS versión 15.0 para el resto de los análisis estadísticos (esquema 1).



Esquema 1 Esquema general del estudio Estudio descriptivo de encuentros difíciles definidos por pacientes y médicos en consultas de atención primaria, de su concordancia y de otras variables relacionadas.

Resultados

Se recogieron 352 cuestionarios sobre un total de 415 visitas realizadas (participación del 85%), con una distribución por sexos del 60,2% de mujeres y el 39,8%, varones y una media \pm DE de edad de $54,7 \pm 18,2$ años. En la [tabla 1](#) se muestran los resultados de la prevalencia de ED para médicos y pacientes, a quién atribuyen la responsabilidad del malestar durante el encuentro y el valor del índice kappa para la CED. En las [tablas 2 y 3](#) se muestran las causas de ED para médicos y pacientes, respectivamente, y en la [tabla 4](#), otros sentimientos y opiniones descritos por los pacientes a partir de algunas preguntas del cuestionario. Los pacientes que manifiestan malestar refieren con mayor frecuencia ED anteriores, haberse sentido castigados, ignorados o abandonados por su médico, plantearse cambio de profesional o considerar a su médico como un profesional difícil, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). También los pacientes que en el último año han sentido malestar se plantean cambio de médico y lo consideran un profesional difícil con mayor frecuencia ($p < 0,001$).

Discusión

La prevalencia de ED para los médicos encontrada en nuestro estudio contrasta con el 15% descrito por Jackson et al¹⁵, el 10–20% de Hahn et al¹³ o el 30% de Crutcher et al¹⁶. El primer estudio contempla sólo primeras visitas,

Tabla 1 Resultados principales

	Médicos	Pacientes
Participantes (n)	4	352
Prevalencia de ED	8,5% (IC del 95%, 5,8–11,9)	ED actual, 3,1% (IC del 95%, 1,6–5,5) Algún ED en el último año: 4,3% (IC del 95%, 2,4–6,9)
A quién atribuyen el malestar	100% al paciente	81% al médico
Concordancia de ED médico-paciente	$\kappa = 0,003$ (insignificante)	

ED: encuentros difíciles; IC: intervalo de confianza.

Tabla 2 Causas de malestar de los médicos (n = 33)

Causas de malestar	
Idiosincrasia del paciente (hiperfrecuentadores, agresivos, manipuladores, somatizadores)	30%
Dificultades de comunicación	27%
Desacuerdo con demandas del paciente	21%
Aspecto del paciente	6%
Múltiples motivos de demanda	6%
Dificultades diagnóstico-tratamiento	6%
Visita sin cita	3%

Tabla 3 Causas de malestar de los pacientes (n = 11)

Causas de malestar	
Actitud poco empática del médico	28%
Negación de derivaciones y pruebas complementarias	28%
Relacionadas con el entorno	18%
No ser atendido por el médico habitual	8%
Disconformidad con el orden de ser atendido	8%
Otros	8%

introduciendo un sesgo al entrañar el primer contacto médico-paciente mayor dificultad en la relación, y el estudio de Hahn et al se realizó en ámbito hospitalario. Nuestra prevalencia se asemeja a la encontrada por John et al⁵ (10%) o por Levinson et al²³; en este último estudio la mayoría de los médicos (54%) refieren que los ED son inferiores al 10%, el 36% los sitúan entre el 11 y el 25% y sólo un 10% refiere cifras superiores al 25%.

No hemos encontrado otros estudios que evalúen la prevalencia de malestar desde la perspectiva del paciente, aunque Steine et al²⁴ comunican en su estudio sobre experiencias de pacientes en consultas de AP que el 48% describe una comunicación «menos óptima» y el 24% abandona la consulta sin sentimientos positivos. La preva-

Tabla 4 Otros sentimientos, opiniones y actitudes descritos por los pacientes

Sentimientos	Pacientes, n (%)	IC del 95%
Sentimientos de castigo	2 (0,6)	
Sentimientos de haber sido ignorados	13 (3,7)	
Sentimientos de abandono	3 (0,9)	
Se plantean solicitar cambio de médico por malestar con la relación	18 (5,1)	3,1–8
Han cambiado de médico en alguna ocasión por malestar con la relación	53 (15,1)	11,3–18,8
Consideran a su médico un «profesional de trato difícil»	11 (3,1)	1,6–5,5

IC: intervalo de confianza.

lencia encontrada en nuestro estudio puede considerarse baja, aunque aumenta si se pregunta a los pacientes por los encuentros durante el último año. Quizá que los médicos participantes lleven más de 10 años en su puesto de trabajo contribuye a esta baja prevalencia, ya que este período ha permitido a los pacientes realizar cambios de médico, y a ambos, desarrollar mecanismos de adaptación que estabilizan la RC.

Los principales motivos de malestar referidos por los médicos en nuestro estudio incluyen la idiosincrasia («manera de ser») del paciente, dificultades de comunicación o desacuerdo con sus demandas (prescripción o pruebas complementarias) y aparecen en otros estudios. Elder et al²⁵ citan a los enfermos crónicos o hiperfrecuentadores, la pluripatología y la prescripción como principales causas de frustración entre médicos. También Bellón et al⁷ y Levinson et al²³ señalan al paciente hiperfrecuentador como motivo de insatisfacción del médico durante la RC. Talarico²⁶ adapta de Platt²⁷ una clasificación de motivos de ED en función del médico, el paciente y el entorno que coinciden con los referidos por los MF en nuestro estudio. Otros motivos descritos en la literatura son las somatizaciones y el aumento de uso de los recursos médicos²⁸, la percepción de desconfianza²³, el sentimiento de no poder curar, el paciente simulador y la falta de responsabilidad sobre la propia salud²⁹. En cuanto a los motivos de malestar citados por los pacientes, los principales, según Talarico, son el médico hiperreactivo, con escasa empatía o centrado en la biología²⁶, mientras en nuestro estudio destacan la negación de derivaciones o pruebas complementarias, hecho que atribuimos a una elevada presión por parte de los pacientes sobre el uso de recursos sanitarios, y la actitud poco empática por parte del médico.

En nuestro estudio los médicos atribuyen la responsabilidad del malestar siempre a los pacientes, y éstos la atribuyen al médico en un 81% de los casos, en una tendencia similar a la de otros estudios, pero en mayor grado: según Levinson et al²³, los médicos atribuyen la causa del malestar a los pacientes en un 50%, y a ellos mismos en el 20%, mientras según Martin et al³⁰, los pacientes lo

atribuyen al médico en un 50% de los casos y sólo a ellos mismos en un 20%.

Respecto a la CED, encontramos un valor insignificante para esta variable, hecho que indica que los ED para los médicos no lo fueron habitualmente para los pacientes y al revés, y que podría reflejar las diferentes expectativas que mantienen ambos en torno a la RC, o que los factores que hacen que se considere un ED difieren de uno a otro.

El malestar del paciente sólo lo lleva a plantearse un cambio de médico en el 5,1% de los casos, hecho que podría indicar su tolerancia a un disconfort puntual y que la continuidad asistencial facilita la resolución de conflictos en sucesivas visitas. Pero el 15,1% de los pacientes ha realizado un cambio de médico anteriormente con motivo del malestar, lo cual indica que en general es una causa de cambio de profesional a tener en cuenta.

Al preguntar a los pacientes si consideraban a su médico como un profesional de trato difícil, el porcentaje de respuestas positivas es similar al de los pacientes que refirieron malestar durante la consulta y no supera al de pacientes difíciles referidos por los médicos en la mayoría de los estudios, que oscila entre el 0,7 y el 3%^{5,14,31}. Algunos autores han definido al «médico difícil» como el que ignora, castiga o abandona a su paciente³², el que no informa, el autoritario, el poco asertivo, el que no respeta la opinión del paciente³³ o el médico con un «contacto humano» de peor calidad³⁴. En nuestro cuestionario utilizamos los primeros tres atributos como indicadores de profesional difícil, y se obtuvo el porcentaje más elevado para el de ignorar al paciente, y porcentajes inferiores al 1%, para los otros dos.

Se han garantizado los principios éticos y de confidencialidad del estudio por el carácter voluntario de la participación, el anonimato y el uso de los datos limitado a los objetivos especificados. Por otra parte, ha sido sometido a revisión por el comité ético del Instituto de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol de Barcelona y ha recibido su aprobación.

La principal limitación del estudio es no haber utilizado cuestionarios validados para escoger los ED, dado que no se encontró ninguno en castellano que se ajustara a nuestros objetivos. Otros autores utilizan criterios de selección de ED para los médicos diferentes: Lin et al²⁸ piden al profesional que califique el encuentro con pacientes en las categorías satisfactorio, intermedio o frustrante. Jackson et al¹⁵, Hahn et al¹³ o Walker et al³⁵ utilizan el cuestionario DPRQ, validado sólo en ámbito hospitalario³⁶. En este estudio se utilizan criterios cualitativos basados en las descripciones de diferentes autores^{4,10,11,16,19}, ya utilizados en anteriores estudios sobre pacientes de trato difícil^{31,37} y, aunque menos objetivos, fueron acordados y aceptados por todos los participantes por considerarlos reproducibles y con un contenido ajustado a la realidad. Se dispone de cuestionarios en inglés para evaluar la satisfacción del paciente o la calidad percibida durante la consulta, pero aunque estos aspectos incluyen una dimensión afectiva, no expresan necesariamente malestar. Algunos autores han elaborado escalas de valoración de la calidad percibida por el paciente que incluyen subescalas relacionadas con aspectos interpersonales de la asistencia³⁸ o cuestionarios que valoran experiencias del paciente e incluyen dimensiones relacionadas con la RC (comunicación, emoción)²⁴, pero ninguno de ellos está diseñado para evaluar malestar durante la

Edad

Sexo

Q1. ¿Considera Vd. que el encuentro que ha tenido con su médico ha sido en algún momento difícil o le ha ocasionado malestar?

1 Sí 2 No

Q2. Si ha respondido Sí, cree que la causa ha sido mayormente

1 Por su médico 2 Por usted

Q3. ¿Cuál cree que ha sido la causa?

Q4. ¿Ha experimentado alguna vez (durante el último año «más o menos») malestar durante la visita con su médico?

1 Sí 2 No

Q5. ¿Se ha sentido alguna vez castigado por su médico?

1 Sí 2 No

Q6. ¿Se ha sentido alguna vez abandonado por su médico?

1 Sí 2 No

Q7. ¿Se ha sentido alguna vez ignorado por su médico?

1 Sí 2 No

Q8. ¿Se ha planteado cambiar de médico por no sentirse satisfecho con su relación con el/ella?

1 Sí 2 No

Q9. ¿Cuántas veces ha cambiado de médico voluntariamente por no sentirse satisfecho con su relación con el/ella?

Q10. ¿En general considera que su médico es un profesional de trato difícil?

1 Sí 2 No

Figura 1 Cuestionario.

relación. La falta de datos en la literatura sobre prevalencia de malestar por parte de los pacientes ha dificultado el cálculo del tamaño de la muestra. Es posible que se haya producido un sesgo en detrimento del valor de la prevalencia de ED por los pacientes que no quisieron responder el cuestionario y que pueden ser casos de «malestar oculto». Aunque la reticencia de los pacientes a expresar opiniones negativas sobre sus médicos es un obstáculo conocido²⁴, hemos intentado minimizar este sesgo al realizar los cuestionarios MR de otros cupos. Por otra parte, el presente estudio forma parte del proyecto de investigación de 4 MR en formación en nuestro centro. Su metodología ha condicionado que no se haya podido incluir a más médicos del equipo en el grupo de MF participantes. Aunque este hecho puede haber introducido un sesgo, los demás médicos del equipo tienen un perfil muy parecido al de los participantes: la mayoría con acreditación para la docencia posgrado y con larga experiencia en su puesto de trabajo. Creemos conveniente ampliar en el futuro la investigación, incluir un mayor número de médicos participantes y valorar si hay diferencias en la prevalencia de ED según los distintos perfiles de profesional (médicos residentes, médicos con diferentes grados de experiencia) y según los diversos tipos de consulta (urgencias, cita previa, consultas de pediatría). También sería necesario realizar un estudio de validación del cuestionario utilizado para dar más fiabilidad y validez a los resultados obtenidos o poderlo utilizar en otras investigaciones (fig. 1). El planteamiento de que los ED pueden serlo por la concurrencia de factores del paciente, el médico o el entorno plantea la necesidad de promover investigaciones sobre las diferentes partes implicadas: conocer el perfil del médico difícil y las causas de malestar entre pacientes son asignaturas pendientes en la investigación relacionada con la RC que pueden ayudar a mejorarla. Como apuntan

diferentes autores, la tendencia a culpabilizar siempre al paciente de una mala relación es perjudicial para los profesionales²³, la comunicación clínica eficiente sólo es posible desde la comprensión de la perspectiva del paciente²⁴ y una mejor RC empieza cuando el profesional se abre a la posibilidad de que también él puede ser responsable de un ED²⁶. Como remarca O'Dowd¹⁹ en su estudio sobre relación con pacientes de trato difícil, «necesitamos ayuda en este problema ya que formamos parte de él».

Lo conocido sobre el tema

- Numerosas investigaciones abordan las dificultades o el malestar que pueden generarse durante la consulta clínica.
- Hay numerosos estudios sobre los llamados «pacientes de trato difícil» y, en cambio, pocos dirigidos a conocer el punto de vista del paciente o evaluar los factores relacionados con el médico en una relación difícil.
- Diferentes autores proponen abandonar conceptos como paciente o médico difícil, sugieren término encuentros difíciles y plantean interrogantes sobre aspectos poco estudiados relativos a éstos.

Qué aporta este estudio

- Valora la perspectiva de pacientes y médicos sobre dificultades o malestar durante la relación clínica.
- Ofrece datos sobre prevalencia de encuentros difíciles en consultas de atención primaria según pacientes y médicos, el grado de concordancia entre ambos, las causas que los producen o a quién se atribuye la responsabilidad del malestar.

Agradecimientos

A los Dres. J.A. Hernández, M.M. Forés y M.D. Riera, por su participación en el estudio. A la Dra. Sònia Sarret, de la Unitat de Suport a la Recerca de l'Àmbit de Gestió Costa de Ponent, por facilitarnos el apoyo de esta entidad y el contacto con el IDIAP Jordi Gol.

Bibliografía

1. Ruiz Moral R. La relación clínica hoy. *Aten Primaria*. 2005;35:279–80.
2. Ong L, De Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40:903–18.
3. 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.
4. Gerrard TJ, Riddell JD. Difficult patients: black holes and secrets. *BMJ*. 1988;297:530–2.
5. John C, Schwenk TL, Roi LD, Cohen M. Medical care and demographic characteristics of “difficult” patients. *J Fam Pract*. 1987;24:607–10.
6. Butler CC, Evans M. The “heartsink” patient revisited. *Br J Gen Pract*. 1999;49:230–3.
7. Bellón JA, Fernández-Asensio ME. Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. *Patient Educ Cons*. 2002;48:33–41.
8. Schafer S, Nowlis DP. Personality disorders among difficult patients. *Arch Fam Med*. 1998;7:126–9.
9. Hahn SR. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Ann Intern Med*. 2001;134:897–904.
10. Groves JE. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med*. 1978;298:883–7.
11. Ellis CG. Making dysphoria a happy experience. *Br Med J*. 1986;293:317–8.
12. Blay Pueyo C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. *FMC*. 1996;3:243–9.
13. 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.
14. Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. *Br J Gen Pract*. 1995;45:293–6.
15. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Int Med*. 1999;159:1069–75.
16. Crutcher JE, Bass MJ. The difficult patient and the troubled physician. *J Fam Pract*. 1980;11:933–8.
17. Krebs EE, Garrett JM, Porter CQ, Konrad TR. The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:128.
18. Nisselle P. Difficult doctor-patient relationships. *Aust Fam Physician*. 2000;29:47–9.
19. O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. *BMJ*. 1988;297:528–30.
20. Argimón Pallas JM, Jiménez Villa J. Anexo 4: análisis de la concordancia. En: *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 2.ª ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 321–3.
21. Abaira V. El índice Kappa. *SEMERGEN*. 2000;27:247–9.
22. Landis JR, Koch GC. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33:159–74.
23. Levinson W, Stiles WB, Inui TS, Engle R. Physician frustration in communicating with patients. *Med Care*. 1993;31:285–95.
24. Steine S, Finset A, Laerum E. A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patient's experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Fam Pract*. 2001;18:410–8.
25. Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med*. 2006;19:533–41.
26. Talarico LD. Difficult patient or difficult situation? *Patient Care*. 1998;15:167–80.
27. Platt FW. Conversation failure: case studies in doctor-patient communication. Tacoma: Life Sciences Press; 1992.
28. Lin EH, Katon W, Von Korff M, Bush T, Lipscomb P, Russo J, et al. Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *J Gen Intern Med*. 1991;6:259–60.
29. Katz RC. “Difficult patients” as family physicians perceive them. *Psychol Rep*. 1996;79:539–44.
30. Martin E, Russell D, Goddwin S, Chapman R, North M, Sheridan P. Why patients consult and what happens when they do. *BMJ*. 1991;303:289–92.
31. Mas Garriga X, Cruz Domenech 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.

32. Tizón JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria. Barcelona: Doyma; 1992.
33. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1992.
34. Ford MJ. Temas difíciles. Hablando con pacientes. Claves de una buena comunicación. Barcelona: Mayo; 1996. p. 103.
35. 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.
36. 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.
37. Mas Garriga X, Solé Dalfó M, Licerán Sanandrés M, Riera Cervera D. Pacientes de trato difícil en atención primaria: ¿están satisfechos con la atención recibida en su centro de salud? *Aten Primaria*. 2006;38:192–9.
38. Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Fam Pract*. 2000;17:21–9.