

Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿cómo se sienten tratados por sus médicos?

Frequent users and difficult patients: How do they feel about their treatment by doctors?

A. Arillo¹, C. Vilches², M. Mayor³, J. R. Gurpegui³, C. Arroyo¹, V. Estremera¹

RESUMEN

Fundamento. Conocer las opiniones y expectativas de los pacientes hiperfrecuentadores difíciles sobre la relación con sus médicos de familia.

Material y métodos. Diseño cualitativo. Grupos de discusión. Emplazamiento en el Centro de Salud Chantrea (Pamplona).

Los participantes fueron pacientes hiperfrecuentadores que acudieron al centro de salud en el año 2003 y que habían sido preseleccionados como "difíciles" –según criterios previamente definidos– por cada uno de los 12 médicos del centro de salud. Se excluyeron los pacientes con: retraso mental, problemas severos de audición, enfermedad mental grave, dificultades de movilidad y desplazamiento y mayores de 70 años.

Se formaron grupos de entre los 112 pacientes preseleccionados. Se diseñaron 4 grupos: personas "mayores" (GMA) de 46 a 70 años (14); "mujeres" (GMU) de 31 a 45 años (14); "hombres" (GHO) de 31 a 45 años (13) y "jóvenes" (GJO) de 16 a 30 años (12), citando mediante una carta y posterior confirmación telefónica a los pacientes para una reunión, sin especificar el contenido de la misma.

Se desarrollaron sesiones de 2 horas de duración en cada uno de los grupos formados. Grabación de audio, previa autorización y transcripción literal. Discusión y análisis de contenido por parte del grupo investigador provocando líneas de consenso.

Resultados. Se realizaron los tres grupos de pacientes de mayor edad con un total de 16 participantes. No se formó el grupo de jóvenes, por no acudir en un número de 3 o más tras 3 citas.

Conclusiones. Según la perspectiva del paciente, es muy relevante una comunicación eficaz con el médico. No se detecta estado de conciencia de hiperfrecuentación por parte de los asistentes. Se sienten pacientes crónicos que precisan atención frecuente. Se observa satisfacción ante el trato recibido y actitud comprensiva ante las limitaciones organizativas del centro de salud. No verbalizan la existencia de relaciones conflictivas con sus médicos de familia.

Palabras clave. Hiperfrecuentación. Relación médico-paciente. Satisfacción del paciente. Investigación cualitativa.

An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (1): 47-58.

1. Médicos de familia. Centro de Salud Chantrea. Pamplona.
2. Doctor en Sociología. Universidad Pública de Navarra. Pamplona.
3. Residentes de medicina de familia.

Para la realización de este estudio se obtuvo ayuda del Laboratorio ESTEVE.

Este trabajo fue presentado como comunicación oral en el XVI Congreso Nacional de Entrevista Clínica, celebrado en Pamplona del 14 al 16 de Mayo de 2005.

Aceptado para su publicación el 19 de octubre de 2005.

ABSTRACT

Background. To determine the opinions and expectations of difficult, frequent user, patients about their relationship with their GP.

Material and methods. Qualitative design. Discussion groups. Invitation to a meeting at the Chantrea Health Centre (Pamplona).

The participants were frequent users of the health centre in the year 2003, who had been defined as "difficult" – according to previously defined criteria – by each of the 12 doctors of the health centre. Excluded were patients with mental retardation, severe hearing problems, severe mental illness, difficulties in mobility and travelling, and over 70 years of age.

Groups were formed from amongst the 112 preselected patients. Four groups were designed: "older" persons (GMA) of 46 to 70 years (14); "women" (GMU) of 31 to 45 years (14); "men" (GHO) of 31 to 45 years (13) and "youths" (GJO) of 16 to 30 years (12). The patients were invited by letter and by a subsequent telephone confirmation to a meeting, the content of which was not specified.

Sessions of 2 hours duration were held with each of the groups formed. Audio recording, with prior authorisation, and verbatim transcription of sessions. Discussion and content analysis by the research group resulting in lines of consensus.

Results. The three groups of older patients were formed with a total of 16 participants. The group of youths was not formed since the figure for attendance did not reach the number of 3 or more after three appointments.

Conclusions. From the perspective of the patient it is very important that there should be efficient communication with the doctor. Awareness of a state of frequent use was not detected in those attending. They feel themselves to be chronic patients who need frequent attention. Satisfaction at the treatment received was observed as well as an understanding attitude towards the organisational limitations of the health centre. They did not give verbal expression to the existence of conflictive relations with their GPs.

Key words. Frequent use. Doctor-patient relationship. Patient satisfaction. Qualitative research.

Correspondencia:

Ana Arillo Crespo
Centro de Salud Chantrea
C/ San Cristóbal, s/n
31015 Pamplona
Tfno. 948 13 62 72
E-mail: aarilloc@cfnavarra.es

INTRODUCCIÓN

La hiperfrecuentación es uno de los aspectos más complejos y preocupantes de la práctica diaria en la atención primaria. Se ha descrito que un 50% del personal médico de atención primaria considera que recibe más del 20% de visitas innecesarias¹, ocasionando dicho fenómeno emociones de difícil manejo entre los profesionales, que han sido objeto de diversos trabajos²⁻⁴ en los que se apuesta por una serie de estrategias para mejorar frente a este fenómeno. Dichas estrategias van desde medidas organizativas, hasta las que tienen que ver más con el desarrollo por parte de los profesionales de habilidades comunicacionales y de entrenamiento emocional.

En ese sentido, se han llevado a cabo diversas contribuciones teóricas^{5,6} que han puesto el énfasis en la conveniencia de abordar este problema para tratar de prevenir, junto con otras serie de estrategias, el síndrome de Burnout entre los profesionales.

En el campo empírico ha habido diversas investigaciones centradas en estudio de las características sociodemográficas y de utilización de servicios más comunes entre las personas hiperfrecuentadoras, habiéndose hallado que un gran porcentaje de éstas padece alguna enfermedad crónica⁷, elevados índices de estrés de vida⁸ y que los síntomas depresivos constituyen el mejor predictor de la hiperfrecuentación⁹. Recientemente, se han estudiado las percepciones y expectativas de dichos pacientes¹⁰, tanto en lo relativo a sus índices de frecuentación, como a qué esperaban de las consultas y cómo percibían la relación con los profesionales, habiéndose puesto de relieve la necesidad que tienen estos pacientes de que su sufrimiento se vea legitimado por los profesionales que les atienden. Algunos autores¹¹ han encontrado una relación inversa entre la proporción de pacientes hiperfrecuentadores y el grado de urbanización, el tamaño de la lista de pacientes y los años de práctica del personal médico.

En nuestro país se ha realizado un trabajo de intervención con pacientes hiperfrecuentadores¹², habiéndose conseguido

reducir la utilización de servicios por parte de los mismos. Se elaboró una hipótesis para cada paciente y se decidía el procedimiento a seguir, de manera igualmente individualizada. Para ello se revisaron las historias clínicas de los pacientes y se determinaron las posibles causas de la hiperfrecuentación. Las causas se clasificaban en: físicas, administrativas, psicológicas, sociales, familiares y de relación médico-paciente.

Precisamente el tema de la relación médico-paciente ha sido objeto de numerosas aportaciones teóricas¹³⁻¹⁸ en las últimas décadas y pone de manifiesto la importancia de este aspecto considerado básico en la atención primaria, independientemente de que pueda relacionarse en ocasiones con la hiperfrecuentación¹⁰. Se enfatiza en la naturaleza bidireccional de la interacción entre paciente y médico, en la cual influye tanto el comportamiento del profesional como el del paciente. La perspectiva psicológica y de comunicación tiene en este sentido un gran peso, haciéndose fundamental el manejo de habilidades comunicacionales por parte de los profesionales, de tal manera que se facilite un encuentro clínico que ayude y alivie al paciente a través de una relación terapéutica. A dichos aspectos relacionales se les da una importancia central tanto desde sectores profesionales^{19,20} como por los propios pacientes²¹⁻²⁴. No se han descrito diferencias al respecto entre pacientes normofrecuentadores e hiperfrecuentadores²⁵.

Por otra parte, en los años 80 se empezó a hablar de "pacientes difíciles", entendiéndose por tales aquéllos que provocan "desazón" en el profesional y llegando a especificar algunos criterios para su definición²⁶. Uno de los subgrupos descritos entre los pacientes difíciles, lo constituyen los pacientes hiperfrecuentadores, sin que ello signifique que se dé una relación lineal entre ambos fenómenos. Se han realizado diversos estudios para aproximarse al conocimiento del perfil del paciente difícil^{27,28} así como de las opiniones que generaban entre el personal médico que les atendía²⁹. Se ha observado que los pacientes difíciles tienen una mayor proporción de enfermedades psiquiátricas, trastornos

funcionales, insatisfacción con el sistema de cuidados y mayores tasas de utilización de servicios.

En los últimos años se ha acuñado el término de “encuentros difíciles”^{30,31}, que pretende poner el acento en que existen diferentes aspectos que condicionan una relación difícil y que pueden tener que ver no sólo con la persona consultante sino con las características del profesional y las características del entorno. Identificar los diferentes aspectos presentes en la relación médico-paciente con objeto de poder prevenir un deterioro de la misma viene siendo motivo de interés en la literatura revisada³². Dicha perspectiva ha abierto nuevas líneas de investigación, centradas en aspectos comunicacionales^{33,34} a través de la percepción del propio paciente sobre la relación con los profesionales.

Esta línea de investigación, centrada en las percepciones y expectativas de las personas hiperfrecuentadoras, ha sido abordada en fechas recientes por algunos autores de otros países³⁵, habiéndose puesto de relieve la importancia dada por los pacientes a la escucha y alivio por parte de los profesionales y la complejidad del tema de la satisfacción del paciente. Se plantea la necesidad de futuras investigaciones en las que se estudien las interacciones entre los médicos y los pacientes hiperfrecuentadores para poder diseñar intervenciones educativas.

MÉTODO

Diseño

El diseño del estudio fue de tipo cualitativo o estructural, mediante la realización de grupos de discusión entre los pacientes hiperfrecuentadores que además habían sido considerados como “difíciles” por sus médicos de familia. Al objeto de cumplimentar los objetivos de la investigación, la metodología cualitativa se mostraba como la más pertinente para la producción de discursos que posibilitasen el conocimiento de las motivaciones y actitudes de los pacientes en relación al ámbito del estudio³⁶. El grupo de discusión difiere de otras técnicas de investigación, como la entrevista en profundidad, fundamentalmente por cuanto constituye un dis-

positivo que permite la re-construcción del sentido social del habla en el seno de una situación –grupal– discursiva. Las posiciones subjetivas de los hablantes convergen en una visión intersubjetiva que le da el sentido como grupo social; aspecto éste que no se manifiesta en particular en otras prácticas cualitativas; de ahí, su elección para el presente estudio³⁷.

El prescriptor de los grupos fue el sociólogo del equipo: por su experiencia en estudios de esta naturaleza y por ser un profesional externo al centro de salud, lo que le permitía objetivar su posición en la conducción de los grupos.

La provocación inicial de los grupos se constituyó a partir de invitarles a conversar sobre: “la situación general del barrio”. Lo que en el hilo discursivo llevó de una manera mediata por contención lógica hasta el descriptivo del escenario sanitario. Previamente se había elaborado un guión temático que contenía los siguientes aspectos:

- Desarrollo del proceso de contacto con el médico: atención telefónica, cita, tiempo de espera.
- Relación médico/a-paciente: tiempo de consulta, atención al problema, historia clínica, derivación a especialista, solución del problema, control y seguimiento del proceso (incluso medicación y análisis). Satisfacción general.
- Información sobre el motivo de la demanda de consulta, los procesos de diagnóstico y los tratamientos movilizadas. Percepción de la escucha al paciente y respeto hacia su opinión del tema. Compromiso del médico con el paciente.
- Reconocimiento de dudas y errores por parte del médico de familia.
- Percepción subjetiva como hiperfrecuentador o paciente difícil.
- Aspectos de mejora de la atención médica en particular y sanitaria en general.

La captación fue realizada por una persona formada “ad hoc” para este trabajo. Los participantes fueron seleccionados finalmente a partir del listado de pacientes hiperfrecuentadores difíciles previamente

elaborado por los médicos de familia del centro. Se envió una carta a cada uno de los candidatos en los que se les pedía que asistiesen a una reunión que se realizaría con otras personas del barrio para un estudio sociológico relacionado con las formas de vida en el barrio. Posteriormente se confirmó su asistencia mediante llamada telefónica. En todo momento se garantizó el anonimato de los participantes: se explicaba expresamente en la correspondencia y cita, no fueron presentados en la sesión y en las transcripciones se eliminaron los nombres de todos los relatos.

Las reuniones se realizaron durante el mes de diciembre de 2004, en la sala de profesores del centro escolar Arturo Kampion de la Chantrea. Las dinámicas grupales se alargaron hasta dos horas de duración (grupos de larga duración), lo que denota el interés que el tema suscitó entre los participantes. Finalmente todos recibieron un obsequio para objetivar la contraprestación informativa al prescriptor grupal.

Muestra de participantes

Un grupo ha de estar constituido necesariamente por más de dos miembros³⁶; dos no constituyen grupo, sino una relación especular. En tres y cuatro actuanes tendríamos un grupo embrionario, o también denominado como personalizado (grupo triangular). Si los componentes son cinco o más, los canales de comunicación entre sus miembros superan ya el número de éstos, con lo que la relación grupal se hace posible. Pero más allá de nueve, los canales son tantos que el grupo tenderá a disgregarse en conjuntos de menor tamaño, con lo que se tornaría de difícil conducción para el prescriptor³⁶. De ahí que el grupo ideal se configure en torno a los seis componentes.

Los atributos, variables en investigación cuantitativa, desde los que se construyó el diseño estructural de los grupos fueron los siguientes:

- Hábitat: el estudio se realizó con la población hiperfrecuentadora de un centro de salud urbano, barrio de la Chantrea de Pamplona, que atiende a una población de 21.000 personas, de

un nivel socioeconómico medio-bajo y con tendencia al envejecimiento.

- Hiperfrecuentación: se constituye en el atributo de filtro inicial y determinante del diseño del estudio. El criterio de inclusión en la muestra de acuerdo al atributo de hiperfrecuentación era la población que había acudido al centro de salud durante el año 2003 en número de 11 veces ó más (se utilizó el percentil 90 para la definición de hiperfrecuentador) y de los que sus médicos de familia estimasen que podía tratarse de pacientes difíciles tomando el criterio de Ellis²⁶ (aquellos que al verlos en el listado del día producen una sensación de “nudo en el estómago”).

Los criterios de exclusión fueron los pacientes con retraso mental, problemas severos de audición, enfermedad mental grave, dificultades de movilidad y desplazamiento y mayores de 70 años.

Del listado de pacientes hiperfrecuentadores, se solicitó a cada uno de los doce médicos que preseleccionasen a diez de ellos que cumpliesen con el criterio de Ellis de “pacientes difíciles”. Se obtuvo así una cifra de ciento doce pacientes, ya que cuatro profesionales seleccionaron a ocho pacientes. De los pacientes preseleccionados, el equipo investigador formó cuatro grupos de discusión tratando de que mantuvieran un mínimo de homogeneidad para respetar la simetría de los participantes en cada dinámica, y la heterogeneidad necesaria para asegurar la diferencia y la saturación discursiva; esta selección se fundamentó en criterios de proporcionalidad a las cuotas de edad, sexo y cada uno de los médicos (el hábitat y la clase social era constante, la media-baja mayoritaria en la zona). Así, se elaboró un segundo listado de captación con 53 pacientes, ya que el número ideal de participantes se había determinado de 24 (seis por cada grupo). La selección de una muestra más elevada (53) se atiene al objeto de contar con elementos suficientes para prever las posibles negaciones a la participación en los grupos; aspecto éste que varía en función de la temática objeto de estudio, y de la contraprestación o gratificación que se otorgue a los participantes (sobre todo

menor en los más jóvenes si la gratificación no es económica)³⁶.

Edad

Ésta determina experiencias y estados vivenciales que fundamentan diferencias en la construcción de los discursos y que debe ser tenida en consideración en las fronteras (inclusión/exclusión) de los grupos. Las propias diferencias generacionales en el uso del lenguaje limitan la comunicación comprensiva entre los estratos de edad. A partir de los 35 años se constata, a la luz de los estudios precedentes³⁸, un aumento en la utilización de los servicios sanitarios. No obstante, inicialmente se planteó estudiar la hiperfrecuentación entre los 18 y los 70 años. Por ello, la no realización del grupo de jóvenes no resta interés a la investigación al centrarse ésta en la población diana de usuarios del centro. Los grupos diseñados de acuerdo a la edad fueron: personas mayores entre 46 y 70 años (GMA); grupo de mujeres de 31 a 45 años (GMU); grupo de hombres de 31 a 45 años (GHO); grupo de jóvenes de 16 a 30 años (GJO).

Nivel socio-económico

Al ser el barrio objeto de estudio construido en la década de los sesenta por la propia población inmigrada de Navarra, y auspiciado por un patronato estatal para la construcción de vivienda social, el hábitat presenta un paisaje social con una homogeneidad dominante en el estrato de clase media-baja, acentuada en la población de más edad.

Sexo

Las diferencias de estatus y roles que la sociedad actual todavía determina para hombres y mujeres, y ello a pesar de los avances de la coeducación, genera opiniones y actitudes diferentes en la vida social en general y en la utilización de los servicios sanitarios en particular^{38,39}. Las mujeres, además de cuidadoras, son también mediadoras entre los miembros de la unidad familiar y los sanitarios, finalmente prescriptoras de las prácticas saludables en el hogar. Por todo ello, en el diseño de la investigación se planteó un grupo sólo de mujeres, otro de hombres y dos grupos mixtos.

Análisis

El análisis de las diferentes sesiones de grupo fue realizado en primera instancia de forma independiente por los miembros del grupo de investigación. Posteriormente se realizaron sesiones en común para contrastar y consensuar las líneas del análisis de contenido. Inicialmente se realizó una lectura literal de los textos dotándoles de un orden temático jerarquizado desde la lógica discursiva de los hablantes, para buscar, en segunda instancia, su interpretación de sentido a la luz del contexto social desde el que emanan dichos textos. El objeto final no era otro que reconstruir los discursos desde la configuración simbólica y semántica que encierran.

RESULTADOS

El grupo de hombres apareció presidido por comentarios relacionados con el mundo laboral ("Ahora, con el que estoy, ¿qué te pasa?, ¿en donde estás trabajando?, en esto, pues estáte dos días de reposo y vuelves") y también con una cierta preocupación por tener hábitos de vida poco saludables ("No es que el médico no me dé la solución, es que no pongo yo por mi parte la solución y se repite la cosa, pero vamos...").

El grupo de mujeres apareció más ligado a preocupaciones por su salud y la de su familia ("Yo incluso he tenido problemas graves familiares y muy delicadamente me ha mandado a salud mental, pues eso, porque claro, te lo tiene que plantear, con cierta lógica, con cuidado y tal") así como por el tipo de relación con los profesionales ("Lo más importante es la actitud del médico", "Es más el cariño de cómo te escuchan que al final lo que te van a mandar. Quiero decir, la medicación está más en el trato personal"). Es también en este grupo, donde se recogieron más opiniones críticas con el quehacer médico ("Y que ellos no son la solución a todos los problemas del mundo. Que es que... vamos, ni que fueran dioses").

El grupo de personas mayores resultó, en general complaciente con la calidad de la atención ("No, yo recuerdo que hace muchos años te pasabas, bueno había hasta cien números. Ahora, con darte la

vez no hay tantos. No hay aquella cosa de antes”).

El grupo de jóvenes no pudo realizarse por falta de asistencia, tras tres sucesivas convocatorias.

Los participantes no se reconocieron a sí mismos en ningún momento como hiperfrecuentadores (“vas al médico muy de vez en cuando”: GHO). Más bien se sentían pacientes que precisaban de continuos cuidados (“A la consulta no he ido nunca para otra cosa que no fuera algún malestar, alguna enfermedad”: GHO).

Sí que se recogió algún comentario claramente crítico y autocrítico respecto a la forma de utilización de los servicios por parte de la ciudadanía, en el sentido de no tener en cuenta la limitación de los recursos y acudir a la consulta médica por problemas que podrían ser resueltos por otros profesionales o por otros medios (“Yo creo que hay un problema de educación con los ciudadanos y me incluyo, claro, evidentemente, con respecto a cómo utilizar los centros de salud”: GMU).

En cuanto a cómo se sentían tratados en la consulta médica, el tono general fue de satisfacción. En repetidas ocasiones aparecieron comentarios que ponían de relieve y de manera bastante explícita que se sentían bien tratados (“con el médico de cabecera estoy muy contenta, y mi marido también”: GMA).

Uno de los aspectos más valorados fue la escucha activa, o, en su defecto, la actitud de escucha (“la médica que tengo se preocupa, te presta atención”: GHO). Incluso en algún caso, una participante llegaba a manifestar que lo único que se necesita es ser escuchada (“es muy importante el trato, aunque no te hagan nada”: GMU). También dieron mucha importancia al hecho de sentirse en un espacio seguro emocionalmente porque al médico le pueden relatar intimidades que no pueden expresar ni siquiera en el ámbito de las relaciones familiares y/o personales (“en la consulta cuentas cosas que no puedes contar en casa”: GMU). Apreciaban el hecho de sentir cierta complicidad por parte del profesional (“Pues nosotros hemos contado con varios médicos de cabecera porque el problema en mi caso

con el problema de mi madre incluido y consultando y gracias a los médicos de cabecera. O sea, hemos tenido que contar con ellos. Yo he contado con la complicidad de los médicos de cabecera siempre”: GMU). También explicitaron la percepción de que el/la profesional dedica el tiempo necesario para atenderles (“el tiempo que te tiene que dedicar, te lo dedica”: GHO; “ella no se atiene a los cinco minutos”: GMA).

Manifestaron una actitud comprensiva ante las limitaciones de tiempo (“el tiempo que te tiene que dedicar te lo dedica”: GHO; “ella no se atiene a los cinco minutos”: GMA).

El tono de satisfacción general, apareció matizado con comentarios que tuvieron que ver a veces con el hecho de no percibir la suficiente empatía (“Claro, es que no se van a poner en, no van a tener esa empatía con cada uno de los pacientes”: GMU), o con la sensación de encontrar cierto cansancio en el profesional (“De todas formas un poco “quemadillos” parece que están ¿no? Los médicos así, a mí me parece, de lo que oyes de tratos y manera con la gente a lo mejor”: GHO). El profesional, resultó a veces percibido como situado “por encima” de la persona que consulta (“para que funcione mejor la relación con el médico de cabecera se necesita tiempo y un poco bajar, el trato más de tú a tú, más de escuchar”: GMU).

Se objetivaron varias opiniones críticas respecto al tema de la derivación o no a los especialistas (“Les cuesta mandar a los especialistas”: GMA; “Aquí en la ciudad, a nada que ven un poco complicado, al especialista, por si acaso, para librarse, un dolor, a la radiografía o a lo que sea, para asegurarse”: GHO).

En relación con la comunicación no verbal, algunas intervenciones expresaron una queja sobre la falta de mirada directa a quien viene a la consulta, ligado en ocasiones a la utilización del ordenador (“La mirada, lo que decías tú, no me mira a la cara, es que es suficiente la actitud física”: GMU).

La utilización del ordenador por parte de los profesionales, se percibía de maneras diferentes por parte de los diversos

participantes de los grupos. A veces, como se ha comentado, como un elemento que artefacta la comunicación (“A mí me parece que con el ordenador no se lleva muy bien la persona ésta y cuando está con el ordenador está pendiente de, está muy ahí porque si me ha salido mal o me ha salido otra cosa”: GHO). Pero en otros casos, el ordenador se veía como un instrumento que permitiese al médico estar al día en todo momento (“...fue muy gracioso porque me dice, bueno, ¿qué tal va? ¿sabes algo ya del cirujano? Hombre llevo un mes operada... ¿Te han operado ya? Hombre, por favor, ¿no te has enterado? No, no me ha llegado nada.”: GMU; “En el ordenador tienen tu nombre, tus apellidos, qué has tenido, qué te han recetado, tienen todos tus datos, desde que naciste hasta que te vas a morir, prácticamente”: GHO).

La imagen del profesional médico apareció como la de alguien que, en general, se ajustaba a sus necesidades, valorándose fundamentalmente los siguientes aspectos: formación y competencia profesional (“el médico de cabecera tiene que tener formación para poder ir descartando, para poder decir no ha sido un infarto ha sido cualquier cosa más”: GMU), dotación técnica, capacidad de informar (“Yo, lo que le pregunto al médico me lo cuenta, en eso no hay problema”: GHO; “Yo creo que informan mucho más que antes”: GMU), de reconocer errores (“mi médica sí que reconoce cuando se ha equivocado y además agradece que le cuente todo lo del exterior, desde los masajes, si voy al fisio, cómo me va con él, todo”: GMU), y capacidad de trabajar en condiciones adversas (“Yo con la mía, desde luego, siempre, siempre atiende correcta, aunque tenga diez esperando fuera y sean las mil”: GMU).

Algunos comentarios fueron más críticos y se refirieron a la percepción por parte del paciente del profesional como más centrado en los efectos que en las causas (“te quitan el efecto, tapan la causa”: GMU).

Se recogieron sucesivas alusiones a ciertas resistencias por parte del profesional a tener en cuenta las experiencias, conocimientos y opiniones de los pacien-

tes y a ayudarles a éstos a asumir su enfermedad (“Yo, la primera vez que a mí me preguntó cómo sentía mi enfermedad que fue el de inspección médica, fue el único que me preguntó cómo me sentía yo con mi enfermedad de espalda, me pegó un atracón de llorar porque nadie me había expuesto esa pregunta, ni siquiera yo me la había preguntado... Porque a veces para tomar conciencia de las cosas hay que decirlas en voz alta. Yo no me lo había dicho. No me lo había preguntado y no me lo había querido asumir como tal y cuando él me lo dijo así con ese cuajo de médico que te lo pregunta con todo el peso que cae...tuve que asumirlo”: GMU).

Hubo diversas opiniones, todas ellas concordantes, en relación a las sustituciones médicas, resaltando que son frecuentes y la preferencia por encontrarse con el titular (“A mí me han coincidido muchas sustituciones”: GMU; “Yo, me tocó el año pasado, y la que estaba de suplencia bien, no tuve ningún problema, pero que eso son también casos”: GMU). En algunos casos, se recogieron opiniones sobre sentirse peor tratados por las personas sustitutas (“De verdad, siento una frialdad, que te juro que cuando abro la puerta porque no sé si está ella o no y veo que está la sustituta...”: GMU).

Se recogieron repetidos comentarios de insatisfacción referidos la larga espera para entrar en la consulta médica, aunque casi siempre matizados por la comprensión del fenómeno, que se suponía que no dependía de los profesionales (“Las consultas médicas están colapsadas. Tienen que contratar más médicos, que la lista de parados es muy grande”: GMU; “Yo creo, lo que me ha tocado, el mayor problema, es lo que están quejándose del Centro de Salud, es darle un poco más de tiempo, porque luego te toca esperar mucho en las consultas, yo particularmente”: GHO; “A mí me toca esperar igual tres cuartos de hora”: GMA).

Llamó la atención la falta de información de los pacientes sobre diferentes aspectos del funcionamiento médico dentro del Centro de Salud como son la realización de visita domiciliaria (“Leí o me dijeron el otro día una cosa, qué tiempos

éstos que en vez de que el médico te venga a ver a casa tú tienes que venir al médico”: GMU) o el que se trata de un centro docente con la consecuente realización de consultas por parte de los residentes de familia (“Hay muchas sustituciones. Creo que coincide con días de la semana, parece ser que unos días está la sustituta y otros días la titular”: GMU).

Parece oportuno señalar otros dos aspectos que aparecieron repetidamente en los grupos, aunque no forman parte de la línea de investigación principal de este trabajo. El primero es que se recogieron comentarios con contenidos desajustados sobre el funcionamiento de la consulta de enfermería (“Es que yo a la consulta que voy, al lado hay otra puerta que hay una ATS y que ésa, hay una gente que la trata ella, que va exclusivamente a ella, no sé por qué”: GHO; “Es que en enfermería un día están en la consulta y otro día van a las casas”: GMA) y sobre el funcionamiento y organización de los talleres o cursos de educación para la salud, que no saben que son llevados a cabo por enfermería (“El otro día vine y vi que había talleres ¿no?; sí talleres para dejar de fumar. Hay un taller para la espalda. Efectivamente. Hay pocos pero hay”: GMU).

El segundo aspecto remarcable es que se propusieron realizar algunas actividades educativas relacionadas con la aceptación de la enfermedad y con la situación del cuidado de pacientes crónicos (“Yo voy a reivindicar para el próximo año un curso que sea cómo aceptar una enfermedad y cuando hablo de enfermedad no es un catarro. Una enfermedad”: GMU “A mí me encantaría que en los centros de salud se hicieran más reuniones con enfermedades que se dan mucho en una población, no sé, por ejemplo, la fibromialgia, que se está hablando tanto”: GMU; “En el Centro de Salud, o enseñan a la familia a llevar a un paciente con Alzheimer o te mueres, porque es la familia la que lo lleva y la que enferma realmente”: GMU).

DISCUSIÓN

El hecho de que no hubiese podido realizarse el grupo de jóvenes limita los resultados del estudio, si bien el discurso de los

3 grupos realizados es homogéneo y no es de esperar que se hubiesen encontrado diferencias importantes. Quizás podrían realizarse trabajos para estudiar este fenómeno y sus posibles causas.

El que los pacientes no se reconociesen hiperfrecuentadores ya ha sido descrito en trabajos de similares características a éste¹⁰ y en otros de tipo descriptivo⁴⁰ y parece poner de relieve el que los pacientes consideran natural el acudir al médico cuando lo necesitan, sin que se hayan preguntado nunca a sí mismos si el número de visitas que realizan es elevado o no.

Los comentarios críticos con respecto a la utilización de servicios parecen tratarse de una cuestión emergente, que no es representativa del discurso general del grupo y plantea uno de los temas fundamentales para mejorar la calidad de las consultas de atención primaria, que también pasaría por una demanda más contenida y diversificada de los pacientes.

El tono general de satisfacción por el trato recibido en la consulta contrasta con lo encontrado en otros estudios cualitativos¹⁰, pero sí que ha sido identificado⁴¹ como uno de los aspectos que los profesionales consideran que más influye en la calidad percibida por los pacientes. En estudios descriptivos consultados⁴⁰ tampoco se habían encontrado mayores niveles de insatisfacción entre la población hiperfrecuentadora comparándola con la normofrecuentadora.

El explicitar el valor de la escucha en sí mismo nos remite a una demanda implícita de dotar de un carácter terapéutico a la comunicación médico-paciente, relación que numerosos estudios de investigación han puesto de relieve como un aspecto central en el proceso diagnóstico terapéutico^{23,24,42}. En investigaciones cuantitativas realizadas con población general⁴³ para conocer las opiniones de pacientes y profesionales sobre la práctica clínica, la escucha aparecía como el aspecto más valorado junto con la transmisión a los pacientes de que el médico tenía suficiente tiempo para atenderles, aspecto éste que también se ha recogido en el presente trabajo.

Las percepciones recogidas en algunos comentarios, de poca empatía por parte de los profesionales, fueron recogidas también en otros estudios^{10,22} y podrían relacionarse, entre otras cosas, con las emociones negativas que estos pacientes pueden generar en los médicos que les atienden^{3,5} y también con el hecho de que los profesionales deban trabajar a ritmos rápidos y con elevados niveles de incertidumbre. En estudios realizados para conocer los niveles de implicación de los profesionales así como de qué factores depende la misma⁴⁴ se sugiere que dicha implicación guarda una relación directa con el tiempo de dedicación.

Las opiniones críticas recogidas en este trabajo en relación a los desencuentros en el envío a especialistas y a las resistencias a aceptar las iniciativas del paciente, ponen de manifiesto la importancia de realizar sistemáticamente todos los pasos de una buena entrevista clínica, tanto desde el modelo emotivo-racional como desde el modelo de influencia interpersonal⁴⁵.

El papel fundamental que los pacientes otorgan a la mirada ha sido puesto de manifiesto en diversos estudios²² y viene a considerarse el elemento central para mantener una adecuada relación con el paciente.

La introducción de la tecnología en la consulta se valora en general en términos de avance en la calidad de la información y de la asistencia, puesto que agiliza las visitas. Estas mismas percepciones han sido recogidas en los estudios con población atendida⁴⁶. No obstante, en este trabajo parece que el uso de las nuevas tecnologías suscita una ambivalencia en el discurso de los pacientes, porque aunque ayuda al mejor diagnóstico, parece que puede ligarse con una relación deshumanizada y mediatizada por la máquina entre el profesional y el paciente.

Varios de los aspectos relacionados con la valoración de la competencia profesional por parte de los pacientes, tales como competencia profesional, capacidad de informar o de reconocer errores o la capacidad de trabajar en condiciones adversas, fueron encontrados en otras

investigaciones consultadas sobre expectativas en pacientes normofrecuentadores²².

Los comentarios referidos a la atención percibida "sobre los efectos, más que sobre las causas", parecen poner de relieve la oportunidad de la mejora del estilo de entrevistador, que debería estar más basado en una atención integral, con gran énfasis en lo biopsicosocial⁴⁵.

Las opiniones críticas sobre las resistencias a tener en cuenta las experiencias de los pacientes por parte de los profesionales también se habían señalado en estudios de normofrecuentadores consultados^{22,47}. Estas opiniones sugieren la conveniencia de profundizar en los aspectos psicodinámicos de la relación asistencial como ha sido enfatizado por diversos autores^{18,45}.

Los comentarios sobre la preferencia de encontrar a su médico habitual que a otro profesional son coincidentes con otros estudios cuantitativos realizados con población general de normofrecuentadores^{48,49}.

Si bien los tiempos de espera para la consulta médica puede parecer un fenómeno independiente de la relación médico-paciente, probablemente pueda influir de manera importante sobre ésta, y se ha descrito⁵⁰ como uno de los aspectos más fuertes de insatisfacción en diferentes estudios.

El desconocimiento por parte de los pacientes de aspectos básicos del funcionamiento del centro de salud pone de relieve la necesidad de mejorar los niveles de información.

La falta de un conocimiento algo más preciso sobre el funcionamiento de la consulta de enfermería o sobre los cursos de educación para la salud que se van realizando en nuestro centro de salud desde hace más de 20 años, parecen poner de manifiesto, además de un sistema de información a la población mejorable, la creencia que basa el sistema de salud en la figura preponderante del profesional médico, situando en un papel bastante más secundario a los profesionales de enfermería.

El tono general del discurso fue satisfactorio, si bien apareció presidido por

una cierta concepción de la salud como un bien de consumo, que puede comprarse, y puso de manifiesto el importante impacto de este tipo de mentalidad en relación a lo que se espera por parte de la población de los servicios de salud en general, y de los servicios médicos en particular. Las personas participantes en los grupos se veían a sí mismas como una mezcla de pacientes crónicos y de clientes.

En sucesivos momentos, se encontró una actitud crítica con respecto a las políticas de salud, sobre todo en las restricciones realizadas en materia de contratación de personal, que ocasionan importantes retrasos en la atención, tanto en el área administrativa como en la de medicina.

Esta mirada crítica hacia las políticas sanitarias no se extiende a otras áreas como puedan ser la priorización que la administración viene haciendo, de hecho, sobre las tendencias más biologicistas en detrimento del área psicosocial. Aquí el discurso es reivindicativo en materias concretas (reclaman una atención más centrada en lo educativo y emocional, plantean cursos de educación sobre cómo aceptar una enfermedad), pero en ningún momento se hila con la ausencia de una política general que propicie reformas en este terreno. Ello es en cierta forma lógico, porque es difícil reivindicar lo que no se conoce. El discurso aparece claramente influenciado por el discurso sociocultural dominante, en el que lo más importante es el consumo y la enfermedad, en detrimento del autocuidado y la salud.

Se ha recogido una actitud de comprensión hacia las limitaciones externas, poniéndose de relieve que se diferencia perfectamente lo que depende de los profesionales y lo que es ajeno a ellos.

El elemento fundamental que aparece como el más apreciado en relación a los profesionales médicos es la actitud de escucha, aunque dada la presión asistencial parece verse algo mermada por las circunstancias. En ningún momento se reivindica nada más que más personal sobre este tema. No se alude a mejoras de formación de los profesionales en habilidades

comunicacionales, ni a la búsqueda de otro tipo de soluciones.

El grupo de mujeres apareció claramente vinculado a la petición de mejoras en el terreno de la educación, tanto en las consultas como en actividades educativas concretas. Ello puede relacionarse con su papel de "cuidadoras" en esta sociedad, que por una parte les hace necesitar desarrollar más habilidades de cuidado y por otra, las tiene más desprotegidas como enfermas y necesitan que el sistema les atienda. Todo ello se inscribe dentro de una realidad más amplia, que abarca toda la vida social.

BIBLIOGRAFÍA

1. SIHVONEN M, KEKKI P. Unnecessary visits to health centres as perceived by the staff. *Scand J Prim Health Care* 1990; 8: 233-239.
2. BELLÓN J, FERNÁNDEZ-ASENSIO M. Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. *Patient Educ Couns* 2002; 48: 33-41.
3. CRUTCHER JE, BASS MJ. The difficult patient and the troubled physician. *J Fam Pract* 1980; 11: 933-938.
4. TARABILLA Y, ESCALANTE I, QUESADA N, RATIA I, OTERO O. Nuestros pacientes difíciles: cómo son y qué nos transmiten. Panel del Congreso de la SEMFYC 2004, Sevilla.
5. BELLÓN JA. Cómo entender y manejar el exceso de presión asistencial en atención primaria: consideraciones prácticas. *Cuad Gest* 1997; 3: 108-128.
6. MARTÍN ARAUJO J. Trabajo con demanda excesiva. *Medifan Prof Aten Prim* 1998; 5: 571-581.
7. DOWRICK CF, BELLÓN JA, GÓMEZ MJ. GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 361-365.
8. BAEZ K, AIARZAGUENA JM, GRANDES G, PEDRERO E, ARANGUREN J, RETOLAZA A. Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case-control study. *Br J Gen Pract* 1998; 437: 1824-1827.
9. ORTEGA MA, ROCA G, IGLESIAS M, JURADO JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de Servicios. *Aten Prim* 2004; 33: 78-85.
10. HODGSON P, SMITH P, BROWN T, DOWRICK C. Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. *Ann Fam Med* 2005; 3: 318-323.

11. VEDSTET P, SORENSSEN HT, JIENSEN JN, OLESEN F. Variation in proportion of frequent attenders between Danish general practice. *Scand J Public Health* 2004; 32: 188-193.
12. BELLÓN J, RODRÍGUEZ A, CASTILLO R, GALLARDO A, CABALLERO DE LAS OLIVAS M, MORENO I. Intervención sobre pacientes utilizadores de atención primaria: ensayo aleatorio controlado. *Aten Prim* 2004; 34 (extraordin 1):154.
13. RUIZ MORAL R, RODRÍGUEZ JJ, EPSTEIN R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Prim* 2003; 32: 594-602.
14. CLÈRIES X, BORRELL F, EPSTEIN R, KRONFLY E, ESCODA JJ, MARTÍNEZ-CARRETERO JM. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la comunicación médica. *Aten Prim* 2003; 32: 110-117.
15. PLATT F, GASPAR D, COULEHAN J, FOX L, ADLER A, WESTON W et al. Tell me about yourself: The patient-centered interview. *Ann Intern Med* 2001; 134: 1079-1085.
16. ENGEL GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
17. BALINT M. The doctor, his patient, and the illness. 2d ed. London: Pitman 1964.
18. ZOPPI K, EPSTEIN R. ¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. *An Sist Sanit Navar* 2001; 24 (Supl 2): 23-33.
19. LOAYSSA JR, GARCÍA M, GAMINDE I, VILCHES C. Percepciones de los médicos de familia sobre la relación médico-paciente. *Aten Prim* 1995; 15: 390-392.
20. PALACIO F, MARQUET R, OLIVER A, CASTRO P, BEL M, PIÑOL JL. Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. *Aten Prim* 2003; 32: 135-143.
21. BECK R, DAUGHTRIDGE R, SLOANE PH. Physician-Patient communication in the primary care office: a systematic review. *JABFP* 2002; 15: 25-38.
22. LITTLE P, EVERITT H, WILL I, WARNER G, MOORE M, FERRIER K et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001; 468-479.
23. REDONDO S, BOLAÑOS E, ALMARAZ A, MADERUELO JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Aten Prim* 2005; 36: 358-366.
24. PALACIO F, MARQUET R, OLIVER A, CASTRO P, BEL M, PIÑOL JL. Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. *Aten Prim* 2003; 31: 307-314.
25. FUERTES C, GARCÍA L, GOÑI C, ECHEVERRI JM, URABAYEN C, ANZIZU P. Satisfacción del usuario de un centro de salud: su relación con la frecuentación de consultas de medicina general. *Centro de Salud* 1995; 649-654.
26. JACKSON JL, FROENKE K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Int Med* 1999; 159: 1069-1075.
27. BLAY C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. *FMC* 1996; 3: 243-249.
28. HAHN SR, KROENKE K, SPITZER RL, BRODY D, WILLIAMS JB, LINZER M et al. The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *J Gen Intern Med* 1996; 11: 191.
29. MAS GARRIGA X, CRUZ JM, FANANAS N, ALLUE A, ZAMORA I, VINAS R. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Prim* 2003; 31: 214-221.
30. BELLÓN J. Pacientes difíciles, médicos difíciles, encuentros difíciles. XXIV Congreso de Medicina de Familia y Comunitaria. Sevilla 2004.
31. VERGELES JM. Paciente difícil, una aproximación a la "desazón" del profesional. *Aten Prim* 2003; 31: 214-221.
32. DABERKOW D 2nd. Preventing and managing difficult patient-physician relationships. *J La State Med Soc* 2000; 152: 328-332.
33. GIRON M, BEVIA B, MEDINA E, TALERO MS. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria en Alicante: un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 561-575.
34. HAHN SR. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Ann Intern Med* 2001; 134: 897-904.
35. KURPAS D, STECIWKO A. Quality of primary care and patients' satisfaction. *Wiad Lek* 2002; 55 (Suppl 1): 301-304.
36. IBÁÑEZ J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. Madrid: siglo XXI; 1979.
37. CANALES M, PEINADO A. Grupos de discusión. En: Delgado JM., Gutiérrez J, editores. Métodos y Técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Síntesis Psicología; 1994: 287-316.

38. REDONDO S, BOLAÑOS E, ALMARAZ A, MADERUELO JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Aten Prim* 2005; 36: 358-366.
39. LA PARRA D. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gacet Sanit* 2001; 15: 498-505.
40. HEYWOOD PL, BLACKIE GC, CAMERON IH, DOWELL AC. An assessment of the attributes of frequent general attenders to general practice. *Fam Pract* 1998; 15: 198-204.
41. HERNÁN M, GUTIÉRREZ JL, LINEROS C, RUIZ C, RABADÁN A. Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y La Janda. *Aten Prim* 2002; 30: 425-434.
42. STEWART M, BROWN J, H B, GAGALDA J, MEREDITH L, SGANSTER M. Evidence on patient-doctor communication. *Can Preven Control* 1999; 3: 25-30.
43. JUNG HP, WENSING M, OLESEN F, GROL R. Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 315-319.
44. MARVELL MK, SCHILLING R, DOHERTY WJ, BAIRD MA. Levels of physician involvement with patients and their families. *J Fam Pract* 1994; 39: 535-544.
45. BORRELL I CARRIÓ F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: semFYC, 2004.
46. ROIG C, ERRA N, SEGUER A, BELDA S, JUNCOSA S. Opinión de profesionales y pacientes sobre la introducción de la informática en la consulta. *Aten Prim* 2005; 36: 194-197.
47. BARCA I, PAREJO R, GUTIÉRREZ P, FERNÁNDEZ F, ALEJANDRE G, LÓPEZ DE CASTRO F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Aten Prim* 2004; 33: 361-367.
48. RABANAQUE G, GARCÍA C, MARTÍNEZ S, DOLZ A, ORDOÑO F, RUBIO P. ¿Qué opinión tienen los usuarios de la presencia de los médicos residentes en las consultas de atención primaria? *Aten Prim* 2005; 36: 25-30.
49. BAKER R, MAINOUS AG 3rd, GRAY DP, LOVE MM. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scand J Prim Health Care* 2003; 21: 27-32.
50. NEBOT C, BAQUÉS T, CRESPO A, VALVERDE I, CANELA-SOLER J. La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria. *Aten Prim* 2005; 35: 290-294.