

**UNIVERSIDAD DE GRANADA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL Y
PSIQUIATRÍA**



TESIS DOCTORAL

***RESPUESTA EMOCIONAL DE LOS MÉDICOS DE
FAMILIA EN LOS ENCUENTROS MÉDICO-
PACIENTE DIFÍCILES***

MARÍA ISABEL BALLESTA RODRÍGUEZ

GRANADA, 2010

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: María Isabel Ballesta Rodríguez
D.L.: GR 3211-2010
ISBN: 978-84-693-4358-6

UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL Y
PSIQUIATRÍA



*RESPUESTA EMOCIONAL DE LOS MÉDICOS DE
FAMILIA EN LOS ENCUENTROS MÉDICO-
PACIENTE DIFÍCILES*

Memoria del Trabajo de Investigación presentado por la Licenciada

MARÍA ISABEL BALLESTA RODRÍGUEZ

Para optar al grado de DOCTOR por la Universidad de Granada

Dirigida por los Doctores:

Dr. D. JUAN ÁNGEL BELLÓN SAAMEÑO

Dr. D. FRANCISCO TORRES GONZÁLEZ

GRANADA, 2010



UNIVERSIDAD DE GRANADA
Comisión de Doctorado

17710

CONFORMIDAD DEL DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO: Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría

PROGRAMA DE DOCTORADO: INVESTIGACIÓN SOBRE CUIDADOS COMUNITARIOS A PERSONAS CON TRASTORNOS PSICÓTICOS

D./Dña. Antonio Pla Martínez, Secretario/a de este Departamento,

CERTIFICO:

que este Departamento, en su reunión del día ^{22/04/2010}, ha dado su conformidad para la presentación de la Tesis Doctoral de D./Dña.: Maria Isabel Ballesta Rodríguez

TITULO DE LA TESIS: RESPUESTA EMOCIONAL DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN LOS ENCUENTROS MÉDICO-PACIENE DIFÍCILES

DIRECTORES: Juan A. Bellon Saameño y Francisco Torres González

Y para que conste a los efectos pertinentes en la Comisión de Doctorado, expido la presente con el Vº Bº del Director de este Departamento.

Granada, 22 de Abril de 2010.

Vº. Bº.

Fdo.:

EL SECRETARIO,

Fdo.: ANTONIO PLA

Sello del Departamento



AUTORIZACIÓN PARA PRESENTACIÓN DE TESIS

D./Dña: Francisco Torres González

Director/es de la Tesis : Juan A. Bellon Saameño y Francisco Torres González

de la que es autor D./Dña.: Maria Isabel Ballesta Rodríguez

Programa de Doctorado: INVESTIGACIÓN SOBRE CUIDADOS COMUNITARIOS A PERSONAS CON TRASTORNOS PSICÓTICOS

AUTORIZA la presentación de la referida Tesis para su defensa y mantenimiento de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, emitiendo el siguiente informe:

1.- El tema objeto de la tesis es de gran trascendencia en la práctica clínica de miles de encuentros diarios médico paciente; y, sin embargo, es un tema escasamente estudiado. 2.- Los objetivos son concretos y bien definidos. 3.- La estrategia metodológica es adecuada a los objetivos propuestos. 4.- El análisis estadístico es de gran nivel. 5.- El interés de los resultados obtenidos se corresponde con las expectativas generadas por el objeto de la tesis. 6.- Las características formales de la memoria doctoral son correctas de acuerdo con los estándares de este tipo de actividad académica. 6.- La valoración global es excelente, por lo que quien suscribe no abriga ninguna duda sobre la oportunidad de la defesna de la tesis, de acuerdo con lo previsto en el RD más arriba mencionado.

Y para que conste y surta sus efectos en el expediente correspondiente, expido la presente en

Granada, 22 de Abril de 2010.

Fdo.: Francisco Torres González

Juan A. Bellon Saameño

“Saber qué clase de persona tiene una enfermedad es tan esencial como saber qué clase de enfermedad tiene una persona” (Smyth 1962)

“Es a través de la investigación como puede aumentar la motivación de los profesionales en la toma de decisiones y en la mejora de la calidad de la práctica clínica”.

Isabel Fernández Fernández - Entrevista en Gaceta semFYC, Mar. 2003/Nº 73.

Quiero DEDICAR este trabajo:

A José Luís, por su generosidad, su compañía y su Amor constante.

A Maribel y José Luís, mis hijos, por respetar y comprender el tiempo que he
dedicado a este proyecto.

A mis padres: Miguel, “in memoriam”, y Anita, por transmitirme los valores de la
perseverancia y la curiosidad, y facilitarme el acceso al mundo del
conocimiento.

Llegado este momento importante, en el que al fin veo concluido un trabajo en el que he puesto mucha ilusión y esfuerzo, quiero expresar **MI AGRADECIMIENTO a todas las personas que han estado a mi lado y que han hecho posible que este trabajo fuese una realidad:**

A los directores de esta Tesis:

- El doctor **Juan Bellón**, por confiar en mí para llevar adelante este emocionante proyecto. Por todas sus ideas, su implicación, su ayuda, y su capacidad. Conocerlo y trabajar con él ha sido un privilegio.
- El profesor **Francisco Torres**, por su compromiso con la mejora de la atención a la salud mental y sus aportaciones mediante la investigación y la docencia; y por hacer posible que yo retomara un sueño y un proyecto “latente” desde mis años de recién licenciada, que era el de hacer mi tesis doctoral. Él supo abrir la puerta para que yo anduviera este camino y lo hiciera realidad.

A **José Luís Ramos**, no sólo por hacer que el mundo y la vida siguieran funcionando a mi alrededor en los largos y múltiples periodos en los que yo “no estaba”, sino por su contribución práctica y la dedicación de su tiempo libre al trabajo de esta tesis, en la que hay mucho de él. No podría enunciarlos todos, pero si recuerdo especialmente su contribución en pasar todos los cuestionarios de los 11.684 encuentros médico-paciente a la base de datos; él fue mi “dictador”. Sin su apoyo y su colaboración, yo sola no lo habría podido hacer. Su disposición incondicional a acompañarme en mis viajes a Málaga y conducir por mí cuando yo no podía hacerlo, esperando con infinita paciencia las horas necesarias hasta el momento de la vuelta. Por el amor la generosidad con la que siempre está ahí. Por haber sido para mi, además de mi compañero, el ejemplo profesional más cercano.

Al profesor **Michael King** que me acogió unas semanas en su departamento del Royal Free Hospital en Londres, y me apoyó en los primeros momentos para madurar la idea de que hacer la tesis era posible pese a las dificultades. Él me ayudó en la búsqueda inicial de bibliografía. Mi deseo de no defraudarle ha sido un estímulo añadido y constante.

A **Isabel Fernández** (in memoriam) por creer en la necesidad de investigar en Atención Primaria y estimularme con su empatía a no sentirme mal por lo largo que se me estaba haciendo el camino y por impulsar la ayuda económica a las tesis doctorales de los médicos de familia a través de la semFYC.

A **Víctor Ruiz** que me abrió el camino a la bibliografía sobre las emociones. También por su contribución en el análisis e interpretación de los test psicológicos empleados en esta investigación.

A **José Antonio Grabán** y la asociación *AFANAS* por diseñar y realizar el soporte en papel de todos los cuestionarios.

A **Pedro Romera Cobo** por su habilidad para resolver mis “urgencias” informáticas. El supo descubrir las posibilidades de “Tass” y “Diraya” para conseguir la edad de los pacientes sin teclear uno a uno su número de historia clínica y...¡eran 11680!!.. Siempre dispuesto a solventar cualquier “zancadilla o barrera” técnica. Gracias por su disponibilidad incondicional, su cariño y su amistad.

A **M^a Teresa Campillo** y la biblioteca del complejo hospitalario “Ciudad de Jaén” que me ha facilitado con gran profesionalidad cuantas búsquedas bibliográficas le he solicitado.

A **Manuela Expósito**, por su ayuda cercana para comprender mejor los secretos estadísticos del análisis factorial.

A **los residentes de tercer año** de medicina de familia de Málaga y Jaén en 2005, que iniciaron las encuestas a los pacientes.

A **los encuestadores: Arcángel, Antonia y Mercedes**, trabajadores sociales que también fueron encuestadores de pacientes en Jaén. A **Desirée**, psicóloga que las hizo en Málaga.

A **los Médicos de Familia** que han protagonizado los encuentros de esta investigación. Quiero agradecerles su honestidad al compartir con nosotros el lado más íntimo de su profesión y la generosidad con que añadieron a su actividad clínica diaria el esfuerzo de medir sus emociones y reflexionar sobre sus pensamientos. Me gustaría ponerles nombre a todos, pues todos ellos tienen, además de emociones y pensamientos, nombres y caras. Para no hacerlo muy extenso, lo haré sólo con los más cercanos, mis compañeros del centro de salud Federico del Castillo de Jaén: **Inmaculada Cózar, Alfonso Jiménez, Rafael Jiménez, M^a Ángeles López, Alberto Pantoja, Carmen Calahorro, Enrique Quesada, Eduardo Arcalá, Antonio Laguna, José Luque y Juana del Moral.**

A **los pacientes**, verdaderos protagonistas y objetivo de nuestro trabajo diario; algunos por participar desinteresadamente en las entrevistas de esta investigación y a todos por confiar en nosotros y ayudarnos a cuidar su salud.

A **Francisca Pérez** por hacerme sentir su amistad, su cercanía, sus consejos y sinceridad, y por estar a mi lado en los buenos y malos momentos.

A **Antonina Rodríguez**, por tantos años compartiendo amistad, proyectos, tareas, ... por confiar siempre en mí y apoyarme, por cuidarme y por esa bendita cualidad que tiene de hacer que las personas a su alrededor nos sintamos importantes y queridas.

A **Teresa Martínez-Cañavate**, por ofrecerme su ayuda, su cariño y comprensión y por compartir conmigo confidencias, inquietudes, desvaríos...y estimularme desde su experiencia para terminar este trabajo de Tesis.

A **Ariadne Runte**, y con ella a todos los amigos americanos (**M^a Inés, Néstor, Luciane, Claudio y Alberto**) con los que tuve la suerte de compartir tantas horas de aprendizaje y amistad durante los estudios para obtener la suficiencia investigadora. Ellos me enriquecieron y acompañaron cuando más los necesité.

A **Emma Motrico, Patricia Moreno, y Desirée Navas**, que desde el grupo de investigación SAMSERAP, me han facilitado cuantas peticiones de apoyo bibliográfico e informático les he hecho, por resolver mis dudas y por su trato tan cariñoso. Ellas me han acompañado y apoyado emocionalmente en la recta final.

A todos los demás miembros del **grupo de investigación SAMSERAP**, pues compartir con ellos las aventuras de los proyectos es un orgullo.

Al **grupo de investigación GAISAM**, que ha apoyado el proyecto y a mi para realizar esta tesis desde sus comienzos.

Al grupo de la **Unidad de Gestión** de la Formación en Entrevista Clínica de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, por compartir un trabajo de formación y apoyo profesional que nos enriquece. A la **Unidad Docente de Jaén**, que apostó por la formación en entrevista clínica y el desarrollo de una mejor Relación Asistencial.

Al **Grupo de Comunicación y Salud de Andalucía y al Nacional**, por lo mucho que me han aportado en formación y en amistad. En ellos encontré unos profesionales de extraordinaria profundidad y talento. Deseo poder contribuir y enriquecer el grupo con los resultados y las conclusiones de este trabajo.

A los directores del distrito sanitario de Jaén: **Francisco Martos**, cuando iniciamos el proyecto, **Eduardo Sánchez y Tomás Ureña**, actuales director gerente y director médico, por su apoyo a la investigación y por facilitar cuantas gestiones les hemos solicitado para poder realizar el trabajo de campo.

A **Mª Eugenia Fernández Asensio**, por su generosidad al compartir la intimidad de su casa y cuidarme cada vez que lo he necesitado. Por permitir que Juan me dedicara tiempos que eran de su Familia. A **Darío** y a **Julia** que compartieron sus deberes y sus juegos con mi tesis.

A mi **Familia**: hermanos, sobrinos, tíos, tías, primos... Por quererme y confiar en mí, por darme ánimos y apoyarme. Y especialmente a **mis hijos: Maribel y José Luis** por "prestarme muchos tiempos que les pertenecían a ellos". Ellos saben que son mi estímulo principal.

A mis **Amigos**, que en las diferentes etapas de mi vida han estado a mi lado. Ellos han contribuido a la "construcción" de lo que hoy soy como persona. Todos han facilitado de un modo u otro, que esta tesis se convierta en una realidad.

En especial a **Mercedes Higuera** que no sólo me abrió su casa y me acogió en Málaga, sino que me ha regalado el arte y creatividad de su pintura para el diseño de la portada de este libro.

Y por último, aunque de nuevo son los primeros, a **mis padres**, por su trabajo y generosidad para educarme. Por enseñarme el valor de la perseverancia, el afán de superación y el esfuerzo constante como caminos para alcanzar el fin deseado. Hoy desde el recuerdo puedo imaginar la cara de orgullo y de emoción que tendría mi padre. Mis logros son también los de ellos. Gracias por darme todas las oportunidades.

La realización de este proyecto de investigación y este trabajo de tesis doctoral ha sido posible gracias a las ayudas económicas recibidas de la **Consejería de Salud** de la Junta de Andalucía, y las **becas** para realizar Tesis Doctorales otorgadas por la sociedad española de medicina familiar y comunitaria (**semFYC**) y sociedad andaluza de medicina familiar y comunitaria (**SAMFYC**).

	PÁGINA
I.- INTRODUCCIÓN y MARCO TEÓRICO	1
1.- EL ENCUENTRO DIFÍCIL	3
1.1.- PACIENTE DIFÍCIL	5
1.1.1.- Historia	6
1.1.2.- Definición	6
1.1.3.- Prevalencia	8
1.1.4.- Características del Paciente Difícil	9
1.1.5.- Clasificaciones y Tipos de paciente difícil	10
1.2.- MÉDICO DIFÍCIL	15
1.2.1.- Historia	15
1.2.2.- Perfil del médico difícil	17
1.2.2.1.- Género	17
1.2.2.2.- Edad	18
1.2.2.3.- Experiencia laboral	18
1.2.2.4.- Rasgos del carácter	18
1.2.2.5.- Formación médica	21
1.2.2.6.- Modelos asistenciales y Estilos de práctica clínica	22
1.2.3.- Definición de Médico Difícil	25
1.2.4.- Características Profesionales del Médico Difícil	26
1.2.4.1.- Peores habilidades de comunicación	26
1.2.4.2.- Perfil centrado en el profesional	27
1.2.4.3.- Menor tolerancia a la incertidumbre clínica y emocional	29
1.2.4.4.- Orientación biomédica en vez de biopsicosocial	29
1.2.4.5.- Menor formación en psicoterapia	31
1.2.4.6.- Mayor presión asistencial	32
1.2.4.7.- Menor satisfacción laboral	33
1.2.4.8.- Padece con más frecuencia él mismo problemas psicosociales o de personalidad.	35
1.3.- ENTORNO DIFÍCIL	36
1.3.1.- La interfaz Entorno-Médico	37
1.3.1.1.- Trabajo en equipo	37
1.3.1.2.- Satisfacción laboral	38
1.3.1.3.- Clima organizacional	38

1.3.1.4.- Modelos de Gestión	39
1.3.1.5.- Presiones y Conflictos laborales	40
1.3.1.6.- Presión asistencial y Poco tiempo de entrevista	40
1.3.1.7.- Guardias médicas	41
1.3.2.- La interfaz entorno-paciente	41
1.4.- RELACION DIFICIL	42
1.4.1.- Aproximación histórica	42
1.4.2.- El Encuentro Difícil como unidad de estudio	44
1.4.3.- Atención centrada en la Relación	46
1.4.4.- Enfoque sistémico	47
1.4.5.- Teoría dinámica o psicoanalítica	48
1.4.6.- Comunicación en la relación terapéutica	49
1.4.7.- Barreras en la comunicación	50
1.4.7.1.- Clasificación de las barreras comunicacionales	51
1.4.7.2.- Barreras relacionadas con los modelos de relación y Expectativas del paciente	53
1.4.7.3.- Barreras relacionadas con el estilo comunicacional del médico	55
1.5.- CONSECUENCIAS DE LOS ENCUENTROS DIFÍCILES	57
1.5.1.- Sobre los pacientes	57
1.5.2.- Sobre los profesionales	59
1.5.2.1.- Insatisfacción laboral	59
1.5.2.2.- Desgaste emocional	60
1.5.2.3.- Síndrome de Burnout	61
1.5.2.4.- Litigios, demandas y denuncias	64
1.5.2.5.- Errores clínicos	64
2.- LA RESPUESTA EMOCIONAL.	65
2.1.- BASES ANATÓMICAS Y FUNCIONALES DE LAS EMOCIONES	65
2.1.1.- Sistema nervioso central	66
2.1.2.- Sistema nervioso periférico	67
2.1.3.- Activación neuronal	67
2.1.4.-Del Tallo Encefálico al Neocórtex: Estructuras límbicas	68
2.1.5.- La Amígdala	70
2.1.6.- Entramado neurológico de las emociones	70
2.1.6.1.- VÍA NEURONAL CORTA: del Tálamo a la Amígdala	71
2.1.6.2.- VÍA NEURONAL LARGA: del Tálamo al Neocortex prefrontal.	72

2.1.7.- Emoción y sentimiento	74
2.1.7.1.- Emociones Primarias	75
2.1.7.2.- Emociones Secundarias	76
2.1.8.- Emoción y toma de decisiones	77
2.1.9.- Hipótesis del Marcador Somático	79
2.2.- LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	80
2.2.1.- Concepto	80
2.2.2.- Antecedentes	81
2.2.3.- Inteligencia Intrapersonal	83
2.2.4.- Inteligencia Interpersonal	85
2.2.5.- Componentes de la Inteligencia Emocional de Goleman	86
2.2.6.- Entrenar la Inteligencia Emocional	88
2.2.7.- Habilidades Emocionales	91
2.3.- LOS MÉDICOS TAMBIÉN SIENTEN	94
2.3.1.- Empatía y Compasión	94
2.3.2.- Barreras para la Empatía	95
2.3.3.- Toma de conciencia de uno mismo por parte del profesional	96
2.3.4.- Competencia emocional del médico: autocontrol emocional	99
2.3.5.- Emociones de los médicos: tipos e intensidad	102
2.3.6.- Reacciones asociadas a esas emociones: respuesta emocional	103
2.3.7.- ¿Cómo medir las emociones de los médicos?	106
2.3.7.1.- Registro Psicofisiológico	107
2.3.7.2.- Técnicas de Observación	108
2.3.7.3.- Autoinformes	108
2.4.- EL CONTROL EMOCIONAL Y EL MANEJO DE LAS EMOCIONES	110
2.4.1.- Las ideas irracionales de Ellis	111
2.4.2.- La Terapia Racional Emotiva	115
2.4.3.- La parada de pensamiento	119
2.4.4.- Entrenamiento en Autoinstrucciones	119
2.4.5.- El biofeedback	121
2.4.6.- La relajación	122
2.4.7.- Las habilidades emocionales de la entrevista clínica	124
2.4.8.- El grupo Balint	125
II.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	129
III.- OBJETIVOS	135

IV.- MÉTODOS Y PARTICIPANTES	139
1.- DISEÑO DEL ESTUDIO	141
1.1.- PRIMERA FASE: ESTUDIO CUALITATIVO:	141
1.1.1. Generación de ideas	141
1.1.2. Discusión	141
1.1.3. Consenso	142
1.2.- SEGUNDA FASE: ESTUDIO CUANTITATIVO	142
2.- ÁMBITO DE ESTUDIO	142
2.1 ÁMBITO GEOGRÁFICO Y ORGANIZATIVO	142
2.2 ÁMBITO TEMPORAL	143
3.- POBLACIÓN	144
3.1 POBLACIÓN DE REFERENCIA	144
3.2 POBLACIÓN ELEGIBLE	144
3.2.1.- Centros de Salud	144
3.2.1.- Médicos de familia	144
3.2.1.- Pacientes	145
4.- MUESTREO	145
5- ANÁLISIS ESTADÍSTICO	146
5.1.- TRANSFORMACIÓN DE LAS VARIABLES ORIGINALES.	146
5.2.- ESTUDIO DESCRIPTIVO	146
5.3.- VALIDACIÓN DE LAS ESCALAS DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS	147
5.3.1.- Estudio de la validez	147
5.3.2.- Estudio de la fiabilidad	147
5.3.3.- Estudio de la consistencia interna	148
5.4.- AJUSTE DE LOS MODELOS NULOS	148
5.5.- ANÁLISIS BIVARIANTE	149
5.6.- ANÁLISIS MULTIVARIANTE	149
5.7.- SOPORTE INFORMÁTICO	149
6 - RECOGIDA DE INFORMACIÓN - VARIABLES	150
6.1.- VARIABLES DEPENDIENTES	150
6.2.- VARIABLES INDEPENDIENTES	150
6.2.1.- Variables de la organización	150
6.2.2.- Variables del médico	150
6.2.3.- Variables del paciente	152

6.2.4.- Variables de la interfaz	154
V.- RESULTADOS	157
1.- DATOS GENERALES	159
2.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO	160
2.1.- LISTADOS DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS GENERADOS EN LOS GRUPOS DE MÉDICOS DE FAMILIA	160
2.2.- DESCRIPTIVA DE LOS 11.684 ENCUENTROS MÉDICO-PACIENTE	161
2.3.- DISTRIBUCIÓN DE LAS PUNTUACIONES DE LOS PENSAMIENTOS Y EMOCIONES DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN LOS 421 ED	161
2.4.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS 336 ENCUENTROS DIFÍCILES EN LOS QUE SE ENTREVISTARON LOS PACIENTES	162
2.4.1.- Variables de los pacientes de los 336 encuentros difíciles	162
2.4.2.- Análisis descriptivo de las variables de los médicos	164
2.4.3.- Variables de la organización	164
2.4.4.- Variables de la interfaz médico-paciente	165
3.- VALIDACIÓN DE LAS ESCALAS DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS.	165
3.1.- ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS EMOCIONES Y PENSAMIENTOS	165
3.1.1.- Análisis factorial de las emociones	166
3.1.2.- Análisis factorial de los pensamientos	167
3.2.- PREVALENCIA DE LAS ESCALAS DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS	168
3.3.- ANÁLISIS DE FIABILIDAD, CONSISTENCIA INTERNA DE LAS ESCALAS DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS	168
3.3.1.- Consistencia interna de las escalas de pensamientos	168
3.3.2.- Consistencia interna de las escalas de emociones	169
3.3.3.- Matriz de correlaciones entre las distintas escalas de pensamientos y emociones	169
3.3.3.1.- Matriz de correlaciones entre las escalas de emociones	169
3.3.3.2.- Matriz de correlaciones entre las escalas de pensamientos	170
3.3.3.3.- Matriz de correlaciones entre las escalas de emociones y pensamientos	170
3.3.4.- Consistencia interna de las escalas globales de emociones y pensamientos negativos	170
4.- DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS Y NO	171

ENTREVISTADOS

5.- ANÁLISIS DE LAS VARIABLES ASOCIADOS A LAS ESCALAS DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS	171
5.1.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LAS ESCALAS DE EMOCIONES	171
5.1.1.- Emoción de desconfianza-ira	171
5.1.2.- Emoción de impotencia	172
5.1.3.- Emoción de ansiedad	173
5.1.4.- Emoción de depresión	173
5.1.5.- Emoción de inseguridad	174
5.1.6.- Emociones Positivas	175
5.1.7.- Escala GLOBAL de emociones negativas	176
5.2.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LAS ESCALAS DE PENSAMIENTOS	176
5.2.1.- Pensamientos de fracaso y maltrato profesional	176
5.2.2.- Pensamientos de desesperación	177
5.2.3.- Pensamientos de bloqueo relacional	178
5.2.4.- Pensamientos de cuestionar soluciones	178
5.2.5.- Pensamientos de rechazo	179
5.2.6.- Escala GLOBAL de Pensamientos Negativos	180
5.3.- REGRESIONES MULTIVARIANTES DE LAS ESCALAS DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS	180
5.3.1.- ANÁLISIS MULTIVARIANTES DE LAS ESCALAS DE EMOCIONES	180
5.3.1.1.- EMOCIONES DE DESCONFIANZA-IRA	180
5.3.1.2.- EMOCIONES DE IMPOTENCIA	181
5.3.1.3.- EMOCIONES DE ANSIEDAD	182
5.3.1.4.- EMOCIONES DE DEPRESIÓN	182
5.3.1.5.- EMOCIONES DE INSEGURIDAD	183
5.3.1.6.- EMOCIONES POSITIVAS	183
5.3.1.7.- ESCALA GLOBAL DE EMOCIONES NEGATIVAS	184
5.3.2.- ANÁLISIS MULTIVARIANTES DE LAS ESCALAS DE PENSAMIENTOS	184
5.3.2.1 - PENSAMIENTOS DE FRACASO Y MALTRATO PROFESIONAL	184
5.3.2.2.- PENSAMIENTOS DE DESESPERACIÓN	185
5.3.2.3.- PENSAMIENTOS DE BLOQUEO RELACIONAL	186
5.3.2.4.- PENSAMIENTOS DE CUESTIONAR SOLUCIONES	186
5.3.2.5.- PENSAMIENTOS DE RECHAZO	187

5.3.2.6.- ESCALA GLOBAL DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS	187
VI.- DISCUSIÓN	189
1. - DEL DISEÑO DEL ESTUDIO	191
1.1.- DE LAS TÉCNICAS CUALITATIVAS	191
1.2. - DE LA VALIDACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS	193
1.2.1.- De la Validez	193
1.2.1.1. De Validez factorial	193
1.2.1.2. Validez aparente	194
1.2.1.3. Validez de constructo	194
1.2.1.4. Validez de criterio	195
1.2.2.- De la fiabilidad	197
1.2.2.1.- Consistencia interna	197
1.2.2.2 Estabilidad en el tiempo (test-retest)	197
1.2.2.3. Control de la aquiescencia	198
1.2.2.4. Control de la veracidad de las respuestas	198
1.2.3.- De la sensibilidad al cambio	198
1.3.- DE LAS LIMITACIONES Y SESGOS	199
1.3.1.- Limitaciones del diseño	199
1.3.2.- Sesgos de selección	200
1.3.3.- Sesgos de información	201
1.3.4.- Sesgos de confusión	202
1.3.5.- Otros sesgos	202
2.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	204
2.1.-PRINCIPALES RESULTADOS DEL ANÁLISIS DESCRIPTIVO	204
2.1.1.- Prevalencia de encuentros difíciles (ED)	204
2.1.2.- Concordancia entre el grado de dificultad del encuentro percibido por el médico y el paciente	206
2.1.3.- Prevalencia de emociones y pensamientos	208
2.2.- RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS ESCALAS Y SUS CORRELACIONES ENTRE SI	211

2.2.1.- Afectos positivos y negativos	212
2.2.2.- Emociones y pensamientos	214
2.2.3.- Desconfianza-Ira	215
2.3.- RESULTADOS DE ANALISIS DE LAS VARIABLES ASOCIADOS A LAS ESCALAS DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS	216
2.3.1.- Fracaso y maltrato profesional	216
2.3.2.- Desesperación	216
2.3.3.- Bloqueo relacional	217
2.3.4.- Cuestionar soluciones	219
2.3.5.- Emociones positivas	220
2.3.6.- Factores externos	221
2.3.7.- Intensidad del malestar emocional	221
2.3.8.- Eventos estresantes del médico	222
2.3.9.- Centro de salud	222
2.3.10.- Morbilidad crónica	223
2.3.11.- Salud Mental del profesional	224
VII.- CONCLUSIONES	225
VIII.- BIBLIOGRAFÍA	229
IX - TABLAS	255
X.- ANEXOS	433
ANEXO I.- Cuestionario pensamientos y emociones del médico	435
ANEXO II.- Listados de citas a consulta de médicos de familia.	443
DIRAYA	
ANEXO III.- Cuestionario Remedyo MÉDICOS	447
ANEXO IV.- Manual de normas del entrevistador	457
ANEXO V.- Hoja de seguimiento de casos de pacientes	465
ANEXO VI.- Cuestionario Remedyo PACIENTES	469
ANEXO VII.- Análisis factorial de las escalas de comunicación médico-paciente	483
ANEXO VIII.- Certificado de aprobación del proyecto- Cumplimiento ético.	487

ANEXO IX.- Comparativa artículos sobre ED	491
ANEXO X. Glosario de abreviaturas	502

I.-INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

1.- EL ENCUENTRO DIFÍCIL

La actividad clínica del médico tiene como eje central el acto de consulta o encuentro médico-paciente. En este encuentro, además de los aspectos clínicos específicos del mismo, no es posible eludir los aspectos comunes a cualquier encuentro o relación entre dos personas, con los sentimientos y actitudes que cada uno produce hacia el otro. En la relación Médico-Paciente ejercen su influencia múltiples factores dependientes de las personalidades que protagonizan cada encuentro y de cómo se produce el encuentro mismo.

Como resultado del conjunto de emociones y pensamientos que aparecen durante la entrevista surge el concepto de "Paciente Difícil" (en adelante PD) caracterizado por ser ese tipo de pacientes que provocan en el médico sentimientos negativos hacia ellos.

El fin del encuentro clínico es buscar un beneficio para la salud del paciente, pero no es posible eludir que se produce en el contexto de un intercambio de información y de emociones. Es imprescindible conocer bien esos mecanismos propios de la comunicación para abordar con más eficacia la entrevista clínica, así como conducir mejor las dificultades que pueda presentar.

Diversos autores han estudiado y definido muchos de los aspectos relacionados con la comunicación Médico-Paciente y nos ayudan a conocer la importancia que la comunicación tiene en el proceso clínico de toma de decisiones y en los resultados de éste, o lo que es lo mismo, en la calidad de la Entrevista Clínica y el resultado de la misma y su particular importancia en el abordaje de pacientes problema o difíciles:

- Harrison (HARRISON, 1987) afirma que el intercambio de información realizado entre médico y paciente puede ser suficiente para elaborar el diagnóstico en el 75% de los casos, lo que se eleva al 90% en la Atención Primaria.
- Borrell manifiesta que una buena técnica de obtención de información mejora los datos extraídos de la consulta, logrando una

información mayor y de mejor calidad, con las repercusiones que ello puede tener en el plano diagnóstico-terapéutico (BORRELL F, 1989).

- Mc Murray reconoce que el encuentro personal con los pacientes constituye el aspecto más satisfactorio de la vida profesional y afirma que la empatía con los pacientes (habilidad de conectar en un sentido profundo de escuchar y prestar atención) subyace en el corazón de la práctica médica (MC MURRAY E, 1997).

Se ha comprobado que variables no puramente fisiopatológicas del proceso salud-enfermedad, como las emociones, los miedos que el síntoma produce en el paciente, las creencias sobre la enfermedad y su origen, la repercusión en su vida diaria, las expectativas hacia el profesional, el entorno psico-social... entre otras, están en íntima relación con el resultado final del proceso asistencial. (PENDELTON 84, WESTON 89, STEWART 89.)

El enfoque comunicacional que contempla todos los aspectos anteriores denominado modelo “centrado en el paciente”, (WESTON 89, BROWN 89), ya fue introducido por Balint en 1957 y se fundamenta en el elemento básico de la “*exploración de ideas, preocupaciones, creencias y expectativas del paciente*” (ARBOLEIUS, 92) y conseguir el acuerdo o coincidencia en el motivo de consulta entre el profesional y el paciente. Los efectos o resultados clínicos de este modelo se han comunicado en múltiples trabajos. (KAPLAN 89, STARFIELD 81, INUI 76, BASS 86, ORTH 87)

Pero incluso en el modelo clásico de comunicación “centrado en el médico”, en el que la relación es aceptada con un esquema de paciente pasivo y médico más directivo, técnico y poseedor de la ciencia en función de la cual a él únicamente corresponde la toma de decisiones que recaen sobre el paciente, el médico también tiene emociones y sentimientos cuando entrevista a sus pacientes (ZINN, 88). Estas emociones en ocasiones son agradables y positivas, pero en otras son negativas, generan frustración y pueden llegar a ser una gran fuente de estrés profesional (MCCUE, 82).

Un papel crucial en la interacción médico-paciente efectiva parece jugar la “vida interior” del médico (MEIER, 2001). En particular, los estudios sugieren que los médicos responden a la expresión de las necesidades y emociones de los pacientes

durante las visita con sus propias emociones. Estas emociones pueden afectar tanto a la calidad de los cuidados médicos como al bienestar propio del médico, al tiempo que las emociones no reconocidas del profesional pueden liderar el distrés, el desencanto y el burnout (MEIER, 2001).

A pesar del creciente interés suscitado por la interacción médico-paciente, la importancia central de una comunicación efectiva y la relevancia crucial que la vida interior del médico juega en la relación médica, y más aún en el proceso de cuidados, todavía son muy escasas las investigaciones que exploren el tema desde la perspectiva del médico, en particular desde las dificultades emocionales que ellos y ellas pueden experimentar (VEGNI 2004).

1.1.- EL PACIENTE DIFICIL

El sentimiento de cólera, rabia, enfado, desesperación, rechazo, culpa,...etc. que se puede experimentar con algunos pacientes forma parte de nuestro quehacer diario. Ese porcentaje de visitas incómodas o difíciles suponen una mayor exigencia y trabajo emocional a los médicos y crean con frecuencia sentimientos de frustración. Estos pacientes, sin ser la mayoría cuantitativamente, crean la idea subjetiva de haber ocupado la mayoría del tiempo de consulta. Con frecuencia estos pacientes, ante los que nos sentimos incómodos, contribuyen a hacer el trabajo más pesado y menos gratificante.

Esto viene a unirse al progresivo aumento de las cargas asistenciales sentido por muchos profesionales, sin que en algunos casos esté directamente relacionado con un aumento de la población asignada para atender, sino con el alto porcentaje de pacientes hiperutilizadores o "frequent attender" que crean un alto sentimiento de frustración en el médico (LIN, 1991) y aunque existe un cierto solapamiento entre los conceptos de hiperutilizador y paciente difícil, se sabe que la mayoría de los pacientes difíciles son frequent attender.

No podemos dejar de mencionar la existencia de una mayor y creciente frustración, *insatisfacción, inquietud, aversión o malestar en el desempeño de las tareas de los profesionales de la Salud*, habiendo sido descritas incluso, enfermedades

o síndromes propios de nuestra profesión como el Síndrome del quemado o “Burnout” que se tratará con más detalle en esta introducción, en el apartado de consecuencias del encuentro difícil.

En paralelo, resulta paradójico que, tal como expresa BARSKY en 1981, pese a los evidentes avances técnicos, diagnósticos y terapéuticos, y de la mejora de los indicadores objetivos de salud en los países desarrollados, los usuarios de los servicios sanitarios expresan un *descontento progresivo con la atención* que reciben.

Muchas de las críticas del actual sistema de salud, reflejan la insatisfacción del usuario en el plano de la relación médico-paciente, calificando a la asistencia recibida por éste como “deshumanizada”, en la que prima lo tecnológico, junto con el objetivo diagnóstico y terapéutico, frente a los aspectos mas humanos y la repercusión que la enfermedad produce en el propio paciente y su entorno familiar y social.

1.1.1.- Historia

En los años 70-80 aparecen las primeras investigaciones sobre el hecho o factor común de que un determinado número de los pacientes que vienen a visitarnos tenían la curiosa habilidad de despertar nuestros más oscuros pensamientos y emociones. A veces el simple hecho de ver su nombre anotado en nuestra lista de citas nos produce ese desagradable, y a veces familiar, “pellizco en el estómago”.

Las investigaciones iniciales se centran en el paciente como sujeto y causa de la existencia del problema del paciente difícil. Se empezaron a acuñar términos más o menos acertados y variados para denominar a esos pacientes y en esa línea de investigación durante dos décadas se describieron las características y perfiles asociados al paciente difícil.

Existe una falta de uniformidad en la bibliografía entorno a la propia definición de paciente difícil, lo que entraña dificultad en la investigación del marco teórico conceptual.

1.1.2.- Definición

En primer lugar existen gran variedad de sinónimos o denominaciones para referirse al paciente difícil y que reflejan una evolución en el concepto: así

encontramos los términos de “Paciente odioso” (GROVES JE,1978), “Paciente dificultoso o difícil” (GROVES JE,1978) (ADLER G,1981) (CLEMETS WM,1980) (CRUTCHER JE,1980) (JOHN C,1987), “Disliked medical patients” o “pacientes que causan disgusto” (GOODWIN JM,1979), “paciente problema” (KAUFFMAN MR 1957), WHITENACK DD,1984) y uno de los más utilizados desde O’Dowd es el de “Heartsink patients” traducido como “pacientes que provocan un hundimiento en el corazón del médico” (O’DOWD TC, 88), (DIXON T,1989) (McDONALD PS,1991) (O’DOWD TC, 1992) (MATHERS N,1995).

O’ Dowd lo definió como *“aquel paciente que consulta frecuentemente y que aparentemente padece de interminables quejas, provocando una desbordante mezcla de desesperación, frustración y a veces una franca antipatía en sus médicos.”*

La denominación o descripción de Paciente Difícil también es variada y las agrupamos según el criterio utilizado:

A) En base a las reacciones que provocan en el profesional

La condición sin la cual una persona no sería paciente problema es la visión de su médico como tal. Las definiciones desde este punto de vista, van desde “personas que mediante una variedad de comportamientos inducen una serie de sentimientos o reacciones negativas en la mayoría de los médicos...” (GROVES JE,1978) “...desarrollan actitudes negativas en el profesional...” (ANSTETT R,1980) “...provocan desesperanza, enfado, o frustración...” (ADLER G,1981) “... provocan discomfort...” (GOODWIN JM,1979), “...provocan sensaciones desagradables...” (PRADOS JA, 1990) o “Todo aquel paciente que genera cualquier tipo de sensación negativa o desagradable en el profesional que le atiende” (ELY JW, 1995).

Casi todas estas definiciones se hacen en base a las reacciones que esos pacientes producen en el médico. Se afirma que existen determinados pacientes que provocan malestar en sus médicos, y se han definido en función de esa sensación que provocan, pero... ¿Quiénes son esos pacientes?, ¿Cómo son?, ¿Qué características tienen?, ¿Tienen rasgos comunes? ¿Qué perfil tienen esos pacientes? Sospechamos que el corazón de los médicos no se rompe por la misma razón en unos que en otros. En base a sus perfiles o características comunes.

B) En base a sus perfiles o características comunes

Algunos autores ya lo definen en función del tipo de pacientes: "... personas que tienen preocupación grave con la enfermedad física, presentan numerosos síntomas implicando numerosos sistemas, que sobre-utilizan los servicios,..." (WHITENACK, 1984), que toman múltiples medicinas, realizan más visitas al médico, se les hacen numerosas pruebas complementarias y derivaciones, con gran prevalencia de problemas psicosociales, con menor cultura y clase social, con mayor frecuencia son mujeres, divorciadas o viudas, etc. (SCHWENK TL, 1989, BELLON JA, 1999).

Necesitamos una definición operativa que ayude a identificar a los pacientes difíciles o la relación médico-paciente difícil o alterada. Las definiciones más globales son las que se centran en recoger las sensaciones desagradables que estos enfermos producen, y aceptamos la definición ya mencionada de Ely, de **paciente difícil** como ***"Todo aquel que despierta disgusto o malestar o cualquier sensación negativa en el médico que lo atiende"*** (ELY JW, 1995).

Esta definición implica un rasgo de subjetividad en el concepto y puede hacer que un mismo paciente sea considerado como difícil o no según diferentes médicos. Pero en cualquier caso, es él, en un ejercicio de reflexión y auto-observación, quien debe descubrir esa alteración en la relación médico-paciente, y se servirá de esas sensaciones desagradables percibidas que el paciente despierta en él. Es el médico, desde esa vivencia individual y subjetiva, quien debe identificar al paciente problema, como primer paso para solucionar las dificultades que puedan existir en su relación con él.

1.1.3.- Prevalencia

Considerando al paciente como "sujeto" o protagonista del concepto "paciente difícil", se calcula que los médicos de familia reconoceríamos entre 1 y 50 pacientes difíciles en el cupo total de pacientes asignados, con una mediana de 6 (MATHERS N, 1995).

Analizando la prevalencia desde las visitas o consultas médico-paciente, existen estudios cuyos resultados varían en función de la metodología y de la propia

subjetividad de la definición del problema, y oscilan entre la frecuencia más alta, con un 30% de las consultas de atención primaria publicadas por Crutcher en 1980 (CRUTCHER JE, 1980), y el 15% percibidas a diario como visitas incómodas o difíciles que requieren mayor esfuerzo y desgaste emocional, hallado en el estudio de Jackson (JACKSON JL, 1999). Hahn encuentra entre un 10% y un 20% de los encuentros percibidos como difíciles por los médicos (HAHN SR, 1994). Y Prados habla de un 9,4% en las consultas de Atención Primaria (PRADOS JA, 1990). Considerando esta menor frecuencia publicada no deja de ser inquietante que entre **1 y 3 de cada 10 pacientes** resulte un paciente difícil o paciente problema, un encuentro difícil o un médico difícil, según los diferentes enfoques desde los que se contemple.

1.1.4.- Características del Paciente Difícil.

No existe un criterio diagnóstico específico para la definición e identificación de los pacientes difíciles, sino que se basa en una descripción general del tipo de pacientes y sus características (CARSON J, 1993). No existen muchos trabajos que lo puedan demostrar estadísticamente mediante la utilización de un grupo control.

Se han realizado diversas descripciones según el tipo de variable utilizada como criterio descriptivo:

1. Variables demográficas:

- ◆ Pacientes de clase social baja
- ◆ De mayor edad (CRUTCHER JE, 1980, BAKER R, 1996)
- ◆ Mayor frecuencia de mujeres, viudos y analfabetos (PRADOS JA, 1990). Aunque otros estudios muestran relación entre ser hombre y menor satisfacción con las consultas (BAKER R, 1996)

2. Variables relacionadas con la salud:

- ◆ Mayor existencia de problemas crónicos (JOHN C, 1987)
- ◆ Mayor prevalencia de problemas psicosociales (CRUTCHER JE, 1980 y McDONALD , 1991)
- ◆ Mayor presencia de trastornos depresivos (WHITENACK, 1984) y otros trastornos mentales o psicológicos (McDONALD PS, 1991). Y

trastornos de personalidad (SCHAFER S, 1998)

- ◆ Pacientes con pluripatología (McDONALD PS, 1991) y con mayor número de síntomas físicos y mayor número de órganos y sistemas implicados (WHITENACK DD, 1984).

3. **Variables relacionadas con la utilización de servicios:** (WHITENACK DD, 1984, JOHN C, 1987, PRADOS JA, 1990, MCDONALD PS, 1991):

- ◆ Mayor utilización de pruebas complementarias
- ◆ Mayor número de visitas (Síndrome del archivo o historia “gorda”)
- ◆ Mayor tiempo de dedicación en cada consulta
- ◆ Mayor número de derivaciones a enfermería y otros servicios de atención primaria y derivaciones a especialistas
- ◆ Consultan con más frecuencia fuera de cita
- ◆ Mayor número de contactos telefónicos
- ◆ Mayor número de fármacos prescritos
- ◆ Mayor número de ingresos hospitalarios.

1.1.5.-Clasificaciones y Tipos de paciente difícil.

Algunos autores han intentado en los últimos años tipificar o catalogar los Pacientes Difíciles (en adelante PD) con algún criterio serio, incluso desde el punto de vista estadístico, pero sin lograr influir en la literatura científica, (BEAULIEU MD, 1993), pues no logra tipificar al paciente en sí, sino a la patología que pueden presentar.

Se reconoce en la literatura que existen un determinado tipo de pacientes que, de modo más o menos constante, producen en los médicos sensaciones desagradables, y que les hacen merecer la catalogación como Pacientes Difíciles. Las tipificaciones más comunes surgen de la reflexión de diversos autores expertos en el tema.

A continuación se exponen las distintas descripciones propuestas por diferentes autores:

-Gorlins y cols. Tras una reflexión personal y revisión bibliográfica, agrupan los pacientes que generan sensaciones desagradables a los profesionales en los

siguientes tipos (GORLIN R, 1983):

- ◆ Enfermos terminales: recordamos que estos pacientes con frecuencia pasan por fases de negación e ira que hacen que el profesional se sienta incómodo (HERMAN J, 1990) (KÚBLER-ROSS E, 1991)
- ◆ Enfermedades Crónicas incurables (gran parte de la consulta del médico de familia se realiza en torno a patología de este tipo: DM, HTA, Artrosis...)
- ◆ Pacientes con crisis emocionales que carecen de tiempo o habilidades para su resolución
- ◆ Síndrome cerebral orgánico/ demencia
- ◆ Diferencias en el lenguaje o culturales
- ◆ Incapacidad para comprender la información
- ◆ Pacientes hostiles
- ◆ Personalidad Bordeline
- ◆ Pacientes híper frecuentadores
- ◆ Pacientes Hipocondríacos
- ◆ Pacientes antisociales o autodestructivos
- ◆ Pacientes sin adherencia al tratamiento

-Groves describe cuatro tipos de Pacientes difíciles, según la actitud de los pacientes con respecto al médico (GROVES JE, 1978):

- ◆ El Pegajoso: El que tiene unas necesidades sin fin y que considera que el médico es inagotable.
- ◆ Los Reclamadores: que usan la intimidación y la inducción de culpa para dominarle, utilizando los litigios y reclamando derechos. Son exigentes de modo agresivo.
- ◆ Manipuladores y masoquistas: son pesimistas y depresivos, que rechazan la ayuda (convencidos de que no tienen solución). Utilizan sus síntomas como “ticket” de acceso al médico, por lo que si un síntoma mejora rápidamente aparecen otros.

- ◆ Negadores y autodestructivos: Los que persisten en comportamientos que les son dañinos; a su vez divididos en “suicidas crónicos” y “pasotas”.

-Carson y cols. Obtienen los siguientes grupos de 36 pacientes analizados, en orden de frecuencia: (CARSON J, 1993):

- ◆ Conducta demandante o manipulativas
- ◆ Conducta agresiva
- ◆ No escuchar consejos
- ◆ No responden al tratamiento
- ◆ Menosprecian la competencia del médico
- ◆ Requieren intervención urgente, impacientes
- ◆ No categorizados.

-Schwenck y cols. Estudiaron una muestra de 205 PD agrupándolos en dos categorías, y los más frecuentes en cada una de ellas fueron: (SCHWENCK TL, 1989)

1. Categoría de “Dificultades interpersonales”:

- ◆ El paciente demanda de mi algo que no le puedo dar
- ◆ El paciente ignora mis consejos
- ◆ El paciente me causa sentimientos de frustración

2.--Categoría de “Incertidumbre médica”:

- Los problemas médicos del paciente son difíciles de resolver
- El paciente tiene muchos problemas
- El paciente me causa sentimientos de frustración.

-Gerrard y Riddel. Estudiaron 25 pacientes y los encuadraron en una o más de las siguientes diez categorías (GERRARD TJ, 1988):

- Agujeros Negros: Llamam así a los enfermos que demandan constantemente ayuda pero son expertos al mismo tiempo en bloquearla,

de tal manera que no se produce ningún movimiento o cambio en su situación

- Complejidad familiar
- Conducta de castigo, identificada como aquellos pacientes que hacen “pagar” al médico por agravios reales o imaginarios
- Vínculo personal a la personalidad del médico
- Diferencias de cultura y creencias
- Desventaja, pobreza y marginados
- Complejidad médica
- Pacientes con conexión personal (enfermeras conocidas, médicos, familiares...)
- Los malvados, manipuladores perversos.
- “Secretos”: Son el grupo de pacientes en los que se presienten que guardan muchos sentimientos o cuestiones no hablados ni compartidos cuando consultan. Y estos secretos personales o familiares forman el núcleo de sus vidas y pueden convertirlos y/o perpetuarlos en el grupo de pacientes difíciles que crean disconfort.

-Prados y cols., mediante una técnica de Grupo Nominal con profesionales de A.P. hicieron la siguiente clasificación siendo los más frecuentes en este estudio los dos primeros (PRADOS JA, 1990):

- Consulta repetida (Hiperfrecuentadores)
- Manipulador que intenta “dirigir”
- Consulta banal
- Diagnóstico no encontrado
- No adherencia al tratamiento
- Patología “social”
- Conflicto verbal
- Halagador
- Maleducado
- Agresivo

- Malas condiciones higiénicas
- “Enterao”

El paciente difícil o frustrante, que además suele ser un alto frecuentador de los servicios de salud, con frecuencia lo que padece es un problema psiquiátrico no reconocido, que se presenta en forma de múltiples quejas, malestar mal definido...etc. (JACKSON JL, 2001). Así por ejemplo, pacientes con trastornos depresivos, se pueden presentar con síntomas de insomnio, dolor de espalda, cefaleas, astenia, y una búsqueda persistente de explicación médica a su malestar. Los pacientes con trastornos de ansiedad se pueden presentar con múltiples quejas, irritabilidad, y síntomas o quejas cardiacos inespecíficos. Los pacientes alcohólicos y con trastornos de personalidad borderline pueden presentar quejas somáticas. Incluso si el médico identifica la etiología psicógena, el paciente puede rechazar el diagnóstico. Esta insistencia del paciente en que el médico “persiga” los síntomas somáticos hasta encontrar un diagnóstico médico puede ser muy frustrante para el profesional.

Los pacientes con trastorno de la personalidad no reconocido o no diagnosticados pueden dificultar la relación médico-paciente y los trastornos de personalidad dependiente pueden hacerla especialmente difícil. No siendo consciente o reconocido, el sentimiento de aversión y disconfort que este tipo de pacientes provoca puede comprometer la interacción terapéutica (SCHAFER S, 1998). Recientes investigaciones publican la asociación entre mayor número de pacientes con problemas psicosociales y abuso de drogas, con un mayor nivel de frustración reconocido por sus médicos (KREBS EE, 2006).

En las distintas clasificaciones y tipologías del PD aparece el hiperfrecuentador. Podemos afirmar que la mayoría de los pacientes hiperutilizadores son difíciles, aunque no todos los Pacientes Difíciles son Hiperutilizadores. Algunos factores relacionados con la composición familiar de los hiperutilizadores se han estudiado: así el menor tamaño familiar, la familia monoparental y el divorcio, la viudez, la soledad, el déficit de apoyo social y la disfunción familiar se relacionan con la hiperutilización (DE LA REVILLA L, 1994). De todas estas variables, cuando se miden en conjunto y controlando la confusión, la que mejor predice la hiperutilización (después de la salud mental), es la disfunción familiar (BELLÓN JA, 1999). Estas variables de composición y apoyo familiar se han incluido en las mediciones del presente estudio.

La asociación entre los síntomas físicos y la dificultad en la relación Médico-Paciente, es en parte debida a la asociación entre síntomas físicos y trastornos mentales de los pacientes, pero los síntomas también contribuyen independientemente a la dificultad. El componente independiente de los síntomas asociados a la dificultad puede deberse a dos razones: 1) las diferencias entre las expectativas de tratamiento entre el médico y el paciente y 2) la parte que los síntomas juegan en conferir al paciente su propio “rol de enfermo” (HAHN SR, 2001).

1.2.- MÉDICO DIFÍCIL

1.2.1.- Historia

Gran parte de los trabajos publicados inicialmente en la literatura están centrados en el paciente problema como la “causa” de la difícil experiencia del médico, como si la dificultad fuera solamente un problema del paciente. Poco se conoce acerca del médico que etiqueta a ciertos pacientes como difíciles o cómo ese etiquetado puede influir sobre la atención al paciente (CHANDY J, 1987). La investigación sobre médicos difíciles está menos desarrollada. Algunos autores avanzan identificando e incorporando algunas variables del médico que influyen y determinan la mayor o menor existencia de pacientes difíciles en diferentes consultas, lo que nos lleva a contemplar el concepto de **Médico Difícil**. Fue a principios de los años 90 cuando se desarrolló una línea de investigación un poco más atrevida. El fallo puede que estuviera en el médico, ¿existen los médicos difíciles?, ¿cuál era el perfil del médico difícil?, ¿qué factores están ligados a los médicos difíciles?

Hace ya años, Balint intentó que los médicos miraran en/hacia su interior y reconociesen los sentimientos en relación a sus pacientes; como resultado de sus trabajos se empezó a considerar que las características de los pacientes podrían no ser la única causa de los encuentros difíciles (BALINT M, 1964). Muy pocas investigaciones se detienen en la propia contribución del profesional en cada experiencia frustrante. Algunas excepciones son los trabajos de Illingworth que sugieren que la irritación con los pacientes puede provenir de la propia intolerancia, la impaciencia, el cansancio o la gran presión asistencial del médico (ILLINGWORTH RS, 1988). Pilowsky ya en los años setenta hablaba de que estos pacientes tendrían una

conducta anormal ante la enfermedad e introducía un componente crítico sobre los médicos: “...esta conducta anormal ante la enfermedad se debería tanto a la rigidez mental del paciente como a la de su médico” (PILOWSKY I, 1978). Estos estudios vienen a demostrar que variables puramente profesionales o personales del médico pueden influir en la relación con el paciente, lo cual lleva a algún autor a hacer una reflexión afirmando: “Lo que necesitamos ahora es una categorización sobre los médicos que hacen saltar el corazón de los pacientes cuando éstos los ven”. (DIXON T, 1989), y los denomina “Heartsink profesional” en similitud o paralelismo con el término “Heartsink patient”.

Las características personales de un médico también pueden generar encuentros “dificiles”. Las sensaciones y las reacciones emocionales de un médico contribuyen a la naturaleza de las relaciones médico-paciente. Estas reacciones no deberían desecharse como triviales o contempladas como interferencias molestas que necesiten ser dominadas o suprimidas. En su lugar, los médicos deben ser enseñados a reconocer sus sensaciones positivas y negativas y a determinar sinceramente cómo afectan éstas en su relación con los pacientes.

Los pacientes pueden sufrir de las necesidades emocionales no resueltas de sus médicos de distintas maneras:

- Los médicos agresivos, competitivos, podrían favorecer terapias dramáticas y ostentosas en un intento de demostrar lo inteligentes que son y cómo trabajan arduamente.
- Los médicos que intentan no hacer caso de sus necesidades personales de dependencia, pueden inducir la dependencia de los pacientes hacia ellos. Puede llegar a dar su teléfono personal a los pacientes y evitar hacer derivaciones, en un intento por ser todas las cosas para todos los pacientes.
- Los médicos con modelo biomédico pueden menospreciar los componentes psicosociales de la enfermedad y las enfermedades psicosomáticas, apreciando poco a los pacientes que las presentan; pueden discutir con estos pacientes y provocar una relación antagónica en vez de ayudar.

1.2.2.- Perfil del médico difícil

Las características individuales del médico, han sido estudiadas en diferentes investigaciones sobre los factores profesionales que pueden determinar una mayor o menor dificultad del médico:

1.2.2.1.- Género

En cuanto a la variable género del médico existen estudios que demuestran diferencias en los patrones de práctica profesional. Por ejemplo, las médicas mujeres realizan más actividades preventivas y ofrecen mejor apoyo psicológico a sus pacientes (HENDERSON JT, 2001); así como que los pacientes están más satisfechos con sus médicos de atención primaria cuando éstos son mujeres (DELGADO A, 1993) aunque otros estudios no encuentran diferencia (BAKER R, 1996) Las médicas también pensaban, en mayor % que los hombres, que es importante abordar los factores psicosociales de los pacientes (ASTIN JA, 2006). Se han encontrado mayor intensidad de disconfort entre los médicos varones que en las médicas (CRUTCHER JE, 1980) frente a lo publicado en otros estudios según los cuales las mujeres médicos tienen un porcentaje de pacientes difíciles (18,3%) mayor que los médicos varones (8,8%) (McDONALD PS, 1991). Estudiando los modelos de comunicación se afirma que el género se asocia con el modelo de interrupciones y encuentran que las mujeres interrumpen con menos frecuencia a los pacientes que los varones, pero tanto médicos hombres como mujeres interrumpen más veces a las pacientes mujeres que a los hombres (RHOADES DR, 2001).

Un metanálisis publicado en 2004 encuentra que las consultas con mujeres médicos duran una media de 2 minutos más. En ellas se dedican más a los comportamientos sociales, asesoramiento psicosocial, responder preguntas de tipo psicosocial, y conversación centrada en las emociones. Por otra parte, los pacientes de médicas mujeres se expresan de modo más completo, ofrecen más información biomédica y psicosocial y hacen declaraciones más positivas de sus médicos que los pacientes de médicos hombres. Concluyen que las mujeres médicos de Atención Primaria y sus pacientes realizan una comunicación más centrada en el paciente y con visitas más prolongadas que sus compañeros hombres (ROTTER DL, 2004).

1.2.2.2.- Edad

Respecto a la edad, algunos estudios encuentran relación entre la mayor edad de los médicos y menor frecuencia de encuentros difíciles (CRUTCHER JE, 1980, CARSON J, 1993). En la misma línea un estudio reciente encuentra asociación entre ser médicos más jóvenes, trabajar más horas por semana, tener más síntomas de depresión, estrés o ansiedad y manifestar alta frustración con sus pacientes (KREBS EE, 2006). En un sentido opuesto, puede existir relación entre más edad de los médicos y menor satisfacción de los pacientes (BAKER R, 1996). Otros investigadores afirman que los profesionales más jóvenes y los residentes suelen pedir más pruebas complementarias, y sus pacientes los visitan con más frecuencia que a los médicos de mayor edad y más experiencia. (EISENBERG J, 2002). Y es importante también destacar la otra cara del fenómeno insatisfacción, la del profesional, que en igual dirección; otros estudios encuentran que a más edad de los médicos y mayor tiempo trabajando (“antigüedad”), mayor prevalencia de insatisfacción laboral en ellos, expresada en términos de burnout. (CEBRIÁ J, 2001).

1.2.2.3.- Experiencia laboral

Se identifican diferencias estadísticamente significativas, con una relación negativa entre la experiencia o tiempo de práctica clínica y el nº de encuentros desagradables. (CRUTCHER and BASS, 1980) y (CARSON J, 1993). También se ha encontrado que los médicos de primer año de especialidad interrumpen a los pacientes durante las entrevistas con más frecuencia que los de tercer año. (RHOADES DR, 2001). Considerando que las interrupciones juegan un papel importante en la comunicación médico-paciente, podemos afirmar que una peor comunicación de los médicos en formación con los pacientes conllevaría mayor dificultad en el encuentro. En esta misma dirección se encuentra el citado trabajo realizado años antes por Crutcher (CRUTCHER JE, 1980).

1.2.2.4.- Rasgos del carácter

A ellos alude la definición que hace Borrell del médico de familia difícil como aquel profesional “autoritario, maleducado, descortés, deshumanizado, intolerante, que no respeta la opinión del paciente, que es poco asertivo” y que no informa, (BORRELL F, 1989). Algunas investigaciones han podido estudiar la relación entre algunos rasgos

de personalidad de los médicos y la satisfacción de los pacientes. Se ha publicado que los médicos hiperreactivos, con escasa empatía o centrados en la biología se relacionan con el malestar de los pacientes (TALARICO LD, 1998) (MAS X, 2009). Quizás el rasgo de carácter empático es el que más frecuentemente se ha relacionado con la satisfacción del paciente, aunque se suele medir como parte de las habilidades comunicacionales (MATHERS N, 1995).

La mayoría de los médicos piensan que sus rasgos de personalidad juegan un papel muy importante en la percepción del PD; un paciente difícil para un médico puede no resultar difícil para otros (SMITH S, 1995). Médicos con peores habilidades psicosociales perciben más encuentros difíciles (JACKSON JL, 1999). Cebriá publicó recientemente un estudio realizado en una población de 528 médicos de familia, para estudiar los **factores de personalidad** que podrían estar asociados a un mayor riesgo de desarrollar *burnout* (CEBRIÁ J, 2001). Se utilizó un cuestionario de personalidad (16 PF-5) que mide manipulación de la imagen o deseabilidad social, y 16 factores básicos de personalidad (afabilidad, razonamiento, estabilidad, dominancia, animación, atención a las normas, atrevimiento, sensibilidad, vigilancia, abstracción, privacidad, aprensión, apertura al cambio, autosuficiencia, perfeccionamiento y tensión), y el cuestionario Malash Burnout Inventory (MBI) que mide las tres dimensiones del **burnout**: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Las personas con mayor *cansancio emocional* eran menos estables, más aprensivas y más tensas. Las personas con mayor *despersonalización* eran menos estables, más tensas y más vigilantes. Y los médicos *menos realizados* eran menos afables y menos atrevidos. Se aprecian diferencias en el perfil de personalidad entre hombres y mujeres que cumplen criterios de burnout; Las mujeres son más aprensivas y menos atrevidas que los hombres, aunque hombres y mujeres tienen un elevado nivel de ansiedad. Por otra parte, la sensación de presión y estrés es una percepción subjetiva e individual y parece depender de la capacidad de afrontamiento que tenga, del grado de vulnerabilidad al estrés y de los valores que asume, teniendo presente que burnout se asocia con el grado de estrés crónico mantenido. En definitiva, Cebriá apunta que cuando existe una presión externa mayor a la resistencia personal, el umbral de presentación del burnout se rebaja de forma considerable, incrementando bruscamente la puntuación en burnout (CEBRIÁ J, 2001).

Resulta muy interesante la afirmación de Borrell de que “*el profesional debe ser consciente de cómo repercuten sus rasgos de carácter sobre el estilo de relación*” (BORRELL F, 2006) y resume algunas alteraciones del carácter del profesional y sus posibles repercusiones:

- *Profesional “culpabilizador”*: en su vida cotidiana, el profesional suele atribuir causas y personalizar culpas para casi todo. En la consulta es un experto para hacer recaer los pequeños fracasos terapéuticos en el propio paciente.
- *Profesional distante y “muy técnico”*: en su vida cotidiana es una persona poco expresiva. En la consulta se ve como un «técnico» que no quiere mezclar la amistad en su relación con los pacientes.
- *Profesional irónico*: en su vida cotidiana «saca punta» a casi todo. En la consulta libera tensiones riéndose de las excentricidades que percibe en sus pacientes.
- *Profesional paternalista*: en su vida cotidiana decide casi todo para aliviar el sufrimiento de familiares y amigos. En la consulta también cree que si los pacientes hacen lo que él/ella piensa irán mejor que si se les deja decidir.
- *Profesional “hiperresolutivo”*: en su vida cotidiana es ama/o de casa, madre/padre y amigo «solventalotodo». En la consulta también le gusta quedar bien, aunque a veces cae en el «furor terapéutico» (uso poco crítico de pruebas diagnósticas, megadosis, asociaciones peligrosas, etc.)
- *Profesional “ansioso-asegurador”*: en su vida cotidiana lo quiere tener todo controlado. En la consulta no tolera situaciones ambiguas y se «reasegura» de que el paciente no tiene «nada grave» aunque para ello deba repetir exploraciones ya realizadas. Crea en los pacientes una sensación de peligro y los hace adictos a su consulta.

Una relación médico-paciente de tipo "dependiente" podría ocurrir porque se trate de un médico generador de dependencia (protector, paternalista, etc.) o bien porque el paciente posea rasgos dependientes de personalidad, o por ambas cosas, o porque la interacción entre ese médico y ese paciente, en un determinado entorno y circunstancia, favorece ese tipo de relación. El **profesional generador de dependencia** es raro que se

plantee que sus pacientes van mucho a la consulta porque él tiene dificultades para resolver eficientemente los problemas de salud de sus pacientes. Al fin y al cabo se trata de un mecanismo de defensa para salvar la autoestima profesional, que en algunos casos ya estaría deteriorada (BELLÓN JA, 2001).

1.2.2.5.- Formación Médica

La literatura también demuestra que la formación continuada mejora la práctica profesional. En un mundo como el nuestro actual, concebido en torno del materialismo biológico, la concepción y la vivencia del sufrimiento humano se relaciona con el concepto del ser humano como fenómeno físico, que siempre será explicable por la ciencia (BUTLER C, 1999). Lo biológico, no sólo constituye una identificación, sino que es el eje central de la formación médica profesional. El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos y multiorgánicos, donde los fenómenos sociales, culturales o psicosociales tienen una consideración casi anecdótica. Tanto en su formación pregrado y postgrado, el médico apenas aprende a manejar la enfermedad en torno a otros términos que no sean los de los paradigmas biológicos. Frecuentemente nuestro entrenamiento como médicos no incluye habilidades de entrevista clínica que incluyan la escucha activa para entender realmente las quejas del paciente (LÓPEZ EA, 2005).

Mathers, tras identificar las características de los médicos con más encuentros difíciles hace recomendaciones diciendo que si un médico de familia desea intentar reducir el número de sus experiencias difíciles, necesita reducir su nivel de estrés percibido, por ejemplo disminuyendo y reorganizando sus cargas de trabajo y aumentando su nivel de satisfacción laboral. También podría ser necesario mejorar su *formación en habilidades organizativas y en técnicas de manejo de estrés*, lo cual debería incluirse en niveles de formación pre y post-grado (MATHERS N, 1995). A esto se suma el mensaje lanzado desde el *consenso de Toronto* de que “las habilidades de comunicación clínica pueden y deben enseñarse prioritariamente, proponiendo además los métodos de enseñanza (SIMPSON M, 1993).

En este sentido existen publicaciones que relacionan positivamente la mayor formación del médico en habilidades de entrevista clínica y relación asistencial con una menor vivencia de pacientes difíciles, así como con menor prevalencia de desgaste profesional. Una investigación realizada entre médicos de familia españoles pertenecientes al grupo Comunicación y Salud muestra que la mejor formación y

manejo de habilidades en comunicación estaría asociada a una menor quemazón profesional y podrían ser un factor protector del mismo. (CEBRIA J, 2006).

1.2.2.6.- Modelos asistenciales y Estilos de práctica clínica

Los estilos de práctica profesional o modelos asistenciales podrían definirse como el conjunto de peculiaridades en la forma de trabajar del médico, que se adoptan como resultado de ciertos factores de su personalidad, de sus diferentes actitudes hacia el propio trabajo, de la motivación, valores, gustos, hábitos, habilidades y tipo de formación. Además se mostrarán relacionados con los niveles de satisfacción y de estrés laboral que llega a experimentar el médico en dicho entorno (HOWIE JGR, 1992).

Cada médico se configura, no en el plano teórico, sino en un plano práctico de actos cotidianos, según una cierta autoimagen o fantasía de lo que somos y lo que hacemos, de cómo interpretamos el papel que la sociedad nos pide; delimitamos lo que estamos o no dispuestos a hacer, hasta qué punto estamos o no dispuestos a implicarnos emocionalmente, etc. Estas configuraciones son las que se pueden agrupar en distintos modelos asistenciales (BORRELL, F, 1989):

- *El profesional como "técnico"*: para el que el componente subjetivo implícito en la relación interpersonal carece de importancia. Por ejemplo, nos interesa el dolor del paciente, pero no el sufrimiento de éste.

- *El profesional como "sacerdote"*: que adopta una actitud paternalista, aconsejando, dictando comportamientos, interpretando sucesos... y a la vez intolerante, no permitiendo al paciente opiniones o creencias diferentes.

- *El modelo de "camaradería"*: sin distancia terapéutica. Ésta es necesaria para analizar con mínima objetividad la problemática del consultante, sea del tipo que fuere.

- *El modelo "contractual" o "centrado en el paciente"* (BYRNE PS, 1.984), considerando al paciente como un ser autónomo, con sus propias creencias y sistema de valores. Practicando el respeto, la tolerancia y el interés genuino por la persona que se tiene delante.

Las variables del médico y su estilo de práctica clínica condicionan de manera poderosa la frecuentación de sus pacientes (PEDRERA V, 2005). La evidencia científica demuestra que determinados estilos de relación entre médicos y pacientes son más eficaces que otros en el cumplimiento de regímenes terapéuticos, la satisfacción de los pacientes con el sistema de salud, la propia evolución de los problemas clínicos (STEWART M, 1999; MUÑOZ M, 2002) y la disminución de litigios por prácticas inadecuadas (LEVINSON W, 1997). En otras palabras, estaríamos hablando de que el tipo de relación que establecemos con nuestros pacientes ejerce una influencia directa en la efectividad misma de la asistencia médica (RUIZ R, 2005).

Los estilos de práctica clínica son difíciles de definir y clasificar; no obstante se podrían perfilar al menos cuatro de ellos: el médico "activador de pacientes", el médico "influenciado por la industria farmacéutica", el médico "rápido" y el médico "con déficit en habilidades comunicacionales".

A) - El médico con un estilo de práctica "*activador de pacientes*" consigue que los pacientes recobren las riendas, la responsabilidad y el protagonismo de su salud, aumentando sus creencias de control interno y de percepción de autoeficacia. Estos pacientes, por ejemplo, ejercerían un mayor y mejor autocontrol de sus enfermedades crónicas y agudas, por lo que necesitarían utilizar las consultas de sus médicos con menos frecuencia.

B) - Algunos médicos tienen una práctica caracterizada por una mayor utilización farmacológica (desde el punto de vista cuantitativo) y el uso de una proporción elevada de fármacos de valor intrínseco no elevado (aspecto cualitativo); éstos serían los médicos "*influenciados por la industria farmacéutica*" (BONAL P, 1991), ello podría desencadenar una mayor utilización, ya que por una parte aumentaría la demanda de medicación por parte de los pacientes (ir a la consulta por recetas) y por otra, al ser fármacos que no resuelven ("utilidad clínica dudosa"), obligaría al paciente a acudir de nuevo a la consulta (descenso en la calidad asistencial y la capacidad resolutive). Vedsted ha realizado un estudio en la población hiperutilizadora demostrando una fuerte asociación entre la hiperutilización y la polimedición (sobre todo antibióticos, analgésicos y psicotropos) (VEDSTED O, 2004).

C) - El estilo profesional de los llamados "*médicos rápidos*", es decir los que emplean un menor tiempo por paciente en la consulta. También tendría menos

posibilidades de resolver adecuadamente los problemas del paciente, por lo que estos volverían más por la consulta. Se ha comprobado que hacen un peor abordaje psicosocial, preguntan poco, dan menos explicaciones y sus pacientes exponen escasamente sus creencias, por lo que la probabilidad de resolver los problemas del paciente también se reducirá. Estos médicos soportan una mayor proporción de demandas burocráticas (LAW SAT, 1995), lo cual implicaría una mayor tasa de utilización por motivos administrativos. Esto dependería, entre otras cosas, del manejo de más y peor medicación, pero también se podría deber a un déficit en la organización administrativa de la consulta (BELLÓN JA, 1993).

D) - Varios estudios han demostrado que los médicos *con “déficit en habilidades comunicacionales”* prestan una atención de peor calidad y reciben más visitas de sus pacientes (ONG LML, 1995); posiblemente debido a que prescriben un mayor número de medicación sintomática, las consultas duran menos tiempo y las historias clínicas están peor registradas, mayor dificultad en la relación con el paciente, menor satisfacción de los pacientes, cumplen menos con los tratamientos, se controlan peor de su diabetes e hipertensión (KAPLAN SH, 1989) y se resuelve con menor efectividad la morbilidad más común. A los médicos que tienen una mayor presión asistencial, sus pacientes les perciben una peor relación médico-paciente en cuanto a disponibilidad de resolver sus problemas, capacidad de escucha, de información y de entender su sufrimiento (ZYZANSKI SJ, 1998).

También *Corney* identificó en el médico tres aspectos principales comunes, asociados con los encuentros difíciles (CORNEY R, 1988):

1- Falta de control en el manejo de la frustración del profesional.

2- El sentimiento de llegar a un “punto muerto” con el paciente, en el que ya no se avanza ni se modifica la situación.

3- El sentimiento de temor a “abrir la caja de Pandora” y sentirse abrumado por el número o la complejidad de los problemas que pueden aparecer o con falta de habilidades para afrontarlos. Este autor concluye que uno de los principales pasos para manejar a los pacientes difíciles es “reconocer, conocer y aceptar las emociones negativas asociados con estos pacientes como naturales y razonables”

En un estudio reciente, se realiza un análisis del modelo explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria a partir de los factores del profesional y de la organización (MOCAUT-III), considerando diversas variables significativas del médico. En éste encontraron relación entre la demanda inducida por éste, con el número de diabéticos e hipertensos diagnosticados, recibir a los visitantes médicos, mayor consumo de fármacos de escaso valor intrínseco (VINEs), percepción de tensión médico-enfermero, fracaso del equipo, el tamaño del cupo y la proporción de pacientes mayores de 64 años en el cupo (MARTÍNEZ-CAÑAVATE T, 2004).

1.2.3.- Definición de Médico Difícil

Puede ser complicado tratar de definir desde cualquier perspectiva un prototipo de Médico Difícil (MD). Algunas publicaciones sobre médicos denunciados en Estados Unidos nos orientan a que la mayor parte de ellos tenían un contacto humano de peor calidad y provocaban menos satisfacción en sus pacientes Según Mathers los profesionales que tienen más problemas en sus encuentros con pacientes, con frecuencia tienen las siguientes características (MATHERS N, 1995):

- Peores habilidades de comunicación
- Perfil de entrevistador centrado en el profesional frente al modelo centrado en el paciente
- Menor tolerancia a la incertidumbre tanto clínica como emocional
- Orientación biomédica frente a la psicosocial
- Menor formación en psicoterapia
- Mayor presión asistencial
- Menor satisfacción laboral
- Padece con mas frecuencia él mismo problemas psicosociales o de personalidad

Mead (MEAD N, 2000) encuentra también que existe un mayor registro de pacientes difíciles en los médicos con:

- Mayor percepción de insatisfacción en el trabajo
- Mayor insatisfacción con el entorno laboral

Dentro de los factores profesionales se han estudiado las características individuales del médico como el sexo, edad, especialidad, experiencia, capacidad técnico-científica, y estilos de práctica clínica médica que explican una ligera variabilidad en la petición de pruebas complementarias (analítica, radiología) o de prescripción de fármacos, y por otra parte las características organizacionales de su trabajo (GÓMEZ-CALCERRADA D, 1996). No obstante, cuando se controla por morbilidad-severidad sólo la formación permanece como característica del médico que ha demostrado su influencia sobre la utilización de los servicios de salud (EISENBERG JM, 1985)

1.2.4.- Características Profesionales del Médico Difícil

Merece la pena detenernos en las características definidas por Mathers en los MD y las diferentes investigaciones que las han estudiado:

1.2.4.1.- Peores habilidades de comunicación

Las habilidades de comunicación y de relación médico-paciente constituyen uno de los factores más importantes que determinan la calidad de los servicios de salud y mejoran los resultados de salud del paciente. Disponemos de evidencias que indican que una comunicación clínica efectiva puede mejorar la satisfacción del paciente, incrementar la satisfacción de los profesionales de la salud, y disminuir las reclamaciones y denuncias (LEVINSON W, 1997 Y VIRSHUP BB, 1999), así como una repercusión positiva en el proceso diagnóstico y terapéutico.

En la actualidad y de acuerdo con el Consenso de Toronto sobre Comunicación médico-paciente, se considera que muchos problemas de la relación asistencial como el incumplimiento, la insatisfacción o incluso las reclamaciones, pudieran ser debidas a un mal desarrollo de la entrevista clínica, al no situar los problemas en su contexto biopsicosocial. Esto lleva a afirmar a Simpson que “la efectiva comunicación entre el médico y el paciente es una función clínica central que no puede ser relegada ni delegada” (SIMPSON M, 1993).

Diversas investigaciones demuestran cómo la calidad de la comunicación médico paciente, tanto durante la recogida de la historia clínica, como en la información y discusión del plan de actuación, influye en los resultados de salud del

paciente; en particular a la salud emocional, resolución de síntomas, funcionalidad, constantes fisiológicas (tensión arterial o nivel de glucosa en sangre) y control del dolor (STEWART M, 1995). Hay que tener presente que la relación en el contexto clínico tiene como finalidad ayudar, conseguir una relación terapéutica y aliviar al paciente. Casi el 100% de los pacientes desea que sus médicos les apoyen, les escuchen, y les expliquen con claridad; esperan una atención personalizada realizada por su médico y que sea fácil de conseguir (TORÍO J, 1997; RUIZ R, 2003).

También conviene recordar que, entre las recomendaciones del grupo de trabajo de prevención de los trastornos de la salud mental del PAPPS-semFyC (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud, de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) para la detección de los trastornos de ansiedad y depresión, se encuentra el utilizar la entrevista como herramienta diagnóstica fundamental (TIZÓN JL, 2003). La escucha activa del médico (contacto visual, postura y la ausencia de interrupciones verbales) y las habilidades para hacer preguntas de contenido psicosocial (salto biopsicosocial), se asocian significativamente con la capacidad para identificar los problemas emocionales del paciente; y esto es independiente de las características del médico, de los pacientes y del tiempo invertido en la exploración durante la consulta y de la gravedad de los trastornos emocionales o somáticos. Estos hallazgos apoyan la necesidad de formar a los médicos de familia en habilidades específicas de entrevista, para mejorar su capacidad diagnóstica en los trastornos mentales. (GIRÓN M, 1998). Algunas características del médico que generan mala comunicación, son los médicos rápidos con alta reactividad, preguntas cerradas e incapaces de empatizar.

Los sanitarios hemos sido instruidos en la obtención activa de datos, que en última instancia se convierten en medidas, números, cálculos, pero que carecen de significados para la vida que estamos tratando de ayudar. No hemos sido entrenados en detectar esa inmensa cantidad de información que los elementos de la comunicación nos brindan (LÓPEZ EA, 2005).

1.2.4.2.- Perfil centrado en el profesional en vez de centrado en el paciente

El perfil de médico centrado en el profesional es el de aquellos médicos excesivamente centrados en el síntoma médico y que excluyen a la persona. Son los médicos con cierta idea de que la ciencia lo puede todo y ellos como poseedores de

los conocimientos y la técnica son los únicos capaces de ofrecer las soluciones o intervenciones adecuadas. Algunos estudios evidencian las carencias de este perfil profesional al considerar que es inadecuado el modelo tradicional en el que las decisiones se toman de forma unilateral por el médico sin tener en cuenta los deseos del paciente (TORÍO J, 1997).

El modelo de atención centrado en el paciente es una relación en la que el profesional promueve una relación de *cooperación* en la que ambos protagonistas encuentran un terreno común para abordar las preocupaciones del paciente y decisiones a tomar, teniendo en cuenta las expectativas, y la experiencia personal y cultural de enfermedad del paciente en tanto que miembro de una comunidad (LEWIN SS, 2001). La experiencia de la enfermedad es única para cada paciente. La mejor atención a la salud del paciente incluye atención a las motivaciones, los valores y deseos de éstos, hacia sus pensamientos y emociones y a la manera en que ellos experimentan su enfermedad. Existen numerosas evidencias de que el médico que se ocupa de la persona del paciente tanto como en su enfermedad, obtiene datos clínicos más exactos y cuidadosos, aumenta la adherencia y la satisfacción del paciente y pone las bases de una relación médico-paciente más eficaz (MCWINNEY IR, 1997). Smyth ya en 1962 afirma: *“Conocer qué persona padece la enfermedad es tan esencial como conocer qué enfermedad padece la persona”*. (SMITH SF, 1962). Las entrevistas que atienden a los sentimientos del paciente, sus ideas y valores resultan en entrevistas centradas en el paciente y existe evidencia de que aumenta la satisfacción tanto del paciente como del médico (LEVINSON W, 2000).

En un estudio prospectivo se comprobó que, los pacientes de los médicos con modelo de atención centrada en el paciente, percibían una mejoría de su salud. Este modelo demuestra cómo, el simple hecho de que el paciente pueda hablar abiertamente con el médico, de sus opiniones sobre su enfermedad, su naturaleza, sus temores, repercusiones, etc, se ha asociado de forma significativa a la mejora del proceso. Los aspectos que nos proponen abordar, con el modelo centrado en el paciente, comienzan por explorar la enfermedad y las vivencias que le ocasiona al paciente (temores, expectativas, deseos, etc.); sigue con intentar comprender a la “persona completa”, buscar acuerdos con el paciente, incorporar la prevención-promoción, el cuidado de la relación profesional-paciente e invita a ser realistas (STEWART M, 2000). La comunicación centrada en el paciente, influye en la salud del

paciente, mediante la percepción en éste de haber llegado a un terreno común con el médico. Mejora el nivel de salud y aumenta la eficiencia de los cuidados reduciendo las pruebas complementarias y las derivaciones (STEWART M, 2000).

1.2.4.3.- Menor tolerancia a la incertidumbre clínica y emocional

La mayoría de la formación médica consiste en aprender a manejarse y hacer frente a una extensa incertidumbre en los límites de los conocimientos médicos. Tomar decisiones clínicas graves basándose en datos a veces contradictorios, incompletos e inoportunos, es con frecuencia lo habitual (MCCUE JD, 1982). Todo el proceso de toma de decisiones clínicas en atención primaria se mueve en un alto nivel de incertidumbre. En muchas ocasiones el médico genera un número considerable de visitas tratando de reducir su incertidumbre. Pedir más o menos pruebas complementarias podría ser una forma de reducir la incertidumbre clínica y podría facilitar la toma de decisiones. Pero algunos médicos pueden solicitar un exceso de peticiones que no se acompaña de mayor capacidad resolutive. Esto es aún más cierto en los casos de pacientes con problemática de predominio psicosocial y trastornos de somatización, a los que la abundancia de exploraciones y derivaciones múltiples sólo les redonda en un empeoramiento de su cuadro clínico y mayor frustración en el médico (STANLEY M, 2002), perpetuándoles en el rol de pacientes difíciles para el médico. Los médicos que tienen una gran necesidad de diagnósticos ciertos o seguros tienen más probabilidad de considerar difíciles a aquellos pacientes que presentan diagnósticos múltiples o vagos, que reiteradamente vuelven con escasa respuesta al tratamiento, que presentan de modo persistente quejas físicas dispersas o que abandonan los tratamientos y su plan de actuación (MATHERS, 1995).

1.2.4.4.- Orientación biomédica en vez de biopsicosocial

Nuestro enfoque científico biomédico, unido a las condiciones de trabajo con frecuencia acelerado y las necesidades profesionales no cubiertas, determinan en general nuestra preferencia por comportamientos estandarizados, con patrones claros de problemas de salud (O`DOWD TC, 1988). En general supone un mayor esfuerzo y desgaste en el profesional el abordar la naturaleza psicosocial de los problemas y quejas de los pacientes, que en ocasiones chocan con la idea elaborada por el paciente sobre el problema.

La gran parte de los médicos de familia, debido a su **formación básicamente biologicista y organicista**, intentan dar una respuesta a los pacientes desde el modelo biomédico (y suelen pensar que el paciente, que forma parte de este mundo llamado de materialismo biológico, desea una respuesta con este enfoque), dejando de lado la posibilidad de explicar qué es lo que “va mal” en los aspectos psicológicos y evitando y obviando el abordaje de los problemas psico-sociales. Se deja de lado el *impacto emocional* que la enfermedad o sus síntomas producen en el paciente. Las consecuencias de no abordar este aspecto tan fundamental en la vivencia y entendimiento de los síntomas y molestias suelen ser la perpetuación de los mismos, la privación en el paciente de elementos de auto-ayuda y reflexión y el aumento de la dependencia de la atención médica. Paralela e intrínsecamente esto conduce al paciente a engrosar el capítulo de pacientes que no mejoran, que sienten que “no se les resuelve su problema”, que crean frustración al médico y los convierten en difíciles.

No podemos dar la espalda a una realidad que en ocasiones no hemos aprendido/ sabido o podido ver: Todos los problemas de salud son biopsicosociales, así como individuales, grupales y comunitarios a la vez. (TURABIAN JL 2006). Nuestra unidad de intervención como profesionales siempre es el **individuo en su contexto**. El modelo biomédico que elimina el contexto y los aspectos emocionales y relacionales del paciente que sufre, no puede resolver el problema (TURABIAN JL, 2007).

Los médicos con escasas habilidades de manejo de los problemas psicosociales tienen con mayor frecuencia experiencias de encuentros difíciles (JACKSON JL, 1999). Una actitud negativa del médico hacia las necesidades de tipo psicosocial del paciente puede convertir a éste en un paciente difícil (SMITH RC, 2002). Dowrick encontró que los médicos tendían a una clara orientación biomédica a la hora de legitimar las demandas de sus pacientes como “motivos de consulta apropiados” (DOWRICK C, 1996). Parece que los problemas psicosociales tienen que ganar “uno a uno” su carta de autenticidad para ser considerados apropiados y hacerse un sitio mediante una “etiqueta permitida” en las consultas. Este ha sido el caso de la depresión, el insomnio, la ansiedad, la bulimia, o la demencia.

El clínico orientado al **modelo biopsicosocial** incorpora como objetivo permanente en su relación asistencial, el lograr que ésta contenga un componente emocional intrínsecamente terapéutico. En este estilo cabe un amplio abanico de

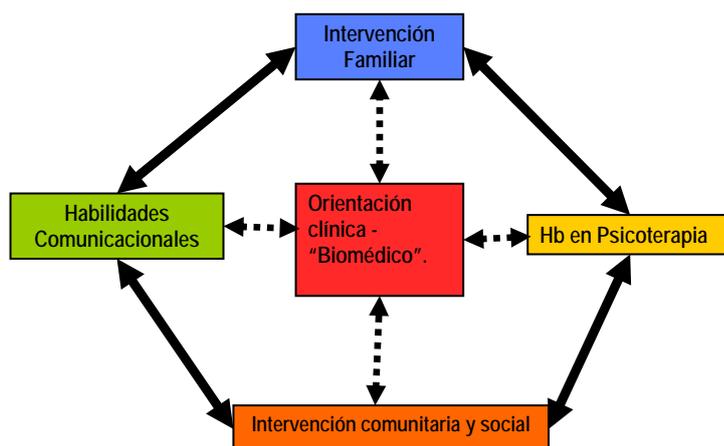
“motivos de consulta”. En ocasiones este modelo exige el coraje de plantear al paciente el origen psicosocial de determinadas somatizaciones e intentar romper el ciclo autopropetuido de medicalización crónica e iatrogénica, en beneficio de un abordaje más racional pero sin duda más laborioso (MARTÍN A, 1997). El estudio MOCAUT-III mostró cómo una de las variables del profesional que mejor predicen el aumento de presión asistencial en las consultas fue el que el médico tuviera un perfil biomédico frente al perfil psicosocial (MARTÍNEZ-CAÑAVATE MT, 2004).

1.2.4.5.- Menor formación en psicoterapia

Los problemas psicosociales en las consultas de atención primaria son muy prevalentes y sin embargo son poco “reconocidos” o diagnosticados por el médico de familia y permanecen como “morbilidad oculta”. Entre un 30-40% de los pacientes que acuden a consulta padecen algún problema psicosocial y de esos sólo son diagnosticados un 30-50% de los casos (ROVINSON JW, 1999). Indudablemente los clínicos sólo “ven” lo que conocen, y se sabe que existen grandes déficit formativos en el diagnóstico y manejo práctico y tratamiento de problemas psicosociales (LIEBERMAN J, 1999). Un estudio realizado con pacientes con Síntomas Inexplicables Médicamente (SIM) demuestra que, pese a que muchos pacientes demandaban explicaciones psicosociales o indican problemas psicosociales, los médicos dieron una respuesta sintomática indicando que la enfermedad física podría estar presente, derivando en un manejo somático de un problema psicosocial (DOWRICK C, 2004).

Los problemas de salud mental de los pacientes, incluso son el mejor predictor de utilización de las consultas de atención primaria (DOWRICK CF, 2000). Esta reiteración en las consultas puede estar relacionada con las dificultades del médico en cubrir las expectativas del paciente, (KRAVITZ RL, 1996), la ausencia de un abordaje psicosocial correcto, el no diagnóstico del problema y la falta de intervención psicoterapéutica (CAPE J, 2000), junto a la falta de control emocional por parte del paciente (BELLÓN JA, 2000).

El modelo teórico sobre la actividad del médico de familia se compara con un polígono de cuatro lados que representan a cada una de las habilidades básicas: 1- Habilidades de entrevista y comunicación, 2-Orientación sistémica y Familiar, 3-las Habilidades de Psicoterapia y 4- la orientación Comunitaria y de intervención social. En el centro de dicho cuadrado se sitúa la orientación Clínica.



Si alguna de ellas, en este caso las habilidades y formación en psicoterapia es escasa, existe mayor dificultad para abordar los pacientes complejos que a menudo presentan un componente psicológico en sus cuadros. Según Dowrick, los objetivos de intervención en atención primaria para reducir la hiperutilización, deberían centrarse por parte del médico de familia en el diagnóstico y manejo eficaz de la depresión y los desórdenes relacionados con ésta. (DOWRICK CF, 2000).

1.2.4.6.- Mayor presión asistencial

En el concepto de paciente difícil lo que prevalece es la vivencia que el médico tiene de la relación difícil médico-paciente. En ella, el fenómeno de la hiperutilización y el aumento de presión asistencial es una característica más. Se ha descrito previamente cómo, algunos estilos de práctica clínica, están relacionados con la inducción de la demanda: los médicos rápidos, los influidos por la industria farmacéutica y los médicos con déficit en habilidades de comunicación (BELLÓN JA, 2002). Ya se ha ido comentando cómo las características anteriores conducen a perpetuar la consulta repetida de los pacientes y esto se convierte en un círculo vicioso que conlleva el aumento de la presión asistencial, de tal modo que es difícil determinar en qué punto la presión asistencial es causa de la mayor dificultad sentida por el médico o es consecuencia de la misma, por las características enumeradas anteriormente del médico, que provocan en sus pacientes mayor necesidad de consultar.

Más adelante abordaremos la importancia que puede llegar a tener lo que se ha denominado por algunos autores "la demanda inducida por el profesional" en el mantenimiento de la mayor presión asistencial.

1.2.4.7.- Menor satisfacción laboral

Diversos estudios han resaltado la importancia y relación entre satisfacción en el trabajo y cuestiones tan trascendentes como: la calidad y eficiencia del mismo, una actitud positiva hacia los pacientes, y una buena práctica clínica (RANKIN, 1987). La satisfacción laboral se define tradicionalmente como un estado emocional positivo o placentero, resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales. Se trata de una serie de actitudes personales y positivas de los profesionales, tanto hacia su trabajo en sí, como a las circunstancias en que éste se realiza. La satisfacción laboral, concepto paralelo al de calidad de vida profesional, también se define como la “percepción del propio trabajador de un equilibrio entre las demandas o cargas de trabajo y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que se disponen para afrontarlas”. Todos los autores coinciden en la complejidad que subyace en la génesis multidimensional de la satisfacción. Factores relacionados con la práctica de la medicina, factores relacionados con el paciente, características personales y profesionales del médico y por último factores del contexto organizacional y social ayudan a mejorar su comprensión (EDWARDS N, 2002).

Por otra parte, existe una estrecha relación entre la satisfacción laboral y la satisfacción general con la vida, el estrés laboral, la salud mental y el desempeño profesional. La satisfacción laboral tiene un **carácter multifactorial**. Se podrían enumerar múltiples factores de los que depende ésta. Citaremos algunos:

- ◆ Las características del propio trabajo
- ◆ Las relaciones con los compañeros, con los jefes
- ◆ Las oportunidades de promoción
- ◆ El salario
- ◆ Los medios para trabajar
- ◆ El tipo de supervisión
- ◆ Una clara definición del rol a desempeñar en la organización
- ◆ La independencia para organizar el trabajo propio
- ◆ Lo importante que para ese trabajador sea su propio trabajo (Autoestima profesional).

Difícilmente un profesional que no disfruta en su trabajo podrá realizar éste de modo satisfactorio. Diversos estudios han mostrado una correlación directa entre la satisfacción de los trabajadores sanitarios y la de sus pacientes, así como una relación inversa con el absentismo laboral y el bajo rendimiento (MUÑOZ E, 2005). Según Peiró, la insatisfacción laboral en los sanitarios tendría entre sus desencadenantes: los propios sentimientos y conductas de los pacientes; la naturaleza de la enfermedad con la que se lucha; las diferencias entre las expectativas de éxito y el éxito conseguido; el conflicto de roles; y la posibilidad que tiene el profesional de controlar su propio trabajo (PEIRÓ JM, 1992).

La insatisfacción laboral es un fenómeno mundial. Los informes realizados en los últimos años describen un deterioro progresivo en el estado anímico de los médicos con su trabajo, sin haber una explicación suficientemente contrastada en la literatura sobre los factores que la determinan. Los factores más ampliamente relacionados son la sobrecarga de trabajo, la falta de apoyo unido a la responsabilidad creciente, cambios en los términos contractuales entre médicos y pacientes y la burocratización de la asistencia. (SMITH R, 2001; FERRIMAN A, 2001).

En España existen estudios realizados sobre satisfacción de los profesionales en Valencia (MIRA JJ, 1999), Asturias (OLIVAR C, 1999) y Barcelona (SOBREQUES J, 2003). Sus datos son coincidentes en las dimensiones de satisfacción y su relación con variables del profesional. Se citan como variables importantes para la satisfacción: la calidad en la relación con los compañeros y jefes, el sentirse capacitado para el trabajo, y el sentirse orgulloso de la actividad que realiza. Por el contrario, la conductas inapropiadas de los pacientes o familiares, atender consultas triviales, la falta de tiempo, algunas condiciones salariales, el exceso de horas de trabajo semanales, y la burocracia innecesaria se han relacionado con la insatisfacción laboral (MIRA JJ, 1999).

Según Mira los factores que promueven un mayor nivel de satisfacción laboral y menor de estrés entre los médicos de familia son, por orden de importancia: una buena relación social en el ámbito laboral, satisfacción laboral intrínseca, distensión en el trabajo, variedad en las tareas, independencia y autonomía para organizar el propio trabajo. Y las principales fuentes de estrés: la interferencia del trabajo en la vida privada, las urgencias o emergencias aparecidas en el trabajo, las demandas

administrativas o burocráticas y las dificultades en la comunicación con pacientes y familiares (MIRA JJ, 1994).

Otra investigación realizada en España sobre qué aspectos valoran los profesionales que influyen más en la satisfacción con su trabajo sitúan ente los 10 primeros: trabajar en equipo, motivados, dotados de los recursos necesarios por sus directivos, con conocimientos, con tiempo necesario para tratar a sus pacientes, en un ambiente de confianza, buen trato e intimidad, en un centro accesible. Agrupadas por dimensiones los más valorados fueron el de las “actitudes” de profesionales y directivos, seguidos de “gestión directiva” y “conocimientos” (PALACIO F, 2003).

1.2.4.8.- Padece con más frecuencia él mismo problemas psicosociales o de personalidad

Algunas publicaciones sugieren desde hace ya algunos años que la irritación que nos hacen sentir algunos pacientes podría partir de nuestros propios sentimientos de intolerancia, impaciencia, fatiga, irritación o estrés (ILLINWOTH RS, 1988). Mathers manifiesta que posiblemente el poner a un paciente la etiqueta de “difícil” u otros parecidos, podría no ser más que una estrategia inconsciente del profesional para contener su propia incapacidad de manejar las situaciones que estos enfermos plantean (MATHERS N, 1995). Otros investigadores que tuvieron al profesional problema como objeto de estudio, encontraron respuestas en el padecimiento de éstos de niveles altos de ansiedad, depresión, toxicomanías, burnout y trastornos de personalidad (CHAMBERS R, 1996). Igualmente otras veces el profesional está pasando él mismo por situaciones vitales estresantes, cambios en el ciclo vital, relaciones familiares disfuncionales, (divorcio, enfermedad grave de un familiar, problemas económicos, etc...).

En nuestro país, existen investigaciones dispares en cuanto a prevalencia de posible psicomorbilidad entre los médicos de atención primaria. Uno de ellos muestra una prevalencia muy alta (36,7%) (MOLINA A, 2003) e indica que la presencia de desgaste profesional se asociaba a mayor consumo de analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos así como con un porcentaje superior de bajas laborales por psicomorbilidad. Otros hablan de aproximadamente un 12% de los médicos que pueden padecer trastornos psíquicos o adictivos a lo largo de su vida profesional. La enfermedad mental y las adicciones, encabezadas por la depresión y el alcoholismo, son las causas

más frecuentes y podría ser preocupante que, a pesar de ser los expertos en la materia, al caer enfermos no utilizásemos los servicios médicos sanitarios, o se hiciera de forma inadecuada.

Se sabe que la personalidad del trabajador es un factor determinante en la percepción de estrés o de satisfacción laboral. Destacamos en este apartado las aportaciones y reflexiones realizadas por Tizón, en una revisión crítica del síndrome de desgaste profesional y el trasfondo de síntomas psicopatológicos que se describen en él, se pregunta: “¿No será que a los profesionales nos duele decir de nosotros mismos y nuestros compañeros que están o estamos deprimidos, ansiosos o con problemas relacionales o de relación en el trabajo a veces irresolubles?”. Será por la crudeza de la verdad de que nosotros también podemos padecer trastornos mentales como el resto de la población o, tal vez incluso con una incidencia tal vez mayor. Nos propone de una forma directa que la mejor forma de conocer, comprender y empatizar con los trastornos psicopatológicos de la población es conocer y trabajar los propios conflictos y cuadros psicopatológicos del profesional (TIZÓN JL, 2004).

Otro trabajo realizado con médicos catalanes concluye que hay algunos rasgos de personalidad que se asocian al síndrome de desgaste profesional; las variables relacionadas con un alto grado de ansiedad (rasgos como la poca estabilidad, vigilancia y tensión) se asocian al cansancio emocional y a la despersonalización. (CEBRIA J, 2001).

1.3.- ENTORNO DIFÍCIL

Las variables del entorno constituyen un apartado o elemento clave y presente en todos los encuentros médico-paciente, y como tal merece un tratamiento especial. Todo encuentro médico-paciente se produce en un medio o lugar físico determinado (edificios con diferentes estados de dotación y confortabilidad) en un momento determinado: hora, día y mes, inicio o final de consulta, con mayor o menor carga asistencial), mas o menos accesibles,...etc. Es claro suponer que todos los factores que rodean al encuentro médico-paciente también ejercen su influencia en el desarrollo y resultado de éste. Por tanto el *entorno*, junto con el paciente y el médico sería el tercer factor que contribuye a los encuentros difíciles.

Sería muy difícil intentar una exposición detallada y exhaustiva de todos los múltiples factores del entorno que están presentes y modelan cada encuentro médico-paciente como una experiencia singular. Intentaremos hacer una aproximación a los que nos parecen más relevantes:

1.3.1.-La interfaz Entorno-Médico.

Sería la interacción entre los factores propios del entorno presentes antes y durante el encuentro médico paciente los que determinan la vivencia del encuentro para el médico; estaríamos hablando de los factores propios de ese día y esa hora en ese lugar. Por ejemplo, una mala noche por enfermedad de un hijo, un evento imprevisto en el desplazamiento al centro de salud, un retraso al iniciar la consulta, una agenda desbordada por un pico de morbilidad, un compañero de vacaciones al que no han sustituido, demasiado calor, la impresora de la consulta estropeada, problemas de conexión informática con las historias clínicas de los pacientes, interrupciones del director del centro solicitando registros, presiones de los gestores sobre gasto farmacéutico, demasiado ruido en la sala de espera,...etc.

Entre los elementos del entorno que intervienen en la interfase entorno-médico, se han estudiado especialmente los implicados en el **entorno laboral**:

1.3.1.1.- Trabajo en equipo:

Un estudio realizado con 60 médicos de familia refleja la gran influencia del factor “entorno laboral” especialmente los referidos a trabajar en equipo, niveles de responsabilidad y variedad en el trabajo, como “factores protectores” en relación con el nº de Pacientes difíciles que registran (MATHERS N, 1995).

A veces un mal clima laboral y relacional en el seno del equipo favorece una mayor percepción de pacientes de trato difícil. Un grupo de médicos de familia españoles valoran como características favorecedoras del trabajo en un centro de salud: el trabajar en equipo, con profesionales motivados, dotados de los medios necesarios y con tiempo suficiente para tratar a sus pacientes y en un centro accesible (PALACIO F, 2003).

El trabajo en equipo se suele caracterizar por la asunción de estándares de calidad de forma voluntaria, la formación continuada compartida, el trabajo

multiprofesional, la presencia de líderes, la existencia de feed-back y la participación. Todos estos factores pueden influir positivamente en la satisfacción del profesional y crear un entorno de mejor predisposición hacia los pacientes.

Una investigación midió los niveles de ansiedad y depresión de los médicos tratando de identificar su asociación con algunas características personales y de su entorno laboral, encontrando asociación entre mayor ansiedad y realizar guardias médicas, así como entre mayor depresión y poco tiempo libre, cantidad de avisos a domicilio, trabajar solo y trabajar en un centro no docente (CHAMBERS R. 1996).

1.3.1.2.- Satisfacción laboral

En otros apartados de esta tesis se ha abordado en profundidad la relación entre la satisfacción laboral y la prevalencia de encuentros difíciles. Sólo recordaré la intervención de la insatisfacción laboral como un factor asociado a un entorno difícil, tal y como aparece en el estudio ya mencionado de Mead, que encuentra mayor registro de pacientes difíciles entre los médicos con mayor insatisfacción con el trabajo y con el entorno laboral (MEAD N, 2000). Para la medición teórica de la satisfacción profesional, se ha utilizado el cuestionario Font-Roja-AP, validado para el entorno de atención primaria en nuestro país por Olivar en Asturias que identifica nueve dimensiones: a) satisfacción con el trabajo; b) tensión relacionada con el trabajo; c) competencia profesional; d) presión en el trabajo; e) promoción profesional; f) relación interpersonal con los superiores; g) relación interpersonal con los compañeros; h) características extrínsecas de estatus e i) monotonía laboral. (OLIVAR C, 1999). La mayoría de las razones apuntadas como causantes de burnout se refieren a condiciones estructurales y organizacionales de la actividad y no de la propia tarea, de hecho, los niveles de satisfacción intrínseca son elevados entre los médicos.

1.3.1.3.- Clima organizacional

Se entiende por tal la percepción que tienen los trabajadores del medio ambiente de su trabajo. Se refiere a un conjunto de características que describen la organización, dando la medida de su medio interno. Es un concepto multidimensional para el que López (LÓPEZ LA, 1988) propone cinco dimensiones: cooperación, cohesión, trabajo en equipo, vida social y autonomía. El clima organizacional tiene una gran influencia sobre la conducta profesional individual, condicionando el grado de adhesión de los trabajadores

a los objetivos de la organización (GARCÍA M, 1993). Por tales motivos el clima organizacional influye sobre la calidad de los servicios prestados, y, por tanto podría determinar distintos patrones de utilización. El estudio del clima organizacional no tiene solamente un interés académico, sino que se ha demostrado la posibilidad de modificarlo (SIERRA R, 1985), además de su influencia en la calidad de vida de los profesionales.

Existe un gran interés por el estudio de las **relaciones causales entre el clima organizacional, la satisfacción laboral y el burnout**. Un estudio longitudinal realizado por Sáez y Saturno en nueve equipos de atención primaria, encontró correlaciones significativas entre las tres variables, de modo que el clima organizacional se relaciona directamente con la satisfacción laboral e inversamente con el burnout y la satisfacción laboral se asocia inversamente con el burnout. En cuanto a la dirección de las relaciones causales, el clima organizacional precede a la satisfacción laboral y al burnout, y la satisfacción laboral precede al burnout. Estos hallazgos son relevantes por las implicaciones de cara a orientar medidas preventivas en los equipos de atención primaria (SÁEZ C, 2003). No existen estudios específicos que relacionen clima organizacional y encuentros difíciles, pero a través de la relación publicada con la satisfacción laboral y el burnout, sí podemos sugerir que está presente en el hecho de que la interacción entorno-médico sea o no difícil.

1.3.1.4.- Modelos de Gestión

Existe una presión constante desde las gerencias de los servicios para disminuir los costes de los cuidados y aumentar la productividad de los médicos reduciendo, entre otros recursos, el tiempo que pueden dedicar a cada paciente, además de sufrir frecuentes interrupciones en sus consultas (RHOADES DR, 2001). No son infrecuentes las discrepancias entre las prioridades y objetivos asistenciales marcados por gestores y las de los profesionales, junto al aumento constante de una burocracia excesiva. La conjunción de todos estos cambios aumenta la probabilidad de que **las expectativas del médico entren en conflicto con las expectativas de los gestores y sin olvidar las de los propios pacientes**. Al mismo tiempo si el sistema de salud no cubre las expectativas del paciente, éstos se sentirán insatisfechos con las consultas (LIN CT, 2001) El paciente insatisfecho se convertirá en más demandante y el médico puede sentirse menos capaz de responder a las necesidades del paciente. Todo ello transforma los problemas del sistema de cuidados de salud en una frustración personal.

1.3.1.5.- Presiones y conflictos laborales

Las condiciones de **contratación, remuneración y dedicación horaria** también están presentes como características del entorno laboral; el estudio de Methers demostró que la insatisfacción laboral relacionada con las horas de trabajo, baja remuneración y falta de reconocimiento actúan como “factores condicionantes” del número de pacientes difíciles registrados en su estudio (MATHERS N, 1995).

1.3.1.6.- Presión asistencial y poco tiempo de entrevista.

Se denomina presión de demanda al nº de pacientes que cada médico atiende por término medio al día, y constituye el problema más acuciante con el que deben enfrentarse los médicos de atención primaria actualmente (PRIETO A, 1990). Los resultados de algunos estudios ponen de manifiesto que conforme aumenta la presión asistencial tiende a disminuir la satisfacción laboral del médico y que cuando aumenta el tiempo medio de consulta la tendencia es a una mayor satisfacción laboral y específicamente, a experimentar un incremento en la sensación del binomio Control-Independencia en el trabajo. El nivel de salud mental de los médicos generales es un tema de importancia creciente y está asociado con las cargas de trabajo (CHAMBERS R, 1996). Un estudio sobre la presencia de Burnout en médicos de atención primaria de Madrid encontró asociación entre desgaste profesional y cupos mayores de 1.700 pacientes, agendas de más de 37 pacientes diarios, percepción de disminución de calidad y precipitación de errores médicos por la presión en el trabajo (MOLINA, A , 2003).

El tiempo dedicado a la visita es hoy uno de los grandes debates y reivindicaciones de los médicos de atención primaria. Sometidos a una elevada presión asistencial, los médicos se sienten con graves dificultades para mantener los niveles de calidad en la atención a sus pacientes, desencadenando en los médicos un proceso de desencanto y frustración. Cada vez más existe un debate profundo en torno a la calidad y no tanto en la cantidad de tiempo, así como a las condiciones para lograr una mejor gestión del tiempo dedicado a la consulta del médico de familia (CASAJUANA, 2004).

1.3.1.7.- Guardias médicas,

Diversos factores como la sobrecarga de horas de trabajo y de ausencia del hogar, unido a la propia naturaleza de la atención urgente, determinan según demostró el estudio de Chambers, la existencia de mayor ansiedad y depresión en relación a realizar guardias médicas, avisos a domicilio y la falta de tiempo libre (CHAMBERS R. 1996).

1.3.2.- La interfaz entorno-paciente

Al igual que hemos contemplado la interacción del entorno con el profesional, del mismo modo el entorno puede interactuar con el paciente de modo adverso y se pueden predisponer a un encuentro difícil. Por ejemplo, le ha costado varios intentos y llamadas telefónicas el conseguir su cita; ha tenido que hacer una larga cola; en el mostrador de admisión no encontraban sus datos; ha pasado la noche en urgencias del hospital donde no han resuelto su problema; tiene que esperar mucho en la sala de espera; además han atendido antes que a él a pacientes sin cita que venían “urgentes”, etc. Todos ellos actúan como factores del entorno que influyen sobre el paciente en la percepción del encuentro difícil. Preguntados los pacientes sobre qué aspectos valoran como más positivos en un centro de salud, aparecen la organización y accesibilidad como las dos dimensiones de aspectos más importantes, junto a una tercera que es las relaciones con los profesionales. (PALACIO F, 2003-a).

Otros investigadores también han publicado factores del entorno que intervienen en el encuentro difícil: (BELLÓN JA, 2002) entre los que destacan:

- Áreas de recepción y circuitos administrativos inapropiados
- Organización de las actividades no centradas en el usuario
- Fallos reiterados en cuestiones burocráticas, fallo de los sistemas informáticos y de acceso a las historias clínicas, fallos en la organización y recepción de pruebas complementarias
 - Salas de espera incómodas y con ruidos de fondo molestos, con iluminación inadecuada y masificadas
 - Tiempos de espera excesivos
 - Demasiadas interrupciones en la consulta. A menudo las consultas del médico sufren numerosas interrupciones. Las interrupciones se

asocian a la percepción del paciente de haberse quedado con cosas por decir y con una percepción del paciente menos favorable de su visita a la consulta (RHOADES DR, 2001); es más frecuente que sea el médico quién sufre la interrupción o interferencias, con mensajes ajenos al paciente (peticiones de compañeros, mensajes de los gerentes, celadores, llamadas de teléfono, los técnicos de informática...etc), a veces el propio paciente recibe llamadas. En un intento de caracterizar el fenómeno de las interrupciones se encontró que en 379 encuentros hubo 528 interrupciones causadas principalmente por la entrada de otras personas a la consulta (31%) y llamadas de teléfono (27%).

- Presencia de otras personas en la consulta: residentes, estudiantes,...etc.
- Familiares o acompañantes entrometidos
- Ordenador: Se ha comprobado cómo el uso de ordenadores durante la consulta, las interrupciones de los “buscas”, las llamadas a la puerta, y las interrupciones verbales interfieren la comunicación médico-paciente y disminuye la satisfacción del paciente (RHOADES DR, 2001).

Las características de las consultas que disminuyen la satisfacción del paciente son: el número total de pacientes citados cada día, la ausencia de una cita personalizada en las listas; cuantos más pacientes citados por hora, la satisfacción con la percepción de duración de la consulta disminuye (BAKER R, 1996). Se ha de constatar también que, el origen de la insatisfacción del paciente y, por ende, de su posible enfado o malestar emocional (en los casos de pacientes agresivos por ejemplo), es siempre la falta de cumplimiento de sus expectativas por parte del profesional (HERMAN J, 1990 Y BROWN JB, 1989).

1.4.- RELACION DIFICIL

1.4.1.- Aproximación histórica

La utilidad de una aproximación al problema enfocado exclusivamente en conocer y adaptarse a las características personales del paciente para abordar la relación médico-paciente difícil es muy limitada. Las soluciones basadas en la asunción de que el paciente es la raíz del problema sólo conllevan al médico a hacer

“algo con el paciente”. La mayoría de las publicaciones orientadas en resolver o ayudar a manejar el problema del paciente difícil, se han enfocado sobre las características del paciente etiquetado como problema, pero estas aproximaciones ignoraban el papel fundamental del médico en lo que es una relación diádica.

En su evolución, el concepto se ha analizado con nuevos enfoques y así, frente a los estudios que podrían hacer pensar que el problema recae en el paciente como sujeto y causa del paciente difícil (GROVES, 1978), (ADLER, 1981) (VIRSHUP BB, 1999), varios autores comenzaron a definir al Paciente Difícil como “*el resultado de un fallo en la relación interpersonal entre el médico y el paciente*” (ANSTETT, 1980) (SCHWENK, 1989) (SCHWENK, 1992), e influenciado por tanto por factores externos e internos personales de ambos que pueden interactuar para producir resultados negativos tanto de salud como interpersonales. Anstett argumenta que el enfoque unilateral del paciente difícil oculta problemas en la relación médico-paciente (ANSTETT R, 1980). El estudio de Zandbelt ilustra los beneficios del **enfoque centrado en la relación** (ZANDBELT LC, 2004).

Este nuevo enfoque añade un matiz importante en el conocimiento y comprensión del problema, situándolo en el marco más real y completo de cualquier relación interpersonal y reconoce la existencia de barreras u obstáculos que dificultan la relación y convierten la entrevista o encuentro médico paciente en una **Relación Difícil**. Reconozcamos que la causa o la influencia en el encuentro difícil es bilateral. Sandra Burford afirma que la mayoría de las dificultades residen en una mala comunicación por parte de ambos: médico y paciente, por lo que cree más adecuado hablar de *situación difícil*. (BURFORD S, 1998). Butler localiza el fenómeno del paciente difícil también en la relación médico-paciente. Afirma que la investigación centrada sólo en el paciente o en el médico tiene un valor limitado y propone avanzar en investigar métodos que sean adecuados para comprender la Relación Médico Paciente. Para él el fenómeno del PD puede ser un síntoma de la tensión entre los fundamentos filosóficos de la medicina y el presente real de la medicina general. El PD debe aceptarse como un “reto” para la auténtica medicina. Una respuesta reflexiva debe contemplar los roles de médico y paciente en el marco de la relación médico-paciente y, además la relación entre los conocimientos biológicos y los sociales (BUTLER CC, 1999). Muchos pacientes que resultan difíciles para el médico pueden entenderse en términos de necesidades de dependencia insatisfechas graves. Estos

pacientes a menudo evocan sentimientos negativos de los médicos. Un enfoque considerando *la participación recíproca en la relación* médico-paciente puede proporcionar una atención eficaz a estos pacientes, al mismo tiempo evitar la frustración y agotamiento en el médico (POWERS, J, 1985).

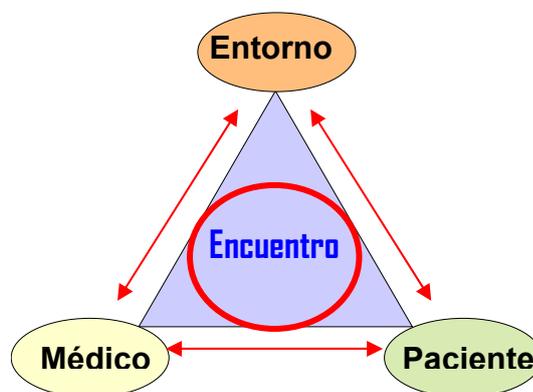
El debate en torno a la “atención centrada en el paciente”, como paradigma de la atención clínica, permanece aún abierto en publicaciones más recientes que señalan al menos cuatro factores a considerar: 1) Las preferencias de comunicación del paciente, y afirman que la “flexibilidad del médico” es una habilidad necesaria para conducir la atención según las preferencias del paciente. 2) Relación entre cumplimiento de expectativas y satisfacción no es siempre directa, 3) La importancia de las habilidades de comunicación en la Relación y 4) La satisfacción: el paradigma de la atención centrada en el paciente como indicador de satisfacción se ha centrado sólo en la satisfacción *del paciente*, pero pierde de vista el hecho de que el profesional podría estar profundamente insatisfecho. Propone incluir incluimos la perspectiva del médico cuando se evalúe la satisfacción. Esto provoca un giro del enfoque que pasa de ser “centrado en el paciente” a ser centrado en la relación” (FRANKEL RM, 2004).

1.4.2.- El Encuentro Difícil como Unidad de estudio

Algunos autores ya publican artículos directamente con el objetivo de “cambiar la perspectiva” y en vez de etiquetar y rechazar a los pacientes como difíciles postulan como más acertado considerar que ***la relación puede ser difícil*** más que el paciente; esto autorizaría o permitiría a los médicos utilizar habilidades en comunicación para desarrollar estrategias adecuadas de cambio (NISSELL P, 2000).

En una evolución mayor del concepto, es en los comienzos del año 2000 cuando ya aparecen publicaciones en las que se afirma que en el estudio del problema es más adecuado hablar del **encuentro difícil** (ED) (STEINMETZ D, 2001). En la actualidad se prefiere este término porque engloba la interacción de los tres factores o grupos de factores que intervienen: 1) Factores del Paciente, 2) Factores del Médico y 3) Factores del Entorno, y establece como unidad de estudio no a alguno o cada uno de ellos sino su interfase: el encuentro (BELLÓN JA, 2004). Más que ser el paciente el difícil, es el encuentro durante la visita a la consulta la que resulta difícil o disfuncional y la responsabilidad del médico es facilitar un encuentro positivo (PLATT FW, 2004).

En las publicaciones más recientes como la de Hass titulada “cómo manejar al paciente difícil” directamente se enfoca afirmando que las dificultades pueden proceder de factores del paciente, del médico o del sistema de salud y que de su interacción negativa resultaría una **interacción difícil**. (HASS LJ, 2005)



De hecho en estos años del nuevo siglo y hasta hoy, los aspectos de la relación comunicativa de la profesión médica han llegado a ser el centro de un vivo debate en las investigaciones. Se constata que para un mismo médico, un día determinado, un paciente puede resultar difícil y el mismo paciente otro día no lo es; un PD para un doctor puede no ser percibido como difícil por otro (SMITH S, 1995) e igualmente unos médicos para algunos pacientes no son difíciles y para otros lo son. Un paciente, en principio etiquetado como difícil, puede que consulte un día en que el entorno resulte favorable y en el que su médico pudiera encontrarse en sintonía con él, y derivar en un encuentro agradable o normal.

En realidad lo que cuenta no es la existencia en sí del paciente o médico difícil sino la *experiencia del encuentro difícil* para cada uno de los protagonistas. Lo que frustra no es la “existencia” de los pacientes problema sino “el encuentro con ellos”. Siendo como es el encuentro clínico una experiencia de intercambio de información y comunicación, lo realmente difícil es la comunicación entre el médico y el paciente; lo que en esencia se produce es una *relación deteriorada* entre los dos. Varios investigadores reconocen que el problema está en el encuentro clínico, en la *interacción entre el médico y su paciente* (SMITH S, 1995).

Es una gran paradoja que la medicina excluya de la ciencia lo humano y relacional del paciente. Estrictamente hablando, el estudio clínico es el estudio de una persona por otra persona, y el diálogo y la relación son herramientas indispensables

(TURABIAN JL, 2007). El *fracaso de esa relación*, la causa real del paciente difícil, incluye: ★ Pobre comunicación Médico-Paciente; ★ no averiguar qué desea el paciente; ★ no reconocer cómo se maneja el paciente con la enfermedad y ★ no comprender el significado de la enfermedad para el paciente. Algo de esto puede subyacer en el resultado negativo del encuentro o en la actitud no cumplidora del paciente y no debería ser ocultado bajo la etiqueta de algunos rasgos de personalidad del paciente o de los problemas que alega. (ANSTETT, 1980).

1.4.3.- Atención centrada en la Relación

Nos parece muy interesante e indicativo del estado actual del debate en torno al paciente difícil, la aparición reciente en la literatura (BEACH MC, 2006) de un nuevo enfoque teórico definido como atención centrada en la relación, en contraposición a los dos conceptos básicos manejados anteriormente: atención centrada en el médico y atención centrada en el paciente. Esto significa la irrupción de una nueva unidad de estudio, ya no es el paciente, el médico o el entorno, sino la RELACION.

Tal como la define Beach la atención centrada en la relación se fundamenta en varios pilares básicos:

1. La relación en la atención clínica debe incluir las personalidades de los participantes.
2. Los afectos y las emociones son componentes importantes de la relación.
3. Todas las relaciones de la atención clínica ocurren en el contexto de la influencia recíproca.

La atención centrada en la relación refleja el **conocimiento y el sentimiento**: el conocimiento que tanto el médico y el paciente aportan desde sus respectivos terrenos como expertos (el médico experto en conocimientos técnicos y el paciente experto en su historia, experiencia de enfermar, personalidad, estilo de vida, valores y expectativas), la experiencia de ambos y la expresión y percepción de las emociones durante el encuentro médico.

Consideramos que la atención clínica está basada en la interacción interpersonal. Esto incluye procesos tanto cognitivos como emocionales (deseos,

temores, y sentimientos) La conexión emocional entre médico y paciente puede proporcionar significado y fuerza a la relación terapéutica (ROTTER DL, 2006). La interfase médico-paciente, el flujo de emociones resultantes, la relación entre dos personas que se encuentran en la consulta, o su grado de disonancia, entre otras, podrían aportar un valor añadido a la explicación de los encuentros difíciles.

1.4.4.- Enfoque sistémico

Según la definición clásica de Miller un sistema es un “conjunto de elementos de interacción dinámica, en el cual, el estado de cada uno está determinado por el estado de cada uno de los otros”. Es útil analizar la realidad de los encuentros médico-paciente desde los postulados de la Teoría General de Sistemas (BERTALANFFY LV, 1976). Con ella consideramos el contexto interaccional amplio de la entrevista como un “SISTEMA”. En él, los elementos del sistema mantienen una relación según las propiedades de los sistemas generales. *Diríamos que el médico y el paciente forman un sistema orientado a la solución de problemas.* La relación clínica entre un médico y un paciente puede considerarse un sistema dentro de la jerarquía de sistemas que forman la asistencia sanitaria. A su vez, el médico y el paciente como individuos, pertenecen a sistemas que se solapan, por ejemplo, las familias.

Una de las propiedades de los sistemas es la de entender las relaciones entre las unidades que los constituyen desde la óptica de la *causalidad circular*. La idea es que cualquier variación de un elemento del sistema, afecta necesariamente a los demás. Desde este punto de vista, no podemos hablar de causa-efecto en el sentido causal tradicional, sino de una **interacción** en la que sólo de un modo arbitrario se puede establecer dónde comienza y dónde termina la secuencia. (KEENEY, 1983).

Los acontecimientos que ocurren en un sistema influyen en el otro y viceversa. Habría que recordar que durante la experiencia del encuentro difícil, los factores que contribuyen a esta dificultad, pueden tener su origen en conflictos que pertenecen más concretamente a otros sistemas relacionados. Cada persona viene y está en un conjunto de sistemas relacionados, y las decisiones que se llevan a cabo en un sistema repercuten en el otro y a la inversa. (NORTON K. 1994).

1.4.5.- Teoría dinámica o psicoanalítica

Desde una perspectiva dinámica de los “encuentros” se puede entender que las relaciones pasadas del paciente con las figuras de poder (principalmente con los padres) influyen en las relaciones y encuentros actuales. Pudieron ser relaciones basadas en el poder y el control o bien en la tolerancia y el amor. Estas experiencias previas pueden marcar las expectativas posteriores al acercarse al sistema sanitario a pedir ayuda. Igualmente nosotros, los profesionales como personas, si reconocemos que aspectos claves como la dependencia, la incertidumbre, la autoridad, la valoración, los conflictos familiares o de género, ligados al desarrollo psíquico, los hemos elaborado cada uno con mejor o peor resultado, puede ser clave para entender y desentrañar algunos encuentros difíciles (CORREDEIRA A, 2004).

El carácter dinámico de la relación tiene también la característica del fenómeno de la *Infectividad emocional*. Es un tema importante y de interés práctico. Infectividad sería la capacidad de los pacientes para transferir sus sentimientos más profundos a los profesionales que les atienden. Sabemos que las emociones son contagiosas. Esto podría explicar que la ansiedad, la pérdida de autoestima y de control etc. que un paciente nos produce, no sería más que la misma emoción en origen experimentada por el paciente, que nos ha sido contagiada o transmitida por él. De este modo, a partir del análisis de nuestros sentimientos podríamos inferir el estado emocional del paciente e intentar establecer planes de cuidados. (ZINN WD 1988).

Existe poca literatura médica que pueda ayudar al médico a comprender mejor esta dinámica interpersonal de la relación médico-paciente difícil. La aproximación dinámica, sistémica e interaccional permite un nuevo enfoque: el encuentro difícil puede serlo para el médico, (es la definición clásica), pero también podría serlo para el paciente o para ambos. En este punto se abre un campo poco explorado como es *la visión del paciente del encuentro difícil*. Hay muchos estudios de prevalencia de encuentros difíciles para el médico, que la cifran en torno al 15% de los encuentros médico-paciente, pero no se conoce la proporción de estos encuentros difíciles para el médico que lo son también para el paciente, y tampoco los que son difíciles para el paciente pero no para el médico. En este estudio hemos hecho una medición simultánea de dificultad percibida para el médico pero también para el paciente. En un estudio realizado en Navarra con pacientes hiperfrecuentadores de los servicios de atención primaria, los participantes no se reconocieron a sí mismos en ningún

momento como hiperfrecuentadores, más bien se sentían pacientes que precisaban de continuos cuidados. En cuanto a cómo se sentían tratados en la consulta médica, el tono general fue de satisfacción; uno de los aspectos más valorados fue la escucha activa, o, en su defecto, la actitud de escucha y dieron mucha importancia al hecho de sentirse en un espacio seguro emocionalmente (ARILLO A, 2005).

Una reciente publicación en nuestro país, valora **la perspectiva de pacientes** y médicos sobre el malestar o dificultad durante la relación clínica. Encuentran menor prevalencia de encuentros difíciles para los pacientes (3,1%) que para los médicos (8,5%), e igualmente, la responsabilidad del malestar, el médico la atribuye al paciente en un 100% de los casos, mientras que éstos lo atribuyen al médico en un 85%, siendo a su vez la concordancia entre ellos muy baja, y el encuentro difícil para el médico no lo fue para el paciente y viceversa (MAS X, 2009).

Otros estudios (POIRAUDEAU S, 2006 y COUDEYRE E, 2006) añaden evidencia a lo que la literatura ya sugería en el sentido de que los pensamientos del paciente pueden verse influidos por los pensamientos proyectados de sus propios cuidadores de salud (RAINVILLE J, 1995). Se ha hablado de la interacción dinámica del miedo (a la enfermedad, al dolor,...) entre los profesionales y los pacientes ¿Es posible que también sea contagioso? (VLAEYEN J, 2006).

1.4.6.- Comunicación en la relación terapéutica

La teoría general sobre comunicación nos dice que es el proceso mediante el cual se transfiere una idea o un mensaje desde una fuente (emisor) a un receptor, con la intención de modificar su comportamiento; dándose, a si mismo, un proceso de retroalimentación o respuesta que posibilite influencias recíprocas. En el camino de la transmisión del mensaje desde el elemento emisor hasta el receptor, utilizando un determinado canal de transmisión, pueden y suelen haber diversos ruidos, interferencias o barreras que dificultan la captación y comprensión del mismo. Considerando la entrevista clínica como un proceso de comunicación humana, Bateson concibe la *relación asistencial* como un flujo de mensajes entre el emisor y el receptor, a través de unos canales (BATESON G, 1984).

En el acto asistencial clínico se producen dos matizaciones importantes específicas y diferenciales de cualquier otro proceso de comunicación humana: Por una

parte los actores no actúan con absoluta libertad, sino que se atienen a unos "modelos" de actuación y por otra parte pueden y suelen producirse interferencias que dificultan la recepción y comprensión de los mensajes. La comunicación asistencial y la relación terapéutica constituyen el medio principal en el que, y a través del cual, se realiza la actividad profesional del médico, mediante el flujo constante de intercambio de información, en base al cual se realiza todo el proceso clínico de toma de decisiones y los resultados de éstas.

La consulta como interacción comunicativa ha sido objeto de diferentes tipos de estudios, que nos han facilitado la comprensión de algunos de los procesos relacionales de más trascendencia en un acto clínico y entre los que destacan la forma en que profesional y paciente intercambian la información, cómo se produce la motivación o corresponsabilización del paciente en la toma de decisiones o en la asunción de responsabilidades o las diferentes formas en las que surgen y se resuelven algunos de los más frecuentes conflictos comunicativos. (RUIZ R, 2004)

No debemos olvidar que estamos ante un proceso interactivo entre dos personas y que dicho proceso ha de ser bidireccional y equilibrado; es decir, que dicha actividad comunicativa se ha de llevar a cabo tanto por parte del médico como del paciente y siempre a un mismo nivel. La posible distancia social, educación, situación económica, edad, raza, sexo, etc.) no tendría que obstaculizar la buena comunicación; los médicos deberán esforzarse por superar cualquier diferencia que exista entre ambos que pueda dificultar una comunicación eficaz.

1.4.7.- Barreras en la comunicación

Un enfoque diferente y complementario sobre el concepto de barrera hasta ahora analizado, no se centraría en el paciente (percepción de barreras y modelo de creencias de salud) ni en el proveedor (modelo conductual de Andersen), sino en la relación que surge entre los dos, serían las *barreras comunicacionales* (QUILL TE, 1989). Las barreras en la comunicación se presentan con frecuencia en los encuentros médico-pacientes y no siempre son fáciles de reconocer, como podría ser una comunicación "agresiva o colérica", sino que la mayoría de las veces requieren de conocimientos y habilidades en comunicación que muchos médicos no disponen. Si permanecen no reconocidas, pueden limitar seriamente el potencial terapéutico de la relación. Las barreras no están siempre explícitas y a veces serán necesarias

estrategias especiales para el reconocimiento de signos implícitos como la discordancia entre lo verbal y lo no verbal, la disonancia cognitiva, resistencias inesperadas, y el *discomfort del médico*.

Una vez que la potencial barrera se ha identificado, definido y comprendido la mayoría de las barreras se pueden reducir o eliminar utilizando habilidades de comunicación básicas de reconocimiento, exploración, empatía y legitimación. Cuando existen conflictos, el médico y el paciente, deben clarificar los intereses comunes y las diferencias. El conflicto puede involucrar el desacuerdo sobre la presencia de una barrera o su naturaleza o fuente y su relevancia en la relación médico-paciente. La decisión de afrontar las barreras depende tanto de la disposición del médico como del paciente. Mediante el descubrimiento efectivo y la reorientación de las barreras, el médico puede transformar un fuerte obstáculo para una comunicación eficaz en un medio para incrementar la relación terapéutica. (QUILL TE 1989)

Quill desarrolla una amplia lista de barreras comunicacionales, sirvan de ejemplo: el empleo por parte del médico de información cargada de tecnicismos, dificultades del médico en delimitar las demandas del paciente (especialmente las psico-sociales), relaciones de dependencia (médicos protectores y/o pacientes dependientes), conflicto de roles, relaciones "punitivas", etc. (QUILL TE, 1989).

1.4.7.1.- Clasificación de las barreras comunicacionales

1).- SEGÚN BORRELL F, 1989:

- *Barreras del entorno*, ya comentadas en el apartado del Entorno Dificil:
 - - Recepción inadecuada en el centro.
 - - Demasiada gente en la sala de espera.
 - - Decoración o diseño de espacios inadecuados.
 - - Interrupciones, llamadas telefónicas...
- *Barreras o Interferencias cognitivas*:
 - Incapacidad del paciente para expresarse

- Creencias mágicas o convicciones sobre aspectos del enfermar y sanar
- Creencias del entrevistador tendentes a ignorar los aspectos psicosociales de sus pacientes.
- *Barreras o Interferencias emocionales:*
 - Paciente afecto de trastorno mental o emociones extremas.
 - Entrevistador disfuncional con actitudes de desresponsabilización o con excesiva proyección sobre el paciente.
- *Barreras sociales:*
 - Notable diferencia socio cultural entre el paciente y el profesional de salud. Las diferentes creencias de salud.

2).- OTRAS CLASIFICACIONES

- *Barreras del lenguaje y culturales.* Asistimos a una creciente diversidad cultural en nuestras sociedades, también entre médicos y pacientes, que exige una adaptación a esa comunicación intercultural. Es un estudio realizado en EEUU con pediatras anglo-parlantes se encontró que la mejora del conocimiento del idioma Español en los pediatras de urgencias se asoció con menor necesidad del intérprete y mayor satisfacción de las familias (MAAZOR SS, 2002) Existe evidencia de que la cultura influye en los modelos de comunicación médico-paciente. Se han comprobado diferencias entre Japón y Usa en cuanto a la duración total de la entrevista, la proporción de tiempo empleado en cada fase de la misma (exploratoria/resolutiva), el empleo de pausas y silencios, el uso de facilitadores e interrupciones (OHTAKI S, 2003).
- *Barreras sensoriales:* pacientes ciegos, sordos, disléxicos, sin dientes o afásicos
- *Diferencias de sexo, edad, raza y apariencia:* Se ha demostrado que el comportamiento del médico en cuanto a tipo de preguntas, atención no

verbal, cortesía, empatía y la información que suministra, varía según estas características socio-demográficas del paciente. (HOOPER EM, 1982).

- *Pacientes dispersos* en su narración.
- Pacientes con *agendas y expectativas diferentes* a las del médico
- *Interferencias causadas por enfermedades físicas*: confusión por síndrome cerebral orgánico, intoxicaciones, drogas, síndromes de abstinencia
- Pacientes con *limitaciones físicas*, vejez, lentitud de movimientos
- Presencia de dolor intenso
- Enfermedad grave
- Presencia de otras personas en la consulta

Existen pocas investigaciones sobre las barreras que dificultan la atención a los pacientes con discapacidad intelectual. Un estudio exploratorio mostró que la mayoría de los médicos de Atención primaria atendía a pacientes con incapacidad intelectual, y un 62% de los médicos pensaba que prestar atención a este grupo de pacientes es más difícil comparados con otros grupos. (KERINS G, 2004).

El reconocer que diversas características de los pacientes pueden suponer una barrera en la comunicación con ellos, debería estimular a los médicos a examinar y reconocer su reacción para asegurar unos cuidados adecuados a todos los pacientes y no interferir en los diagnósticos y tratamientos. (HOOPER EM, 1982)

1.4.7.2.- Barreras relacionadas con los Modelos de Relación y Expectativas del paciente.

1- El factor socio-cultural e histórico y los cambios producidos en los modelos de "relación" y de expectativas, como nuevas barreras en la comunicación.

El concepto de cultura según muchos autores es el conjunto de creencias, y conductas compartidas por un mismo grupo (HEGGENHOUGEN HK, 1986). El término de *cultura sanitaria* se podría definir como "la internalización de los valores, creencias y normas de conducta estándar sobre la salud y sus cuidados que son comunes a un grupo de referencia" (ST. CLAIRE PA, 1989). Un concepto de cultura sanitaria más operativo incluiría las expectativas, valores, orientaciones, actitudes, conocimientos patrones de conducta hacia la salud-enfermedad y su sistema de cuidados (SÁNCHEZ

FJ, 1992). La salud es relativa al marco cultural en el que se analiza, ya que no constituye solamente un estado objetivo de bienestar, sino una experiencia subjetiva valorada de acuerdo con los criterios sociales de lo que prevalece en cada sociedad y de lo que se considera “normal” en cada grupo.

Esto tiene su peso si consideramos que una relación frustrante o difícil para el médico y/o el paciente tiene su origen en la insatisfacción o falta de cumplimiento de expectativas por parte de ambos; **expectativas** que, en tanto ligadas a la cultura sanitaria, también están influidas o serán diferentes en cada medio socio-cultural. Para una buena calidad de la entrevista, médicos y pacientes tienen el reto de hacer coincidir sus intereses y expectativas en la consulta (ZANDBELT LC, 2004).

No podemos dejar de lado la transformación sufrida en los modelos implícitos de relación entre los médicos, sus pacientes y los patronos; los cambios gubernamentales y los cambios sociales. A esta situación se suman cambios en las sociedades modernas, donde se aprecia un descenso del respeto para todas las profesiones y una pérdida de confianza, coincidiendo con una sensación de que el entorno de trabajo se hace progresivamente más hostil. La transformación de la propia **estructura asistencial** desde la beneficencia a los actuales servicios nacionales de salud, desde la concepción antigua de salud como algo “añadido” a lo que sólo algunos podían acceder, hasta el modelo actual de seguridad social y la concepción de la salud como “derecho”. Los usuarios son cada día más exigentes y responden a un patrón de hiperconsumo en todos los ámbitos, junto a un consumo cada vez más activo. La disponibilidad de información fácil y un sentido agudizado del “derecho a” está haciendo cambiar la energía en la relación médico-paciente, causando profunda inquietud en los profesionales. En muchas ocasiones se generan expectativas poco realistas sobre la capacidad de la medicina para solucionar las enfermedades de la vida moderna, Smith llamó a esta situación “contrato falso entre médico y paciente” (SMITH R, 2002; EDWARDS N, 2002).

2.- Las creencias de salud.

Desde los patrones socioculturales y a través del aprendizaje social, los individuos poseen una imagen cognitiva más o menos completa frente a la salud-enfermedad y lo sanitario: son las creencias y valores. Frente a esa imagen se desarrollan unas expectativas sobre el transcurrir del proceso asistencial.

Contrastando las expectativas con la experiencia asistencial se adoptan actitudes. La *actitud es una idea cargada de emoción* que predispone a un conjunto de acciones; tiene por tanto tres componentes: el cognitivo, el afectivo y el conductual (VISAUTA B, 1989).

Las creencias de salud, al estar ligadas con las expectativas del paciente, tienen gran importancia en el fenómeno de la vivencia de encuentros difíciles.

1.4.7.3.- Barreras relacionadas con el estilo comunicacional del médico

Determinados estilos comunicacionales del profesional, que se citan a continuación, suponen en sí mismos una barrera en la comunicación:

- El médico no empático que deja solos a los pacientes con fuertes emociones negativas
- Estilo muy intervencionista en la entrevista: sólo realiza preguntas cerradas, interrumpe la narración de los pacientes y deja muy poco espacio para la narración del paciente.
- Entrevistadores “incompletos” que se centran sólo en los síntomas y no en el paciente.
- Entrevistadores incompetentes que no saben obtener la información necesaria importante del paciente.

Estos estilos de entrevistas provocan **interrupciones** en la interacción médico-paciente. Muchos paciente cuentan breves historias sobre su enfermedad; el permitirles hacerlo sin interrumpirles les ayuda a sentirse comprendidos y respetados, el primer paso importante en el proceso de atención. (SMITH RC, 1991). La mitad de los médicos redirigen muy precozmente el discurso inicial del paciente (16 segundos-según RUIZ, R, 2005 ó 12 segundos según -RHOADES DR, 2001), antes de que éste termine la frase y esto se asoció significativamente a nuevas demandas del paciente en el momento del cierre y con despedidas más prolongadas. Mientras que el tiempo total que emplearon los pacientes en explicar el motivo de su visita al médico dejándolo hablar sin interrupciones fue de 28,6 segundos. (SVAB I, 1993) Se puede relacionar la interrupción temprana del paciente, antes de que éste complete su comentario inicial, con la redirección del enfoque de la entrevista, reorientando el tipo de información a la que se da prioridad. No permitir el “vacíaaje” inicial de la agenda del

paciente puede condicionar también los cierres más prolongados por la exposición de nuevos problemas. Este hábito, según la revisión de los autores, no está relacionado con la disposición de mayor o menor tiempo de consulta por paciente, ni ahorra tiempo a la visita, sino que trasluce la preocupación del profesional por controlar y dominar la consulta. (RUIZ R, 2005).

Otro estudio descubrió que sólo 4 de los 35 pacientes observados expusieron (vaciaron) su agenda completa y los temas que mayoritariamente no pudieron relatar se referían a preocupación por posibles diagnósticos, y miedos a lo que pueda ocurrir, las ideas de desacuerdo, prescripciones no deseadas e información relacionada con el contexto social y no adherencia al tratamiento, lo cual se relacionó con pobres o malos resultados de salud (BARRY CA, 2000). Esto sugiere que cuando la agenda del paciente y sus necesidades se pueden exponer completas en las consultas se pueden obtener mejores resultados de salud. Técnicas de entrevista como una pregunta inicial abierta, la baja reactividad y la escucha activa, pueden ser imprescindibles para lograrlo (BORRELL F, 2004) La importancia de la comunicación sería facilitar al paciente la expresión de toda su agenda, la explícita y la implícita. Esto aumentaría su satisfacción y sus resultados en salud.

Un estudio con grabaciones de consulta observó quién toma la iniciativa de interrumpir y determinar si tras la interrupción, ocurre un cambio en el control de la entrevista, además de medir la información que se gana cuando el paciente interrumpe al médico. Encontraron que un 79% de las interrupciones de las iniciadas por el médico y un 74% de las iniciadas por el paciente se siguen del control por parte de ellos (el que interrumpe se hace con el control posterior de la entrevista) y el 75% de las interrupciones iniciadas por el paciente resultan con una nueva información, solicitada o no, y que viene a contribuir a la interacción. *Por tanto las interrupciones iniciadas por los pacientes pueden ser un evento informativo.* (REALINI T, 1995). Esto se relaciona con otro estudio que clasifica las interrupciones en cooperativas o intrusivas, obteniendo que el médico es más intrusivo y el paciente más cooperativo cuando interrumpe (LI HZ, 2004).

1.5.- CONSECUENCIAS DE LOS ENCUENTROS DIFÍCILES

La mutua naturaleza frustrante de la relación difícil entre médico y paciente puede desembocar en pobres cuidados de salud y en definitiva a la insatisfacción o frustración también del paciente.

1.5.1.- Sobre los pacientes

Las consecuencias de los encuentros difíciles vienen de la mano precisamente de la posible distorsión y consecución del objetivo último de ese encuentro clínico que debería ser el de proporcionar ayuda y alivio al paciente. Los pacientes etiquetados como difíciles tienen más probabilidad de tener peores resultados y utilizar los servicios sanitarios con mayor frecuencia (JACKSON 1999) y presentan demandas judiciales o reclamaciones con más frecuencia. También facilita una relación médico-paciente potencialmente adversa e interfiere el desarrollo de una atención óptima. (DAVID A, 2001).

Diversos estudios muestran que la forma en que tratamos a una u otra categoría de pacientes es distinta (SCHWENK TL, 1992). El coste y la calidad diagnóstica y terapéutica de nuestro trabajo pueden variar dependiendo de lo que sentimos hacia cada paciente. Johnson encontró que se utilizaba menos comunicación centrada en el paciente y con mayor dominancia verbal del médico con los pacientes africanos que con los blancos y que tanto los pacientes africanos como sus médicos mostraban menos afecto positivo que con los pacientes blancos (JOHNSON RL, 2004).

Algunos médicos son capaces de percibir que escuchan, exploran y dan consejos de manera diferente y menor a los pacientes de clase social IV y V que a los de clase social I, II y III; y además suelen dar más explicaciones a los pacientes de su mismo género. (MARTIN E, 1991).

La insatisfacción y el estrés del profesional suelen provocar una mala comunicación médico-paciente, que con el tiempo podría empeorar el estado de salud de sus pacientes (KAPLAN SH, 1989), y por tanto, por medio del factor necesidad tendría que aumentar su utilización. Se ha descrito que la insatisfacción y el estrés de los médicos pueden provocarles cierta evasión de sus responsabilidades (MCCUE JD,

1982). En estas situaciones, se ha referido un aumento del consumo de pruebas diagnósticas, que el médico reconocía como innecesarias, pero que fueron fruto de su insatisfacción o malestar emocional (SOX HC, 1982). Por otra parte, se sabe que las entrevistas no centradas en el paciente producen un mayor número de derivaciones y recetas (STEWART M, 2000). En estos pacientes se realizan más estudios de los necesarios, son derivados más frecuentemente a otros especialistas, se les realizan más pruebas complementarias y son derivados a servicios sociales y trabajadores de la comunidad. Todo ello en relación a las demandas de estos pacientes difíciles, pero también en relación con la inseguridad del médico y la incapacidad para ocuparse de sus demandas (STEINMETZ D, 2001).

Por tanto un encuentro médico-paciente difícil es algo mucho más que un simple "desencuentro" personal, pudiendo afectar directamente a la equidad y eficiencia de nuestra labor como médicos.

Se ha citado anteriormente la relación positiva entre peores habilidades de comunicación del médico y mayor experiencia de encuentros difíciles. Algunos estudios han demostrado que los médicos con déficit en habilidades comunicacionales prestan una atención de peor calidad: prescriben un mayor número de medicación sintomática, las consultas duran menos tiempo y las historias clínicas están peor registradas (GROL R, 1990), sus pacientes están menos satisfechos, cumplen menos con los tratamientos, se controlan peor de su diabetes e hipertensión (KAPLAN SH, 1989; WESTON WW, 1989) y se resuelve con menor efectividad la morbilidad más común (BASS MJ, 1986). Por lo tanto, es posible que este tipo de médicos, a través de estas variables "resultado", tengan que soportar una presión asistencial más elevada y mayores tasas de utilización que aquéllos que son capaces de aplicar técnicas de comunicación efectivas y eficientes como la de las "entrevistas centradas en el paciente" (STEWART M, 1989).

Los pacientes que se sienten rechazados o ignorados por sus médicos pueden a su vez repetir y prolongar sus visitas (LEVINSON W, 2000). Los efectos adversos asociados a los encuentros difíciles incluyeron: mayor incumplimiento de expectativas, mayor utilización de los servicios de salud, mayor insatisfacción con todos los cuidados recibidos y con la relación médico –paciente (JACKSON JL, 1999). En este mismo estudio sin embargo, no se encontró mayor petición de pruebas diagnósticas, prescripciones o derivaciones a otros especialistas en contraposición con lo encontrado en un estudio anterior con significancia estadística para más peticiones de

analítica de sangre y más medicación, coincidiendo en la mayor utilización de los servicios en los pacientes difíciles (CHANDY J, SCHWENK L, 1989).

1.5.2.- Sobre los profesionales

El burnout y desgaste emocional son conceptos que describen una de las principales respuestas que experimentan aquellos que trabajan con pacientes difíciles.

Los encuentros difíciles pueden provocar que los médicos sientan menos entusiasmo en su entrega al sistema de salud, se sientan manipulados y deseen que el paciente no vuelva por la consulta (SMITH RC, 2005).

1.5.2.1.- Insatisfacción laboral

En cualquier actividad profesional y en la de los médicos en especial, la satisfacción vinculada al propio trabajo, es un elemento esencial en el estímulo profesional y en el ánimo con que cada día se afronta una actividad cada vez más sometida a tensión y sobrecarga. La satisfacción de un profesional se ve afectada por el resultado de las actuaciones y decisiones que adopta como consecuencia de su ejercicio profesional y, por tanto es mucho más importante de lo que habitualmente se cree. La definición del concepto y sus consideraciones ya ha sido abordada en profundidad en el apartado sobre las características del médico difícil. En un estudio de Carson, al preguntar a los médicos sobre los efectos que tuvieron los pacientes difíciles sobre ellos el 8% respondió que afectaba a la satisfacción con su trabajo (CARSON J, 1993), mientras que otro estudio encuentra mayor registro de pacientes difíciles entre los médicos con mayor insatisfacción con el trabajo y con el entorno laboral (MEAD N, 2000). Nuevamente se plantea el dilema de considerar la satisfacción laboral como causa o efecto de la relación médico-paciente difícil. En cualquier caso, interesa considerar la existencia íntimamente ligada de ambas.

Los encuentros percibidos como difíciles por el profesional, y la frustración que los acompaña, producirán en el médico una merma importante de su satisfacción y su autoestima. La percepción de que la presión laboral hace disminuir la calidad asistencial se considera un factor asociado a la presentación del síndrome de desgaste profesional. (MOLINA A, 2003). Esta dimensión, cuando se hace presente,

suponen un factor de riesgo importante para desarrollar el llamado “síndrome de burnout” del que nos ocuparemos más adelante.

Un clínico que experimente altos porcentajes de encuentros difíciles y frustrantes, sin duda verá afectada su satisfacción laboral y la percepción de la calidad de su trabajo y por tanto estaría frente a un mayor riesgo de desarrollar desgaste emocional y burnout.

1.5.2.2.- Desgaste emocional

La experiencia de encuentros difíciles provocan en los profesionales un amplio abanico de **sensaciones negativas**: pérdida de control, pérdida de autoridad, pérdida de autoestima, aversión, temor, resentimiento, desesperación, enojo, frustración, desesperanza, aburrimiento, odio,...etc. y un consiguiente desgaste emocional. Este desgaste encierra el peligro de provocar en el profesional estilos asistenciales patológicos, con tendencias a culpabilizar al paciente, y así perpetuar la difícil relación y a largo plazo, desvirtuar nuestro nivel de satisfacción y competencia profesional. Un trabajo de Jackson (JACKSON, 1999) demuestra la existencia de estrés laboral y trastornos de ansiedad entre los clínicos, generados por el alto porcentaje de encuentros frustrantes que llegan hasta un 37% entre los médicos de atención primaria.

En 1974 aparece en la literatura el término *Burnout* que fue descrito por primera vez por Hebert Freudenberg, un psiquiatra de Nueva York, para describir la situación clínica de ciertos trabajadores de profesiones de marcado acento de ayuda a los demás (como trabajadores sociales, bomberos, o personal de enfermería) que mostraban una combinación de *fatiga, apatía, baja moral, alta tasa de absentismo, deshumanización en su trabajo y bajo rendimiento*. El autor identificó un riesgo más elevado entre las personas idealistas, optimistas e ingenuas, que se entregan en exceso al trabajo con elevadas expectativas de resultados, y como resultado de un fracaso adaptativo individual por agotamiento de los recursos emocionales para afrontar los niveles de exigencia laboral. En definitiva existiría una descompensación mantenida en el tiempo entre las exigencias laborales y las propias capacidades, provocando un sobre-esfuerzo crónico que lleva al desgaste y al agotamiento psicológico (FREUDENBERG HJ, 1974).

El desgaste emocional puede ocurrir de modo agudo, como respuesta inmediata o consecuencia de trabajar con personas que han experimentado eventos estresantes. Su desarrollo sería el resultado de la exposición de los médicos a las experiencias de sus pacientes combinado con la empatía hacia ellos. Mientras que el burnout puede ser una situación más penetrante y persistente instaurada lentamente y muy difícil de recuperar. Cabría preguntarnos: ¿la detección precoz del desgaste emocional podría prevenir el burnout?

1.5.2.3.- Síndrome de burnout

El 1976 Cristina Maslach, psicóloga social, investigó las repercusiones del trabajo con personas e incorporó ese término como alternativa a la utilización de términos psicopatológicos, con el objetivo de facilitar su aceptación entre los afectados (MASLACH C, 1986). Desde el comienzo, las investigaciones destacaron como causas más importantes las características personales, aspectos de la personalidad como idealismo, perfeccionismo o exceso de implicación en el trabajo, junto a factores relacionados con las condiciones laborales como autonomía, trabajo en equipo, apoyo...etc. La definición propuesta por Maslach y Jackson en 1986 es la más utilizada, se trata de un "Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas". Incluye por tanto tres dimensiones: **Cansancio emocional** caracterizado por agotamiento y pérdida de recursos personales de adaptación desde el punto de vista emocional; se describe como la pérdida de la satisfacción vinculada al propio trabajo. **Despersonalización**, descrita como una conducta de alejamiento y objetivación de los pacientes y que se manifiesta en actitudes negativas, de insensibilidad o deshumanizadas hacia las personas en el ejercicio de su profesión. **Desrealización** o sentimiento de fracaso profesional, sensación de no estar realizando un trabajo valioso, con tendencia a valorar negativamente el trabajo realizado y a la baja autoestima.

Figley hace una definición de Burnout como "estado de agotamiento físico y emocional causado por una larga implicación en situaciones emocionalmente exigentes". Determinados factores profesionales pueden contribuir a su aparición como el aislamiento, trabajar con pacientes difíciles, muchas horas, con recursos limitados, y con la sensación de no estar desarrollando las expectativas propias. (FIGLEY, 2002)

En nuestro país se ha acuñado el término de “**síndrome del quemado**” o síndrome de desgaste profesional. Se caracteriza por síntomas de depresión, cinismo, falta de compasión, aburrimiento y desaliento, agotamiento emocional, despersonalización en el trato con el paciente, y dificultad para realizar las tareas cotidianas. Este síndrome parece tener mucho que ver con lo que podríamos denominar “estancamiento”, del que es objeto el profesional que ve cómo las expectativas, deseos e ilusiones que había puesto en su puesto de trabajo se ven truncadas y comienza a replantearse su papel, sus posibilidades e, incluso, su profesión. La frustración y apatía que le siguen y que caracterizan este síndrome, no son más que el resultado natural de un proceso en el que el médico se replantea su papel, sus actividades, la utilidad de su trabajo y su nivel de cualificación, todo ello acompañado de un progresivo distanciamiento de sus compañeros, de los pacientes y de sus allegados.

Algunos de los pensamientos comunes que experimentan los sujetos “quemados” son:

- “Estoy rendido”
- “No encuentro al paciente”
- “Me da todo igual”
- “No importa lo que haga”

Estos pensamientos son comunes en muchos casos de los encuentros con PD. Todo ello responde a situaciones de inhibición o de indiferencia debidas a una alta exigencia en el trabajo con pocos incentivos y escasas motivaciones.

Existe un cuestionario ampliamente utilizado como instrumento de medida del nivel de Burnout. Es el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que mide las tres dimensiones básicas: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, además de calcular una puntuación global de burnout. (MASLACH 1986).

Las causas implicadas en la aparición del síndrome de burnout se han dividido en externas (sociales, organizacionales) e internas (CEBRIÀ, 2001; KEENEN K, 2003). Estas últimas estarían vinculadas con algunos atributos individuales como ciertos rasgos de personalidad, el estilo de pensamiento y el uso de estrategias más o menos eficaces de afrontamiento frente a situaciones potencialmente desorganizadoras del

equilibrio personal y que explicarían diferencias individuales en cuanto al grado de vulnerabilidad.

Un buen número de autores proponen que un aumento de las habilidades comunicacionales en los médicos de AP actuaría como prevención del estrés y el síndrome de *burnout* (KEENEN K, 2003). Según éstos, una mala gestión emocional sería un factor nada desdeñable en la progresiva erosión de la ilusión en muchos médicos de familia. Citamos un estudio que aporta datos consistentes de la relación entre las habilidades comunicacionales y prevención del *burnout* en médicos de familia. Los resultados de este trabajo apuntan a que las habilidades en comunicación estarían asociadas a una menor quemazón profesional y podrían ser un factor protector del mismo. (CEBRIÁ, 2006).

Tal vez creer que son las condiciones de trabajo por sí solas las que desencadenan trastornos psicopatológicos o el propio burnout puede ser una idea excesivamente simplificadora. El problema principal es que puede llevarnos a colaborar en la proyección del paciente-compañero, *a ver los problemas sólo fuera y no fuera y dentro de nosotros mismos* –en nuestra forma de vivir las relaciones y los problemas–. Eso no debe significar despreciar el influjo de los problemas laborales, incluidos los pacientes difíciles, o encuentros difíciles, como factores determinantes de alto riesgo, desde luego.

Algunas investigaciones en este campo ya encuentran una fuerte relación entre la satisfacción en el trabajo y los niveles de salud del médico; Un reciente metanálisis demostró una fuerte asociación de los niveles de salud mental y psicológica con el síndrome de burnout, con bajos niveles de autoestima, depresión y ansiedad (FARAGHER EB, 2005). El origen del síndrome de burnout incorpora factores del entorno laboral y factores personales, rasgos de personalidad, percepción de sobrecarga y mecanismos de afrontamiento del estrés. Estos últimos han sido poco estudiados, pero en ellos estaría la explicación de por qué, ante condiciones de trabajo similares, unos profesionales tienen síntomas y otros no (ZELLARS J, 1999). Sin perder de vista la mirada que cuestiona la existencia del síndrome de burnout como tal cuadro con entidad propia, sin embargo, el llamado síndrome de burnout nos ayudará a identificar profesionales con una problemática particular relacionada con el trabajo y sus consecuencias en la actividad profesional y perfil de práctica.

Esta reflexión nos parece de extraordinario interés, y en sintonía con este proyecto de investigación, orientado al proceso reflexivo del médico y la toma de conciencia de sus propios pensamientos y emociones experimentados durante los encuentros difíciles, en la medida en que realizar esa introspección, ayuda a hacer algunos cambios y prevenir el desgaste emocional del profesional.

Quizá, poner el énfasis del burnout sólo en relación al “Rol” profesional que desempeña la persona afectada y la causalidad con las características de riesgo profesionales o condiciones en que se desempeñan, implica el riesgo de dirigir las medidas de apoyo y prevención “sólo” a esas condicionantes, y perder la oportunidad de ofrecer al profesional el beneficio de una intervención que fortalezca sus habilidades personales.

Las repercusiones de una buena relación médico-paciente durante la entrevista clínica, comentadas de cara al paciente, lo son también, -y esto nos interesa principalmente en este proyecto- sobre los profesionales, aumentando su satisfacción y el rendimiento en el trabajo, disminuyendo el estrés laboral, la ansiedad que éste crea y la frustración del clínico, y disminuyendo las experiencias o encuentros difíciles.

1.5.2.4.- Litigios, demandas y denuncias

El grupo de usuarios que protagonizan los encuentros difíciles forman el colectivo con mayor riesgo de generar denuncias contra el profesional. Un estudio muestra cómo los médicos con habilidades de comunicación que incluyan simpatía, buen humor, consejos y orientación, pedir opinión al paciente, comprobar la comprensión y animar al paciente a hablar reciben menos demandas por mala praxis (LEVINSON 1997). También la empatía durante la relación médico-paciente se relaciona de modo inverso con el riesgo de sufrir demandas legales (MOORE 2000).

1.5.2.5.- Errores clínicos

Epstein en 1993, destaca la necesidad de atender al papel relevante que factores emocionales relacionados con la relación Médico-Paciente pueden tener en la aparición de alteraciones en la toma de decisiones del profesional (EPSTEIN R, 1993). A este mismo impacto alude Ely 1995 al publicar que los médicos consideran que los factores de índole emocional perturban de manera importante su discurrir diagnóstico

y relacionan directamente a estos factores como la primera causa de los errores objetivos percibidos o no por ellos mismos.(ELY JW, 1995).

Los riesgos para la propia salud del médico, como consecuencias del estado de Burnout han sido puestos de manifiesto ya que una parte de estas reacciones al estrés tienen como consecuencia cambios conductuales, depresión, conductas adictivas, actitudes defensivas, aumento del absentismo laboral o ruptura del equilibrio familiar. Esta situación a su vez, deteriora e impide una mejor relación del médico con su paciente y supone un riesgo para lograr elevadas cotas de calidad asistencial.

2.- LA RESPUESTA EMOCIONAL

2.1.- BASES ANATÓMICAS Y FUNCIONALES DE LAS EMOCIONES

Podemos afirmar que el Ser Humano es el resultado de la combinación de dos mentes fundamentales: una que piensa y otra que siente; toda persona posee inteligencia cognitiva e inteligencia emocional. Ambas interactúan y construyen nuestra vida mental, pero constituyen dos facultades relativamente independientes que reflejan el funcionamiento de circuitos cerebrales diferentes aunque interrelacionados. Es decir, los sistemas cognitivos y emocionales son autónomos pero interdependientes.

La **neuroanatomía** es la ciencia que se encarga de estudiar desde el nivel microscópico de cada neurona al de los sistemas macroscópicos que abarcan todo el cerebro. Es la disciplina fundamental de la neurociencia.

La neurociencia o **neurofisiología** sería la disciplina que intenta comprender los múltiples niveles de la función cerebral mediante el funcionamiento de esos circuitos y sistemas en los que se sustentan. La **neuroquímica** aporta la localización de neurotransmisores en los diferentes receptores neuronales que componen y activan los circuitos cerebrales.

En la anatomía del sistema nervioso humano existen dos elementos fundamentales: el central y el periférico.

2.1.1- Sistema nervioso central

En él distinguimos el Encéfalo y La Médula Espinal. En el Encéfalo a su vez, el Cerebro constituye el componente principal, con sus hemisferios cerebrales derecho e izquierdo unidos por el cuerpo calloso (un denso conjunto de fibras nerviosas que conectan bidireccionalmente ambos hemisferios). En el cerebro se incluye el **diencéfalo** (un conjunto de núcleos localizados en la línea media bajo los hemisferios y que incluyen al Tálamo y el Hipotálamo), Además el Encéfalo incluye el Cerebelo y el Tronco o Tallo cerebral.

1. Encéfalo: Cerebro (incluye diencéfalo o núcleos basales)
Cerebelo
Tronco cerebral: Mesencéfalo,
Protuberancia
Bulbo
2. Médula Espinal.

En un corte anatómico del sistema nervioso central se distinguen clásicamente dos tejidos: la *materia gris* que corresponde a conjuntos de cuerpos neuronales (células), y la *sustancia blanca* que corresponde principalmente a axones, o fibras nerviosas que conectan partes del mismo hemisferio (fibras de asociación), otras que conectan con el hemisferio contra lateral (fibras comisurales) y las que descienden o ascienden hasta el tronco cerebral y médula espinal (fibras de proyección).

La **materia gris** se presenta en dos estructuras: en una, las neuronas se sitúan en capas y forman una corteza (cerebral y cerebelosa), y en otra las neuronas se disponen en ovillos o avellanas y forman los núcleos. Ejemplos de ellos son los núcleos basales del diencéfalo representados por el *tálamo* (situados en la línea media bajo los hemisferios), *los núcleos hipotalámicos* y el *cuerpo estriado*, constituido por el núcleo caudado y lenticular que a su vez se dividen en putamen y pálido, situados en la profundidad de cada hemisferio, o bien la amígdala dentro de cada lóbulo temporal. Existen también núcleos pequeños individuales como la sustancia negra y el núcleo cerúleo, situados en el tallo cerebral.

La corteza cerebral constituye un amplio manto que recubre toda la superficie del cerebro incluidas las localizaciones mas profundas de sus surcos o fisuras que le

confieren su aspecto típico. El grosor de esta capa es de unos 3 mm, y formado por capas paralelas entre si y a la superficie del cerebro. Toda la sustancia gris que existe bajo la corteza (los núcleos grandes y pequeños y la corteza cerebelosa) se denomina subcortical. El tejido nervioso está formado por células nerviosas (neuronas) sostenidas por células gliales. Los componentes de las neuronas son tres fundamentales: un *cuerpo* celular, una fibra principal de salida: el *axón*, y fibras de entrada o *dendritas*. Las neuronas se interconectan mediante los axones que establecen sinapsis con las dendritas de otras neuronas.

2.1.2.- El sistema nervioso periférico

Lo constituyen todo el conjunto de nervios que conectan cada rincón y célula del resto del cuerpo con el sistema nervioso central. Los nervios transmiten los impulsos del cerebro al cuerpo y del cuerpo al cerebro. Además, cerebro y cuerpo están también interconectados químicamente mediante sustancias como las hormonas y péptidos que son transportados de uno a otro mediante el torrente sanguíneo.

2.1.3.- Activación neuronal

Los miles de millones de neuronas se organizan en circuitos locales; estos circuitos constituyen regiones corticales (si están en la corteza) o núcleos si se hallan agregados en vez de en capas. Las regiones corticales y los núcleos están interconectados formando sistemas, y sistemas de sistemas, a niveles de complejidad cada vez mayores.

Cuando las neuronas se activan se propaga una corriente eléctrica desde el cuerpo celular y a lo largo del axón. Cuando esta corriente (potencial de acción) llega a una sinapsis, desencadena la liberación de sustancias químicas llamadas *neurotransmisoras* que a su vez operan sobre *neurorreceptores*. Citando a A. Damasio (DAMASIO A, 2004): *“cada neurona habla con algunas de las demás, pero nunca con la mayoría o con todas las demás”*. Las consecuencias de esta disposición son las siguientes:

1-Lo que hagan las neuronas depende del conjunto inmediato de neuronas al que pertenecen.

2-Lo que hagan los sistemas depende de la manera en que los conjuntos influyen sobre otros conjuntos en una arquitectura de conjuntos interconectados.

3-La manera en que cada conjunto contribuya a la función del sistema al que pertenece depende de su lugar en dicho sistema.

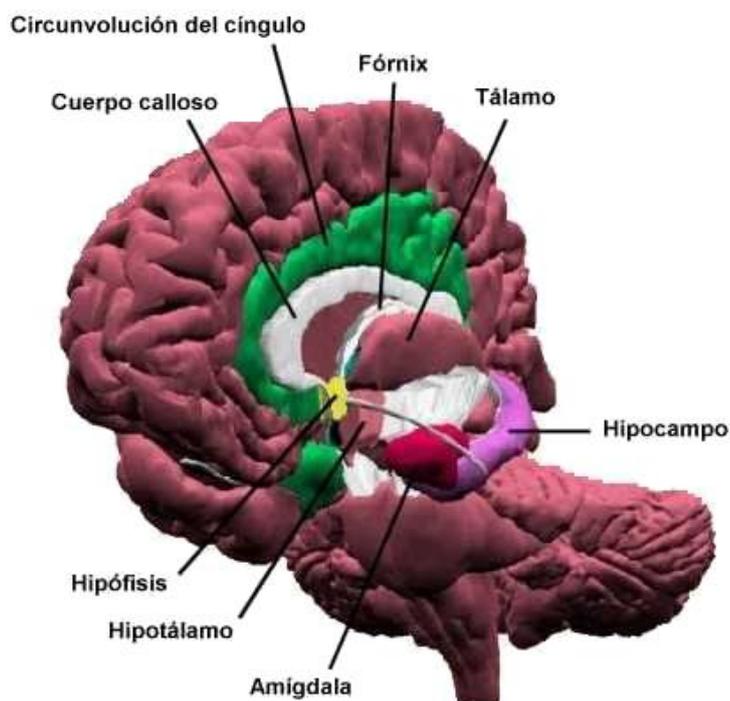
Podemos resumir que el cerebro es un supersistema de sistemas. Cada sistema compuesto por una compleja interconexión de regiones corticales y núcleos subcorticales pequeños pero macroscópicos, constituidos por circuitos locales microscópicos formados por neuronas, todas interconectadas mediante sinapsis.

2.1.4.- Del Tallo Encefálico al Neocortex: Estructuras límbicas:

Estudiando el cerebro desde una perspectiva evolutiva se identifican estructuras de diferente antigüedad. La región más primitiva del cerebro y que compartimos con seres que poseen sólo un rudimentario sistema nervioso es el *Tallo Encefálico*, situado en la parte superior de la médula espinal. De él depende la regulación de funciones vitales básicas como respiración, reacciones y movimientos automáticos y el metabolismo de otros órganos corporales debido a que en el tronco cerebral se encuentran los núcleos de los pares craneales desde el III al XII, así como las vías sensitivas y motoras que unen los hemisferios con el cerebelo y la médula espinal.

De este cerebro primitivo emergieron los **centros emocionales** y más tarde darían lugar al cerebro pensante o neocortex. El lóbulo olfatorio que desarrolló el sentido del olfato se considera el primero y la raíz más primitiva de nuestra vida emocional. A partir del lóbulo olfatorio se desarrollaron los centros más antiguos de la vida emocional, que evolucionaron hasta cubrir completamente la parte superior del tallo encefálico. Con la aparición de los primeros mamíferos emergieron también nuevos estratos fundamentales en el cerebro emocional, estratos que rodearon al tallo encefálico y se le denominó *sistema límbico* (del latín limbos=anillo).

El **sistema límbico**, también llamado cerebro medio, es la porción del cerebro situada inmediatamente debajo de la corteza cerebral, que comprende centros importantes como el *tálamo*, *hipotálamo*, *hipocampo* y la *amígdala cerebral*, así como parte de la formación reticular, el tronco cerebral y la corteza cerebral.



Esta estructura evolutivamente muy antigua englobaría a la Amígdala y el prosencéfalo basal. Esta nueva estructura neural *incorporó las emociones* propiamente dichas al repertorio de respuestas del cerebro tras incorporar nuevos sentidos al olfatorio ya existente (MACLEAN P D, 1990). La evolución del sistema límbico también facilitó el desarrollo de dos poderosas herramientas como el *aprendizaje y la memoria*.

Otro avance importante en el desarrollo cerebral de los mamíferos fue el asentamiento de nuevos estratos de células cerebrales que constituyeron el Neocortex. El Neocortex es el asiento del pensamiento y de los centros que integran y procesan los datos registrados por los sentidos. Las estructuras límbicas generan sentimientos, pero la aparición del neocortex y de sus conexiones con el sistema límbico permitió ser conscientes de ellos. La aparición del neocortex permitió un aumento de la sutileza y la complejidad de la vida emocional e incluso tener sentimientos sobre nuestros sentimientos. (KALIN N, 1992).

La interrupción de las conexiones existentes entre la amígdala y el resto del cerebro provoca una incapacidad asombrosa para calibrar el significado emocional de los acontecimientos - lo que se ha llamado *ceguera afectiva* - (EKMAN P y DAVIDSON R, 1994).

La teoría de la emoción basada en la fisiología del tálamo y el hipotálamo se empezó a desarrollar en los años 20 por el neurofisiólogo Cannon (CANNON 1927). Más tarde, Pápez (PAPEZ J, 1937), definió lo que él denominó *circuito de la emoción*, conocido desde entonces como “circuito de Papez”. Según la descripción hecha por él en este circuito, los estímulos procedentes del entorno, a partir de los órganos de los sentidos, acceden al tálamo sensorial, y desde ahí, por una parte al hipotálamo y, por otra a otros sectores del córtex cerebral.

2.1.5.- La Amígdala

En los últimos treinta años se han añadido al circuito de Pápez otra estructura: la amígdala. Como se ha mencionado, la amígdala es uno de los centros del cerebro límbico. En el ser humano es una estructura relativamente grande si la comparamos con las de otros mamíferos más primitivos como los primates. Está formada por dos conglomerados de estructuras interconectadas con forma de almendra (de ahí su nombre amígdala), que se hallan encima del tallo encefálico, adyacente al hipocampo, cerca de la base del anillo límbico. La amígdala y el hipocampo fueron dos piezas claves en el primitivo “cerebro olfativo” que originó evolutivamente el cortex, y después el “neocortex”. Se sabe, tras los estudios de numerosos investigadores (LE DOUX JE, 1992, KLUVER H, 1937, LAPLANE D, 1981) que la amígdala está especializada en las cuestiones emocionales y que es la responsable de la reactividad emocional y por tanto una estructura límbica muy ligada a los procesos de memoria y aprendizaje. Su correcto funcionamiento y sus interrelaciones con el “neocortex” constituyen el núcleo básico de la inteligencia emocional.

La amígdala actúa como un *centinela psicológico* que vigila toda situación, toda percepción y ante cualquier señal de amenaza o alarma moviliza todos los centros fundamentales del cerebro, disparando la secreción de hormonas corporales, activa los centros del movimiento y estimula el sistema cardiovascular, los músculos, y las vísceras. También se encarga de activar dosis grandes de noradrenalina, la hormona que estimula los sentidos y coloca al cerebro en estado de alerta.

2.1.6.- Entramado Neurológico de las emociones

Numerosos neurocientíficos orientan sus investigaciones a desvelar el entramado neurológico de las emociones. Paul MacLean fue el primero en adelantar la

hipótesis de que el sistema límbico es el asiento anatómico de las emociones. Posteriores estudios de Le Doux permitieron “pulir” este concepto del sistema límbico y demostrar que algunas de sus estructuras como el hipocampo no están directamente involucrados en la respuesta emocional, mientras que los circuitos o conexiones de la amígdala con otras regiones cerebrales, especialmente los lóbulos prefrontales, si resultan decisivas.

También resulta cada vez mas evidente que no se puede hablar de un único “cerebro emocional”, sino de varios sistemas de circuitos que diversifican el control de una determinada emoción a regiones cerebrales muy remotas. La mayoría de estos circuitos están interrelacionados con estructuras clave del sistema límbico como la amígdala y con el cortex prefrontal (LE DOUX, 1993)

2.1.6.1.- VÍA NEURONAL CORTA: del Tálamo a la Amígdala

Le Doux descubrió el papel que desempeña la Amígdala como Centinela emocional capaz de “secuestrar” al cerebro (LE DOUX, 1992). Demostró que la primera estación cerebral por la que pasan las señales sensoriales procedentes de los ojos o de los oídos, es el Tálamo y a partir de él, a través de una sola sinapsis, a la amígdala. Otra vía procedente del Tálamo lleva la señal al neocortex (cerebro pensante). Esa ramificación permite que la amígdala pueda responder *antes* de que el neocortex haya podido ponderar la información a través de otros circuitos cerebrales, se aperciba plenamente de lo que ocurre y finalmente pueda emitir una respuesta adecuada a la situación. Es decir, descubrió, junto a la larga vía neuronal que va al cortex, la existencia de una pequeña estructura neuronal que comunica directamente el tálamo con la amígdala. Esta vía secundaria y más corta, constituye una especie de “atajo” para que la amígdala reciba algunas señales directamente de los sentidos y emita una respuesta antes de que sean registrados por el neocortex. Estas investigaciones revelaron por primera vez la existencia de *vías nerviosas para los sentimientos que eluden el neocortex*.

Este circuito podría explicar el gran poder de las emociones para desbordar a la razón, ya que los sentimientos que siguen este camino son los más intensos y primitivos: (miedo, ira, alegría, tristeza, aversión, vergüenza). En la amígdala se almacenan las emociones que vamos experimentando desde antes de nacer, actúa como un “almacén de la memoria emocional”; las nuevas emociones y

acontecimientos se comparan por asociación con las ya existentes y en virtud de la similitud encontrada, activan en la amígdala las respuestas a las mismas. Durante las etapas más tempranas de la vida, otras estructuras cerebrales, especialmente el hipocampo (esencial para el recuerdo emocional) y el neocortex (sede del pensamiento racional) no se encuentran todavía plenamente maduros. En el caso del recuerdo, la Amígdala y el Hipocampo trabajan conjuntamente con cierta especialización: el hipocampo recupera datos puros, mientras que la amígdala determina si esa información posee una carga emocional.

Las interesantes investigaciones de Le Doux sobre el papel de la amígdala en la infancia abre el apasionante y poderoso mundo del **Aprendizaje emocional** que respalda a su vez uno de los fundamentos del pensamiento psicoanalítico (SCHORE A, 1994). La interacción, los encuentros y desencuentros entre el niño y sus cuidadores dejan una huella grabada en la amígdala, pero con una característica que la condiciona: será una huella tosca y no verbal. El niño aun carece de palabras y las conexiones con el neocortex están inmaduras. En consecuencia, cuando estas primeras lecciones emocionales se “reactivan” en el adulto, no dispone de pensamientos articulados sobre la respuesta que debemos tomar, lo que explica el desconcierto ante nuestros propios estallidos emocionales. Le Doux denomina **“emociones precognitivas”** a estas rudimentarias confusiones emocionales que se producen al sentir antes que pensar (LE DOUX 1992-2). La amígdala puede reaccionar a una emoción fuerte antes de que el cortex “sepa” lo que está ocurriendo, porque la emoción se pone en marcha o se activa antes que el pensamiento y de un modo completamente independiente de él

2.1.6.2.- VÍA NEURONAL LARGA: del Tálamo al Neocortex prefrontal

No sólo existen reacciones impulsivas o “primitivas”. El hecho es que mientras la amígdala prepara una reacción ansiosa e impulsiva, otra parte del cerebro se encarga de preparar otra respuesta más adecuada.

El regulador cerebral que desconecta los impulsos de la amígdala parece encontrarse en el otro extremo de una de las principales vías nerviosas que van al neocortex, en **el lóbulo prefrontal**. De este modo el área prefrontal constituye un modo de *gestor o modulador de las respuestas* emocionales proporcionadas por la amígdala y otras regiones del sistema límbico, permitiendo la emisión de una

respuesta más analítica y proporcionada. Digamos que el ser “conscientes” de nuestras emociones ofrece flexibilidad en las respuestas.

La vía larga va del Tálamo al neocortex. La neurona que conecta la amígdala con el cortex prefrontal llega a una región denominada cortex orbitofrontal, una zona *decisiva para la valoración de las posibles respuestas emocionales y su posterior corrección*. Una observación detenida de la anatomía cerebral demuestra la función reguladora de los lóbulos prefrontales. Gran parte de los datos disponibles apuntan a cierta zona del cortex prefrontal como el asiento donde confluyen todos, o la mayor parte, de los circuitos corticales implicados en la respuesta emocional. En los seres humanos las conexiones más poderosas existentes entre el neocortex y la amígdala se agrupan en torno al lóbulo prefrontal y al lóbulo temporal situados respectivamente en las partes inferior y lateral del lóbulo frontal (el lóbulo temporal desempeña un papel decisivo en la identificación de los objetivos).

El cortex orbitofrontal recibe señales procedentes tanto de la amígdala como de su propia e intrincada red de proyecciones a través de todo el sistema límbico. Es esta red la que permite desempeñar su papel regulador de las respuestas emocionales, incluyendo la inhibición de las señales que proceden del cerebro límbico y se dirigen a las diferentes zonas cerebrales. Las conexiones existentes entre el sistema orbitofrontal y el sistema límbico son tan cuantiosas que algunos neurocientíficos han bautizado este sistema con el nombre de “*cortex límbico*”, la parte pensante del cerebro emocional.

Pero no sólo existe una conexión estructural entre la amígdala y el cortex prefrontal sino que, también puede hablarse de un *auténtico puente bioquímico*, puesto que la sección ventromedial del cortex prefrontal y la amígdala presentan una elevada concentración de receptores químicos sensibles a la acción de la serotonina. Este sistema químico cerebral parece desempeñar, entre otras cosas, el papel de favorecer la cooperación, como demostró A. Damasio en sus estudios con diferentes especies animales, al encontrar asociación entre los niveles de serotonina y el nivel de sociabilidad de las especies. El *circuito serotoninérgico* se inicia en el tronco del encéfalo, en la zona medial, concretamente en el locus cerúleus y, desde los pedúnculos cerebrales, se proyectan sobre la circunvolución límbica y el córtex cerebral y se posan en los receptores serotoninérgicos. (DAMASIO A, 1994)

2.1.7.- Emoción y Sentimiento

Los avances en el conocimiento de la neuroanatomía permiten afirmar que todo el entramado que sustenta la racionalidad y que tradicionalmente se presumía que era neocortical, no funciona sin embargo sin el entramado de la regulación biológica que se presumía subcortical. La naturaleza no parece haber construido la *racionalidad* por encima del aparato de la regulación biológica, sino a partir de éste y con éste. Los mecanismos para el comportamiento más allá de los instintos y los impulsos, es decir la razón, la fuerza de voluntad, la sutileza y la sabiduría, resultan de una combinación y coordinación concertada entre el neocortex y el núcleo cerebral más antiguo. La emoción y el sentimiento, como aspectos centrales de la regulación biológica, proporcionan un puente entre los procesos racionales y los no racionales. (DAMASIO A, 1994))

William James, ya planteó hace más de un siglo una hipótesis muy discutida siempre sobre la emoción y el sentimiento. Él afirmó rotundamente que **la emoción implicaba el cuerpo**. Según él, si tras experimentar una emoción fuerte, intentamos eliminar de nuestra consciencia todos sus síntomas corporales, no habremos dejado atrás nada, ningún material mental, sino un estado frío y neutro de percepción intelectual. No es posible pensar qué tipo de emoción de rabia, ira, miedo o alegría quedaría si no estuvieran presentes las manifestaciones corporales como la aceleración de los latidos cardiacos, el movimiento intestinal, la ruborización, la debilidad de piernas, los cambios en la respiración o la irización del vello o los cambios faciales. James postulaba un mecanismo básico en el que estímulos particulares del ambiente excitan, mediante un mecanismo inflexible o establecido de manera innata, una pauta específica de reacción corporal. “Cada objeto que excita un instinto, excita asimismo una emoción” sin necesidad de evaluar el significado de los estímulos. No tuvo en cuenta el **proceso mental de evaluar la situación** que causa la emoción. Desde el punto de vista Jamesiano, el cuerpo *siempre* se interpone en el proceso.

Sin embargo sabemos, que en muchas circunstancias de nuestra vida como seres sociales, nuestras emociones se desencadenan sólo después de un proceso mental evaluador, voluntario, no automático. Para las emociones que experimentamos en las etapas más tempranas de la vida, bastaría un mecanismo preorganizado jamesiano, pero las emociones que experimentamos como adultos se han ido construyendo gradualmente sobre los cimientos de esas emociones tempranas. La

reacción a una amplia gama de estímulos y situaciones es filtrada por la evaluación consciente que se interpone. Existe una modulación de la maquinaria básica de las emociones, además de otros medios neuronales para conseguir el “sentido corporal” que James consideraba la esencia del proceso emocional.

Se define la emoción como el conjunto de cambios en el estado corporal y que son inducidos por los terminales de las neuronas en multitud de órganos, bajo el control de un sistema cerebral que responde al contenido de pensamientos en relación con un objeto o acontecimiento determinado. Algunos de estos cambios son perceptibles desde el exterior y otros sólo se perciben por el propio individuo. La emoción es el resultado de un proceso evaluador mental, con respuestas disposicionales a dicho proceso, la mayoría dirigidas hacia el cuerpo y provocan el estado emocional corporal, pero también dirigidas al cerebro que producen cambios mentales adicionales.

La percepción de todos esos cambios es lo que se define como *sentimiento* y se identifica con la experimentación de dichos cambios. Los sentimientos se refieren al cuerpo y nos ofrecen la cognición de nuestro estado visceral y musculoesquelético. Nos dejan prestar atención al cuerpo.

Existen numerosos intentos de “ordenar” y categorizar las emociones. Pero no existe una única respuesta clara y el debate científico sobre la clasificación de las emociones aún se encuentra abierto. En realidad existen más sutilezas en la expresión de la emoción que palabras para describirlas; A. Damasio propone el nombre de *Emociones Tempranas* a las consideradas primarias y *Emociones Adultas* a las emociones secundarias.

2.1.7.1.- Emociones Primarias:

También se les denomina pre-cognitivas, tempranas, innatas, preorganizadas o jamesianas. Son las que dependen del circuito límbico en el que la amígdala es el actor clave, según hemos descrito, en el que un estímulo determinado activa la amígdala y ésta produce respuestas internas musculares, viscerales y además respuestas a través de los neurotransmisores y del hipotálamo que origina la respuesta endocrina y química que se propaga a través del torrente sanguíneo. Esta respuesta emocional adaptativa automática, digamos corporal, puede conseguir en

ocasiones objetivos útiles y ponernos en alerta ante peligros o amenazas graves, provocando reacciones de huida o defensa. Son las que prevalecen en situaciones de urgencia que tienen que ver con la supervivencia. Sin embargo el proceso no finaliza en esa reacción corporal que define a una emoción. El ciclo continúa con *la sensación de la emoción* (DAMASIO A, 1994), hecho muy patente en los seres humanos, al darnos cuenta de la relación entre el objeto y el estado emocional del cuerpo.

Las ventajas de “sentir” nuestras emociones son numerosas y nos aporta mayor protección. Cuando llegamos a “conocer” la situación u objeto X que provoca una determinada reacción, acumulamos esa experiencia específica y nos permite por ejemplo, predecir la probabilidad de que esté presente en un ambiente determinado, y por tanto poder evitarla con antelación, y ser cautelosos con algo similar a esa situación X. Es decir *sentir nuestras emociones* o ser conscientes de ellas, nos permite dar flexibilidad a las respuestas, basadas en la historia particular de nuestras experiencias e interacciones con el ambiente.

Diversas tesis relacionan las emociones básicas con las cuatro expresiones faciales demostradas como universales en todos los pueblos y culturas (EKMAN P, 1992): *Miedo, Ira, Alegría y Tristeza*, a los que se añaden también los de *Amor, Sorpresa, Aversión y Vergüenza*. Sin embargo la tendencia actual es a considerar no emociones categóricas sino familias o dimensiones emocionales (emociones primarias) en torno a las que se agrupan los infinitos matices de nuestra vida emocional (emociones secundarias).

2.1.7.2.- Emociones secundarias.

También llamadas emociones adquiridas o adultas. Tienen lugar con la intervención del córtex prefrontal, una vez que hemos comenzado a ser conscientes de las emociones primarias; a medida que experimentamos sentimientos y se forman conexiones sistemáticas entre diferentes categorías de objetos o situaciones por un lado y sus emociones primarias por otro. Requieren una evaluación cognitiva del acontecimiento.

Las infinitas expresiones de la vida emocional que se denominan emociones secundarias se agrupan, como he señalado anteriormente, en torno a unas

dimensiones básicas. Sin intención de ser exhaustivos, pues es imposible, en la siguiente tabla intentaré enunciar algunas de ellas con las palabras más usuales:

Dimensiones Básicas. Emociones Primarias	Matices Emocionales Emociones Secundarias
<i>Ira</i>	Enojo, rabia, furia, indignación, animosidad, irritabilidad, hostilidad, rabia, y en su extremo, el odio y la violencia
<i>Tristeza</i>	Pena, desconsuelo, desesperación, melancolía, aflicción, pesimismo, autocompasión, soledad, desaliento y en caso extremo la depresión grave
<i>Miedo</i>	Temor, aprensión, preocupación, ansiedad, consternación, desasosiego, nerviosismo, angustia, susto, terror y en caso extremo patológico: fobia y pánico.
<i>Alegría</i>	Gozo, tranquilidad, felicidad, deleite, satisfacción, gratificación, éxtasis, euforia y en extremo manía.
<i>Amor</i>	Cordialidad, confianza, tranquilidad, aceptación, amabilidad, devoción, adoración, afinidad, Enamoramiento.
<i>Sorpresa</i>	Asombro, desconcierto, sobresalto, admiración
<i>Aversión</i>	Asco, desprecio, antipatía, disgusto, desdén, displicencia y en el extremo la repugnancia.
<i>Vergüenza</i>	Humillación, culpa, aflicción, perplejidad, desazón, remordimiento, pesar.

2.1.8.- Emoción y Toma de decisiones.

Los avances en el estudio y conocimiento de la vida mental, es decir sobre la **neurobiología de la racionalidad**, se deben principalmente al neuropsicólogo Dr. A. Damasio. Él observó un hecho no explicado hasta el momento: pacientes que habían sufrido lesiones en las conexiones entre la amígdala y el lóbulo prefrontal presentaban una disociación entre la integridad de todas sus funciones intelectuales: la memoria, atención, percepción, lenguaje, razonamiento e inteligencia (coeficiente intelectual) y sin embargo un cambio en su carácter y en el proceso de toma de decisiones, que los convirtió en individuos incapaces de observar las normas sociales, comportarse éticamente y tomar decisiones en pro de unos objetivos de supervivencia y progreso propios. Él los definió como pacientes que *sabían pero no sentían*). Se convierten en espectadores desapasionados de su propia vida, sin ningún sentido de su propio sufrimiento, sin sentir placer ni tristeza o impaciencia o frustración. Observando esta conexión contraintuitiva entre ausencia de emoción y comportamiento descarriado, él afirmó como hipótesis de investigación que *la reducción de las emociones puede*

constituir una causa igualmente importante de comportamiento irracional (DAMASIO A, 1994) y consiguiente desadaptación social.

Hasta el momento se aceptaba que la emoción perturba el razonamiento; si estamos emocionalmente perturbados, solemos expresar que “no podemos pensar bien”. También se aceptaba que una tensión emocional fuerte y prolongada puede obstaculizar las facultades intelectuales y dificultar en el niño el desarrollo de su capacidad de aprendizaje. La nueva observación e hipótesis de investigación contempla la otra cara: **la ausencia de las emociones también perturba la mente.** Es decir que los sentimientos son indispensables en la toma racional de decisiones y en el ejercicio de la razón y que el tomar decisiones requiere tener en cuenta la información afectiva adquirida a través de la experiencia previa.

La toma de decisiones requiere la consideración de las consecuencias afectivas o emocionales de las distintas conductas posibles; esto permite comprender la importancia de la relación entre la emoción, la elección y la capacidad para anticipar las consecuencias futuras de la conducta elegida.

Investigaciones realizadas con monos refuerzan la fuerte conexión entre las cortezas prefrontales ventromediales y la amígdala y la concentración de receptores de serotonina presentes en ellas como un todo o *sistema neural* y relacionan este sistema con el comportamiento social y la toma de decisiones (RALEIGH M, 1993).

En los últimos años también se ha prestado atención a la diferente funcionalidad o “especialización” de uno u otro hemisferio cerebral respecto a los sentimientos. Los resultados y conclusiones aún no son unánimes, pero si se acepta cierto consenso para afirmar que el hemisferio derecho, dominante los tres primeros años de la vida, tiene relevancia en la expresión emocional y en el reconocimiento de expresiones emocionales, mientras que el hemisferio izquierdo, dominante a partir de los tres primeros años de la vida, tiene su relevancia en el asentamiento del lenguaje y el pensamiento. (CASTILLA C, 2000). Otros neurofisiólogos al estudiar los estados de ánimo de pacientes con lesiones en el lóbulo prefrontal llegan a la conclusión de que el lóbulo prefrontal derecho es la sede de los sentimientos negativos (miedo y agresividad) mientras que el lóbulo prefrontal izquierdo ejerce un control sobre ellos probablemente inhibiendo el lóbulo derecho. (MORRIS MK, 1991)

2.1.9.- Hipótesis del Marcador Somático.

Damasio desarrolla su interesante hipótesis del *Marcador Somático* para apoyar la importancia de las emociones ligadas al proceso de razonamiento y toma de decisiones, y define al marcador somático como un “*sentimiento especial generado a partir de emociones secundarias que han sido conectadas mediante el aprendizaje a resultados futuros predecibles de determinados supuestos*” (DAMASIO A, 1994). Lo denomina “somático” porque cuando el resultado malo conectado a una determinada opción de respuesta aparece en la mente, por fugaz que sea, provoca un sentimiento en las entrañas y el sentimiento tiene que ver con el cuerpo (del griego soma); y puesto que ese sentimiento marca una imagen le denomina “marcador”.

La región ventromedial de la corteza prefrontal integra el mensaje *somático* con la información cognitiva acerca de las consecuencias de distintas elecciones. Ese mensaje somático *marcaría* afectivamente cada elección, de forma que en el futuro, al tratar de decidir por una u otra opción, el sujeto tendería a evitar aquellas marcadas negativamente. El marcador somático actuaría como una señal de alarma automática al forzar la atención sobre el resultado negativo al que puede conducir una acción determinada. La combinación de un marcador somático negativo yuxtapuesto a un determinado resultado futuro, funciona como un timbre de alarma. Si en cambio, se superpone un marcador somático positivo, se convierte en una guía de incentivo. Un marcador negativo conectado con el futuro, puede hacer contrarrestar la perspectiva tentadora de una recompensa inmediata. Igualmente, un marcador somático positivo disparado por la imagen de un buen resultado futuro debe ser la base para soportar opciones inmediatas molestas.

Las zonas de convergencia localizadas en las cortezas prefrontales son el depósito de representaciones disposicionales para las contingencias adecuadamente categorizadas y únicas de cada experiencia vital. (FUSTER JM, 1989 y GOLDMAN-RAKIC P, 1992).

Los marcadores somáticos se adquieren con la experiencia, bajo el control de un sistema de preferencia interno (asegurar la supervivencia del organismo) y bajo la influencia de circunstancias externas, convenciones sociales y normas éticas.

2.2.- LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

2.2.1.- Concepto

El término Inteligencia emocional suscitó un gran interés en la comunidad científica, desde las publicaciones de los psicólogos americanos P. Salovey y J.D. Mayer en 1990, y también a nivel popular tras la extraordinaria difusión de la obra del psicólogo investigador y periodista D. Goleman publicada en 1995.

La Enseñanza de Sócrates "*Conócete a ti mismo*" - darse cuenta de los propios sentimientos en el mismo momento en que éstos tienen lugar-, constituye la piedra angular de la Inteligencia Emocional. Freud basó sus teorías en la dinámica oculta del psiquismo, afirmando que gran parte de nuestra vida emocional es inconsciente y nuestros sentimientos no siempre logran cruzar el umbral de la consciencia.

La inteligencia emocional, según Goleman "*es la capacidad para reconocer sentimientos en si mismo y en otros, siendo hábil para gerenciarlos al trabajar con otras personas*". Según palabras de este autor "las personas con habilidades emocionales bien desarrolladas tienen más probabilidades de sentirse satisfechas y ser eficaces en su vida, y de dominar los hábitos mentales que favorezcan su propia productividad; las personas que no pueden poner cierto orden en su vida emocional libran batallas interiores que sabotean su capacidad de concentrarse en el trabajo y pensar con claridad". (GOLEMAN D, 1996). "El término Inteligencia Emocional se refiere a la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los ajenos, de motivarnos y de manejar bien las emociones, en nosotros mismos y en nuestras relaciones"(GOLEMAN D, 1998).

Numerosas obras posteriores abundan sobre el concepto y redundan en su definición: Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, podríamos decir que la Inteligencia Emocional es una capacidad que tiene o puede desarrollar el individuo para crear resultados positivos en sus relaciones consigo mismo y con los demás; se encuentra relacionada con la manera en que identificamos, utilizamos, entendemos y administramos nuestras emociones, de modo que "represente un salto sumamente significativo en los ámbitos de la comprensión de la conducta humana..." (PASCAL B, 2003). Puede agregarse que "la Inteligencia Emocional trata acerca del sentir, entender, controlar y modificar estados anímicos propios y ajenos" (CORTESE A,

2003). Es un concepto relacionado con la diferenciación de respuestas que pueden ofrecer los individuos ante situaciones determinadas; se trata de “una destreza que nos permite conocer y manejar nuestros propios sentimientos, interpretar o enfrentar los sentimientos de los demás; sentirnos satisfechos y ser eficaces en la vida, a la vez que crear hábitos mentales que favorezcan nuestra propia productividad” (CORTESE A, 2003-B).

Aplicado a los profesionales médicos, se afirma que la percepción de las emociones requiere que el médico sea más “*MINDFUL*” (traducido como “estar atento”) en la práctica de la medicina y en su vida diaria (EPSTEIN RM, 1999). Los profesionales de la salud necesitan desarrollar la introspección, que consiste en poder darse cuenta de los pensamientos y sentimientos que nos produce el paciente y de cómo nuestra conducta se ve, a menudo, afectada por ellos. (GARCÍA CAMPAYO J, 2008).

La inteligencia emocional es una forma de interactuar con el mundo que tiene muy en cuenta los sentimientos, y engloba habilidades tales como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía, la agilidad mental, etc. Ellas configuran rasgos del carácter como la autodisciplina, la compasión o el altruismo, y que resultan indispensables para una buena y creativa adaptación social.

2.2.2.- Antecedentes

El concepto de Inteligencia Emocional, tiene un claro precursor en el concepto de *Inteligencia Social* del psicólogo Edward Thorndike (1920) quien la definió como “un aspecto de la inteligencia personal que nos permite comprender las necesidades ajenas y actuar sabiamente en las relaciones humanas”. Para este autor, además de la inteligencia social, existen también otros dos tipos de inteligencias: la abstracta – habilidad para manejar ideas- y la mecánica- habilidad para entender y manejar objetos- (THORNDIKE E, 1920).

Un antecedente cercano de la Inteligencia Emocional lo constituye la teoría de ‘*las inteligencias múltiples*’ de Howard Gardner, de la Universidad de Harvard, quien publicó “*Frames of Mind*”, en 1993 y afirma que no sólo no existe un único, monolítico e inalterable tipo de inteligencia (la inteligencia racional o académica medida en los

test y escalas de inteligencia y que clasifican a las personas por su Coeficiente Intelectual) sino que existe un complejo **sistema de múltiples inteligencias** que distingue al menos siete tipos de inteligencias que nos relacionan con el mundo (GARDNER H, 1983):

1. *Inteligencia Lingüística*: Es la inteligencia relacionada con nuestra capacidad verbal, con el lenguaje y con las palabras.
2. *Inteligencia Lógica*: Tiene que ver con el desarrollo de pensamiento abstracto, con la precisión y la organización a través de pautas o secuencias.
3. *Inteligencia Musical*: Se relaciona directamente con las habilidades musicales y ritmos.
4. *Inteligencia Visual*: Espacial: La capacidad para integrar elementos, percibirlos y ordenarlos en el espacio, y poder establecer relaciones de tipo metafórico entre ellos.
5. *Inteligencia Kinestésica*: Abarca todo lo relacionado con el movimiento tanto corporal como el de los objetos y los reflejos.
6. *Inteligencia Interpersonal*: Implica la capacidad de establecer relaciones con otras personas.
7. *Inteligencia Intrapersonal*: Se refiere al conocimiento de uno mismo y todos los procesos relacionados, como autoconfianza y automotivación.

Así pues Gardner puso en crisis la teoría hasta entonces aceptada del *Coeficiente Intelectual* – el paradigmático **CI** de los test de inteligencia- (que sólo se ocupa de una estrecha franja de habilidades lingüísticas y matemáticas), y abre un nuevo camino para explorar el amplio abanico de habilidades y destrezas que son mucho más decisivas para la vida que el Coeficiente Intelectual. Esta visión multidimensional de la inteligencia, brinda una imagen mucho más rica de la capacidad y del potencial de éxito de una persona que la que ofrece el mero CI. aislado.

En una publicación posterior Gardner desarrolló mejor su tesis de los dos tipos básicos de inteligencias personales (GARDNER H, 1993):

Inteligencia Interpersonal: o *competencia social* supone “La capacidad de discernir y responder apropiadamente a los estados de ánimo, temperamentos, motivaciones y deseos de las demás personas”. Consiste en la capacidad de

comprender a los demás: cuáles son las cosas que más les motivan, cómo trabajan, y la mejor forma de cooperar con ellos. En formas más avanzadas, esta inteligencia permite a un adulto hábil leer las intenciones y deseos de los demás, aunque se hayan ocultado.

Inteligencia Intrapersonal: o *competencia emocional* es la clave para el conocimiento de uno mismo. Supone “La capacidad de establecer contacto con los propios sentimientos, y discernir entre ellos y aprovechar este conocimiento para orientar nuestra conducta”. (GARDNER H, 1989) Es una habilidad que permite configurar una imagen exacta y verdadera de nosotros mismos y nos hace capaces de utilizar esa imagen para actuar en la vida de un modo más eficaz. La define como *“el conocimiento de los aspectos internos de una persona: el acceso a la propia vida emocional, a la propia gama de sentimientos, la capacidad de efectuar discriminaciones entre las emociones y finalmente ponerles un nombre y recurrir a ellas como un medio de interpretar y orientar la propia conducta”*(GADNER H 1983).

Peter Salovey y John Mayer, psicólogos de las universidades de Harvard y de New Hampshire respectivamente, no podían imaginar la fama y difusión posterior, que tendrían el término acuñado por ellos de “Inteligencia Emocional” en su publicación **“Emotional Intelligence”** (SALOVEY P, MAYER J D, 1990). La definen como “un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de percibir y entender las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas, y usar la información para guiar nuestros pensamientos y acciones”. Consideran la Inteligencia Emocional como un subconjunto de la inteligencia social que comprende 5 habilidades que van a resultar determinantes en nuestras relaciones con los demás y con nosotros mismos: 1: Capacidad de conocimiento de las propias emociones; 2: Capacidad de controlar las emociones; 3: Capacidad de motivarse uno mismo; 4: Reconocimiento de las emociones ajenas; y 5: El Control de las relaciones.

Estas cinco dimensiones las denomina “metahabilidades” de la inteligencia y las clasifican en las áreas ya descritas por Gardner:

2.2.3.- Inteligencia Intrapersonal:(Internas, de Autorreconocimiento).

Es la capacidad que tiene el individuo de poder entender e identificar sus emociones, además de saber cómo se mueve subjetivamente en torno a sus emociones. Le corresponden las siguientes dimensiones:

1. Autoconciencia: Capacidad de reconocer qué está pasando en nuestro cuerpo y qué estamos haciendo. Implica reconocer nuestros propios estados de ánimo. Se refiere al modo en que nos relacionamos con nosotros mismos. Las competencias emocionales que dependen de la autoconciencia son:

- **Conciencia emocional:** Identifica las propias emociones y los efectos que puedan tener.
- **Correcta autovaloración:** Conocer las propias fortalezas y limitaciones.
- **Autoconfianza:** Fuerte sentido del propio valor y capacidad.

2. Autorregulación: Se refiere a manejar los propios estados de ánimo, impulsos y recursos, saber recuperarse de las tensiones emocionales, controlar nuestros sentimientos y adecuarlos a las circunstancias. Está formada por cinco actitudes o competencias emocionales:

- **Autocontrol:** Mantener bajo control las tensiones y emociones perjudiciales.
- **Confiabilidad:** Mantener normas de honestidad e integridad.
- **Escrupulosidad:** Aceptar la responsabilidad del desempeño individual.
- **Adaptabilidad:** Flexibilidad para reaccionar ante los cambios.
- **Innovación:** Apertura y disposición ante ideas y enfoques novedosos.

3. Motivación: Referida a las tendencias emocionales que guían o facilitan el cumplimiento de nuestros objetivos. La motivación se compone por cuatro actitudes emocionales:

- **Afán de triunfo:** esforzarse por mejorar o satisfacer un determinado criterio de excelencia
- **Compromiso:** Alinearse con los objetivos de un grupo u organización.
- **Iniciativa:** Disposición para reaccionar y aprovechar las oportunidades.
- **Optimismo:** Persistencia para cumplir objetivos a pesar de barreras y contratiempos que pueden presentarse.

2.2.4.- Inteligencia Interpersonal (Externas, de relación):

Se refiere a la capacidad que tiene el individuo de entender las emociones de las otras personas y actuar en consonancia con ellas. Son el conjunto de habilidades sociales que nos permiten relacionarnos con los demás, movilizarles, inspirarles, persuadirles, influirles y tranquilizarles. Está en correspondencia con las siguientes habilidades emocionales:

4. Empatía: Es la capacidad de tener conciencia y captar los sentimientos, necesidades e intereses de los otros y desde su perspectiva; saber qué quieren o qué necesitan y cultivar la afinidad con una amplia diversidad de personas. En la empatía se destacan cinco actitudes emocionales:

- **Comprender a los demás:** Percibir los sentimientos y perspectivas ajenas e interesarse por sus preocupaciones.
- **Ayudar a los demás a desarrollarse:** Darse cuenta de las posibilidades de desarrollo de los demás, reforzar sus habilidades y estimular su capacidad.
- **Orientación hacia el servicio:** Prever, reconocer y satisfacer necesidades de otros.
- **Aprovechar la diversidad:** Desarrollar las oportunidades a través de personas diversas.
- **Conciencia política:** Interpretar las corrientes sociales, políticas y emocionales del grupo y el poder de las relaciones entre sus miembros.

5. Habilidades sociales: Implica pericia para inducir respuestas deseadas en los otros. Comprende ocho capacidades emocionales:

- **Influencia:** Idear tácticas efectivas de persuasión.
- **Comunicación:** Practicar una buena escucha y elaborar mensajes convincentes.
- **Manejo de conflictos:** Saber negociar y resolver los desacuerdos que se presenten dentro de un grupo.
- **Liderazgo:** Capacidad para inspirar y guiar a individuos o a grupos.
- **Catalizador de cambios:** Iniciar o manejar las situaciones nuevas.
- **Establecer vínculos:** Alimentar y reforzar las relaciones interpersonales.

- **Colaboración y cooperación:** Trabajar con otros para lograr metas compartidas.
- **Habilidades de equipos:** Ser capaz de crear sinergia para la consecución de metas colectivas.

2.2.5.- Componentes de la Inteligencia Emocional de Goleman

A partir de las publicaciones de Salovey y Mayer diversos investigadores y autores utilizaron el concepto para referirse a esa dimensión humana. Pero fue al trabajo de Daniel Goleman, investigador y periodista del New York Times, quien popularizó el término en todo el mundo, con la publicación de su obra 'La Inteligencia Emocional' (1995). El nuevo concepto, irrumpió e impregnó las categorías establecidas a propósito de interpretar la conducta humana (y por ende de las ciencias) que durante siglos se han dedicado a desentrañarla como la Psicología, Educación, Sociología, Antropología, y otras.

Goleman escribe: *“Utilizo el término emoción para referirme a un sentimiento y sus pensamientos característicos, a estados psicológicos y biológicos y a una variedad de tendencias a actuar”*. Existen cientos de emociones, junto con sus combinaciones, variables, mutaciones y matices. En efecto, existen en la emoción más sutilezas de las que el lenguaje puede nombrar” (GOLEMAN D, 1996).

Este autor, retoma los conceptos de investigadores anteriores, profundiza en la teoría que acabamos de exponer de Gadner y después desarrollada por Salovey y Mayer y populariza el término “inteligencia Emocional”. Manteniendo la misma clasificación en dos tipos de Inteligencia Emocional con las cinco habilidades que la componen, redefine con pequeños matices esas competencias (GOLEMAN H 1998):

A - La Inteligencia Personal o Intrapersonal: “la capacidad de discernir y responder apropiadamente a los estados de ánimo, temperamentos, motivaciones y deseos de las demás personas”compuesta a su vez por una serie de competencias que determinan el modo en que nos relacionamos con nosotros mismos. Esta inteligencia comprende tres habilidades:

- **1. Conciencia de uno mismo:** es la capacidad de *reconocer* y entender en uno mismo las propias fortalezas, debilidades, estados de ánimo, emociones e

impulsos, así como el efecto que éstos tienen sobre los demás y sobre el trabajo. Esta competencia se manifiesta en personas con habilidades para juzgarse a sí mismas de forma realista, que son conscientes de sus propias limitaciones y admiten con sinceridad sus errores, que son sensibles al aprendizaje y que poseen un alto grado de auto-confianza.

- **2. Autorregulación o control de sí mismo:** es la habilidad de *controlar* nuestras propias emociones e impulsos para adecuarlos a un objetivo, de responsabilizarnos de los propios actos, de pensar antes de actuar y de evitar los juicios prematuros. Las personas que poseen esta competencia son sinceras e íntegras, controlan el estrés y la ansiedad ante situaciones comprometidas y son flexibles ante los cambios o las nuevas ideas.
- **3. Auto-motivación:** es la habilidad de estar en un estado de continua búsqueda y *persistencia* en la consecución de los objetivos, haciendo frente a los problemas y encontrando soluciones. Esta competencia se manifiesta en las personas que muestran un gran entusiasmo por su trabajo y por el logro de las metas por encima de la simple recompensa económica, con un alto grado de iniciativa y compromiso, y con gran capacidad optimista en la consecución de sus objetivos.

B - La Inteligencia Interpersonal: como “la capacidad de establecer contacto con los propios sentimientos, discernir entre ellos y aprovechar este conocimiento para orientar nuestra conducta” al igual que la anterior, esta inteligencia también está compuesta por otras competencias que determinan el modo en que nos relacionamos con los demás:

- **4. Empatía:** es la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar, y responder correctamente a sus reacciones emocionales. Las personas empáticas son aquellas capaces de escuchar a los demás y entender sus problemas y motivaciones, que normalmente tienen mucha popularidad y reconocimiento social, que se anticipan a las necesidades de los demás y que aprovechan las oportunidades que les ofrecen otras personas.
- **5. Habilidades sociales:** es el talento en el manejo de las relaciones con los demás, en saber persuadir e influenciar a los demás. Quienes poseen habilidades sociales son excelentes negociadores, tienen una gran capacidad para liderar

grupos y para dirigir cambios, y son capaces de trabajar colaborando en un equipo y creando sinergias grupales.

2.2.6.-Entrenar la Inteligencia Emocional

La gran aportación de la inteligencia emocional definida como el factor clave para una adaptación exitosa en las diferentes contingencias de la vida fue definir la Inteligencia Emocional como “un conjunto de metahabilidades que pueden ser aprendidas”. Ha sido precisamente esa afirmación sobre *la posibilidad de mejorarla que cada persona posee*, su novedosa aportación y lo que facilitó su enorme difusión. Existe la capacidad de entrenar las habilidades que componen la inteligencia emocional.

Es importante creer en la trascendencia de educarnos para la vida emocional. Aprender a vivir es aprender a observar, analizar, recabar y utilizar el conocimiento que vamos acumulando con el paso del tiempo. Pero convertirnos en personas maduras, equilibradas, responsables y, por qué no decirlo, felices en la medida de lo posible, nos exige también saber distinguir, describir y atender los sentimientos. Y eso significa contextualizarlos, jerarquizarlos, interpretarlos y asumirlos. Porque cualquiera de nuestras reflexiones o actos en un momento determinado pueden verse “contaminados” por nuestro estado de ánimo e interferir negativamente en la resolución de un conflicto o en una decisión que tenemos que tomar.

Vivir nuestras emociones es una habilidad relacional que nos capacita como seres que se desarrollan en un contexto social. Sólo cuando conectamos con nuestros sentimientos, los atendemos y jerarquizamos, somos capaces de empatizar con los sentimientos y circunstancias de los demás. No es más inteligente quien obtiene mejores calificaciones en sus estudios, sino quien pone en práctica habilidades que le ayudan a vivir en armonía consigo mismo y con su entorno. La mayor parte de las habilidades para conseguir una vida satisfactoria son de carácter emocional, no intelectual. Los profesionales más brillantes no son los que tienen el mejor expediente académico, sino los que han sabido utilizar sus recursos y expresar al máximo sus habilidades.

¿Qué entrenar?: Se definen cuatro componentes o campos básicos de entrenamiento y mejora, mediante un trabajo sistemático y dirigido a esos componentes:

1 Percepción y expresión emocional. Se trata de reconocer de manera consciente qué emociones tenemos, identificar qué sentimientos y ser capaces de verbalizarlas. Una buena percepción significa saber interpretar nuestros sentimientos y vivirlos adecuadamente, lo que nos permitirá estar más preparados para controlarlos y no dejarnos arrastrar por los impulsos.

2- Facilitación emocional, o capacidad para producir sentimientos que acompañen nuestros pensamientos. Si *las emociones se ponen al servicio del pensamiento* nos ayudan a tomar mejor las decisiones y a razonar de forma más inteligente. El cómo nos sentimos va a influir decisivamente en nuestros pensamientos y en nuestra capacidad de deducción lógica.

3- Comprensión emocional. Hace referencia a entender lo que nos pasa a nivel emocional, integrarlo en nuestro pensamiento y ser conscientes de la complejidad de los cambios emocionales. Para entender los sentimientos de los demás, hay que entender los propios. Cuáles son nuestras necesidades y deseos, qué cosas, personas o situaciones nos causan determinados sentimientos, qué pensamientos generan las diversas emociones, cómo nos afectan y qué consecuencias y reacciones propician. Empatizar supone sintonizar, ponerse en el lugar del otro, ser consciente de sus sentimientos. Hay personas que no entienden a los demás, no por falta de inteligencia, sino porque no han vivido experiencias emocionales o no han sabido gestionarlas. Incluso habiendo vivido experiencias de ese tipo, si no se ha hecho el esfuerzo de vivirlas de manera explícita, aceptándolas e integrándolas, no estarán suficientemente capacitados para la comprensión emocional inteligente.

4- Regulación emocional, o capacidad para dirigir y manejar las emociones de una forma eficaz. Es la capacidad de evitar respuestas incontroladas en situaciones de ira, provocación o miedo. Supone también percibir nuestro estado afectivo sin dejarnos arrollar por él, de manera que no obstaculice nuestra forma de razonar y podamos tomar decisiones de acuerdo con nuestros valores y las normas sociales y culturales.

Estas cuatro habilidades están ligadas entre sí en la medida en que es necesario ser conscientes de cuáles son nuestras emociones si queremos vivirlas adecuadamente. Se puede ejemplificar muy bien con dos preguntas bien diferentes, aunque pudieran parecer similares, que pueden servir para clarificar la idea de ser conscientes de nuestros sentimientos:

- “**¿Cómo te sientes?**”, en relación a si nos sentimos bien o no tan bien desde la percepción de lo que A. Damasio denomina el “*sentido corporal de fondo continuo*” que aunque no lo notemos, constituye la representación actual e imparable del estado corporal propio (corresponde al estado corporal predominante *entre* emociones) Esta pregunta nos reta a describir nuestros sentimientos con palabras y les coloquemos las diferentes etiquetas que reflejen su variedad, y no resulta tan fácil como responder a
- “**¿Cómo estás?**” a la que se puede contestar de una manera educada y superficial sin decir nada sobre el propio estado corporal.

Tras ser capaces de reconocer nuestros diferentes sentimientos, nuestra posibilidad de controlarlos es mucho mayor. ¿Por qué es importante hacerlo? Porque el estado anímico condiciona en gran medida lo que hacemos. Existe evidencia empírica de las estrechas influencias emocionales sobre la memoria (BLANEY, 1986), la creatividad (ISEN 1990), la conducta de ayuda (SALOVEY 1989), la percepción, el aprendizaje, el pensamiento y el juicio. (BOWER G H, 1981, 1981-b, 1982, 1983). Cuando uno está triste, se muestra retraído. Cuando se está contento, uno derrocha buen humor. Pero si uno no sabe cómo está, tampoco sabrá cuál será su forma de actuar más probable, y por tanto, no estará seguro de cómo ponerla en práctica.

Entrenarse en el desarrollo de las aptitudes emocionales permite desarrollar la capacidad de manejar las emociones idóneas para cada acción y regular su manifestación, manteniendo el equilibrio emocional; transmitiendo estados de ánimo para generar actitudes y respuestas positivas; aprendiendo a evaluar el “costo emocional” de situaciones y acciones; desarrollando destrezas sociales.

De hecho, la estructura emocional básica puede ser modificada mediante una toma de conciencia y cierta práctica: los circuitos neurológicos involucrados pueden alterarse o reforzarse con la repetición de ciertos hábitos. Las regiones cerebrales

implicadas en la vida emocional maduran más lentamente en el desarrollo del cerebro humano: Las áreas sensoriales maduran durante la primera infancia, el sistema límbico no madura hasta la pubertad y los lóbulos frontales, sede del autocontrol emocional, del proceso cognitivo de las emociones, y de la respuesta emocional adecuada, siguen desarrollándose en la tardía adolescencia hasta los 18 años. Posteriormente, los circuitos neurológicos implicados pueden modificarse mediante un entrenamiento dirigido.

Cuando la persona tiene un conocimiento eficaz sobre la Inteligencia Emocional puede encauzar, dirigir y aplicar sus emociones, permitiendo así que las mismas trabajen a favor, y no en contra de su personalidad.

2.2.7.- Habilidades Emocionales

Existen actualmente tres aproximaciones teóricas aceptadas entre la comunidad científica para intentar descubrir cuáles son los componentes emocionales que subyacen en la inteligencia emocional y conducen a la competencia emocional, así como los mecanismos y procesos que ponen en marcha el uso de esas habilidades en nuestra vida diaria (FERNÁNDEZ-BERROCAL 2006). Estos son:

1. **El modelo basado en las habilidades mentales de la Inteligencia Emocional de Mayer y Salovey.** (MAYER Y SALOVEY, 1997). Considera la Inteligencia Emocional como una habilidad mental que comprende cuatro habilidades que ya hemos citado: *Percepción emocional* en uno mismo y los demás, incluso en los objetos, el arte, música, historia y otros estímulos; *Asimilación de las emociones* equivalente a la habilidad de generar, usar y sentir las emociones como necesarias para comunicar los sentimientos o usarlos en los procesos cognitivos; *Entendimiento emocional* es la habilidad para comprender la información emocional, cómo las emociones se combinan y cambian a lo largo del tiempo y la habilidad para comprender el significado de las emociones; finalmente la *Regulación emocional* se refiere a la habilidad de permanecer abierto a los sentimientos y monitorizar las emociones propias y de los demás para mejorar su comprensión y el crecimiento personal . Los esfuerzos de los autores por desarrollar instrumentos para medir estas cuatro habilidades culminaron al crear **el MSCEIT** (Mayer-Salovey-Caruso Emocional Intelligence Test).

2. **El modelo de Inteligencia Emocional-Social de Bar-On:** Desde el punto de vista de Bar-On, la inteligencia emocional-social es una sección de las competencias de interrelación emocional y social, habilidades y facilidades que determinan nuestra efectividad para comprender y expresarnos nosotros mismos, a los demás, y relacionarnos con ellos y afrontar los requerimientos sociales diarios (BAR-ON, 2006). Específicamente la inteligencia emocional-social comprende cinco factores, subdivididos en quince subfactores: 1): Habilidades Intrapersonales, referidas a habilidades de percibir y comprender las emociones, los sentimientos e ideas en uno mismo y se subdivide en cinco subfactores: autorreflexión, autoconocimiento emocional, Asertividad, Independencia y Autoactualización. 2): Habilidades Interpersonales, referidas a la habilidad de ser consciente y comprender las emociones, sentimientos e ideas en los demás, y se subdivide en tres subfactores: Empatía, Responsabilidad social y Relación interpersonal. 3): Adaptabilidad, referida a la habilidad de mantenernos abiertos a cambiar nuestros sentimientos dependiendo de las situaciones e incluye tres subfactores: Reality-Testing (tener pruebas de la realidad), Flexibilidad y Resolución de problemas. 4) Manejo del Estrés, referido a la habilidad de afrontar el estrés y controlar las emociones y se compone de dos subfactores: Tolerancia al Estrés y Control de los impulsos, 5): Humor General referido a la habilidad de sentir y expresar emociones positivas y ser optimista y comprende los subfactores del Optimismo y Felicidad. Para la evaluación de los factores propuestos en este modelo desarrollaron el **Emotional Quotient Inventory (EQ-i Bar-On 1997)** (BAR-ON, 1997), un autoinforme de 133 ítems que evalúa los cinco componentes descritos en el modelo teórico.
3. **El modelo de Inteligencia Emocional de Goleman:** Un modelo de competencia centrado en el lugar de trabajo. En su primera publicación, Goleman afirmó que la IE comprende cinco elementos esenciales: Autoconocimiento de las emociones; Dirigir las emociones; Automotivación; Reconocimiento de las emociones de los demás; y Manejar las relaciones. (GOLEMAN 1995).

Actualmente el modelo presenta cuatro dimensiones esenciales subdivididos en 20 competencias (BOYATZIS 2000, GOLEMAN 2001): 1) *Autoconocimiento*, que comprende el autoconocimiento emocional, autovaloración exacta y autoconfidencia;

2) *Conocimiento Social* que comprende la Empatía, Orientación al servicio, y conocimientos organizacionales, 3) *Automanejo* que comprende Autocontrol, Trustworthiness (Fiabilidad), Conscientiousness (Consciencia), Adaptabilidad, Conducción de logros e Iniciativa; y finalmente 4) *Manejo de las relaciones* que comprende Influencia, Comunicación, Resolución de conflictos, Liderazgo, Catalizador de cambios, Construcción de vínculos, trabajo en Equipo y colaboración.

Para Goleman la **competencia emocional** es una capacidad que se puede aprender basada en la inteligencia emocional que conlleva a un destacado o excelente cumplimiento en el trabajo. La idea de la competencia susceptible de ser aprendida es esencial para comprender la propuesta de Goleman. Mientras que la definición de *Inteligencia Emocional* de Mayer y Salovey se refiere a nuestro potencial para dominar habilidades emocionales específicas, para Goleman, la *Competencia Emocional* en ella misma, representa el nivel en el cual una persona domina habilidades específicas basadas en su nivel de Inteligencia Emocional y hace a esa persona más efectiva en su trabajo. El instrumento utilizado para evaluar este modelo es el **Emotional Competente Inventory 2.0 (ECI2.0)** (BOYATZIS 2000).

Para Fernández-Berrocal, la co-existencia de múltiples métodos para evaluar la competencia emocional y las aptitudes son muestra de un nuevo e interesante campo de investigación que sería la *búsqueda de explicación científica al proceso de interrelación entre conocimiento y emoción* desde diferentes puntos de vista (FERNÁNDEZ-BEROCAL 2006).

El otro gran reto de la Inteligencia emocional en los próximos años, de cara a la educación y recursos profesionales, es su aprendizaje y potencial de entrenamiento. La gran expectación popular surgida tras la publicación de Goleman en 1995, desarrollaron ambiciosos programas formativos para mejorar el éxito escolar y profesional. Sin embargo las bases empíricas de estos programas son aún débiles. Necesitaremos investigaciones futuras que determinen cuáles de los cuatro elementos de la Inteligencia (Percepción de las emociones, Facilitación emocional del pensamiento, La comprensión de las emociones y El manejo de las emociones) son susceptibles de mejorar y entrenar, cuánto tiempo puede llevar y cuál es la mejor edad para ello.

2.3.- LOS MÉDICOS TAMBIÉN SIENTEN

En los apartados anteriores hemos aportado las evidencias sobre la relación positiva entre la atención a los factores emocionales y psicosociales del paciente y los mejores resultados en salud. Igualmente existen pruebas de que la eficacia preventiva y paliativa de la medicina se potenciaría si no se limitara a la condición clínica de los pacientes y tuviera en cuenta su estado emocional. Cada vez más investigaciones se ocupan de la relevancia clínica de las emociones de los pacientes (FRIEDMAN, 1987).

Pero los médicos también tienen emociones y sentimientos cuando entrevistan a sus pacientes (ZINN WN, 1988, MALTERUD K, 2005). Se ha investigado menos este protagonista de la relación médico-paciente, las emociones del profesional, salvo cuando se han considerado desde una perspectiva terapéutica para el paciente: La empatía y la compasión se han considerado importantes para mantener una alianza terapéutica efectiva con el paciente y conseguir una atención de calidad.

2.3.1 Empatía y Compasión

La definición etimológica (vernácula) de *empatía* es aquella capacidad de comprender o apreciar cómo se siente el otro, y comprende cuatro dimensiones:

- Emocional: la habilidad para imaginar las emociones del paciente y su significado personal
- Moral: la interiorización de la motivación del médico para empatizar
- Cognitivo: la habilidad intelectual para identificar y comprender las emociones del paciente y su significado, y
- Conductual: la habilidad de devolver o hacer llegar al paciente esa comprensión de emociones y su perspectiva (MERCER S, 2002).

La empatía implica un trabajo emocional, que requiere tanto una actividad profunda (modificación intencional verdadera de las propias emociones) como una actividad superficial (muestra deliberada de emociones como entusiasmo o preocupación, que uno realmente no siente). Fuera del campo de la medicina, el término empatía se refiere a un modo de comprender al otro que implica específicamente resonancia emocional.

En la medicina asistencial, la Empatía es la habilidad de comprender profundamente al paciente, su situación, su perspectiva y sus emociones, y comunicarle o transmitirle esta comprensión al paciente. El uso efectivo de la empatía favorece diagnósticos exactos, mejor información al paciente, adherencia al tratamiento y mayor satisfacción del paciente, permaneciendo eficiente desde el punto de vista del tiempo (BECKMAN HB,1984), aumentando también la satisfacción del médico (SUCHMAN AL, 1993). Los pacientes esperan de sus médicos no sólo que estén actualizados en las últimas evidencias científicas sino que desean también un médico que se interese por ellos, escuchen más e interactúen con ellos (WILLIAMS S, 1998). La confianza mutua entre médico y paciente se basa en la presunción de que toda la información relevante y las emociones se pueden exponer. ¿Cómo podrían utilizar los médicos sus emociones en beneficio de los pacientes? Deben conectar con sus pacientes a nivel emocional al menos para motivarlos hacia la curación (COULEHAN JL, 1995).

La Compasión: definida por María Moliner como “Sentimiento de pena provocado por el padecimiento de otros, e impulso de aliviarlo, remediarlo o evitarlo” (MOLINER M 2008); sinónimo de lástima, piedad o conmiseración ante el dolor y el sufrimiento de los demás. El médico, que desarrolla su trabajo con el sufrimiento y la enfermedad de los pacientes con el fin de aliviarlo o evitarlo, encarna la expresión constante de la compasión. Los médicos que permiten que sus pacientes los muevan emocionalmente enriquecen su propia experiencia de cuidarse personal y profesionalmente.

Algunas investigaciones distinguen entre Fatiga de la compasión y Burnout, y afirman que un reconocimiento a tiempo de la fatiga de la compasión puede prevenir el Burnout (FIGLEY C. 2002).

2.3.2.- Barreras para la empatía

Existen varias barreras para la empatía: la ansiedad interfiere con la empatía; la presión del tiempo se invoca como barrera concreta para escuchar a los pacientes, pero funciona probablemente más como una barrera psicológica que provoca ansiedad en los médicos. Esto se podría modificar demostrando a los médicos que el escuchar puede hacer la consulta más eficiente. Por ejemplo, generalmente bastan menos de noventa segundos sin interrumpir al principio de una entrevista para que un

paciente hable, y esto incrementa la confianza y disclosure. (LANGEWITZ W, 2002) También es importante animar a los médicos a reconocer y buscar ayuda para sus propias necesidades emocionales.

Una segunda barrera para la empatía es que muchos médicos todavía no reconocen las necesidades emocionales de los pacientes como un aspecto básico de la enfermedad y su tratamiento. La investigación demuestra que los médicos que incluyen sistemáticamente las dimensiones psicosociales de la enfermedad se comunican mejor globalmente. Los médicos pueden ser formados para percibir las necesidades psicosociales y emocionales como importantes (LEVINSON W, 1995).

Una tercera barrera para la empatía viene de las emociones negativas que se presentan cuando hay tensiones entre los pacientes y los médicos. Los médicos que se sienten enojados con los pacientes y todavía encuentran como inaceptables estos sentimientos, actúa de barrera para pensar sobre la perspectiva del paciente. Todos los médicos podrían ser enseñados a tolerar y aprender de sus propias sensaciones negativas, a la manera en que los residentes de psiquiatría son entrenados para prestar atención a la contra- transferencia (VANDERFORD M, 2001).

2.3.3.- Toma de conciencia de uno mismo por parte del profesional

Parece que queda muy arraigada una lección generalmente transmitida en las escuelas de medicina: “el médico debe permanecer omnipotente, sin ataduras e impersonal; tomar decisiones clínicas acertadas requiere ser un profesional imparable y distante”. Sin embargo la investigación y la práctica clínica muestran algo diferente, así algunos investigadores médicos de familia como Zinn, nos han enseñado que la práctica de la medicina está inevitablemente ligada a las emociones y realizada por el conocimiento de las personas, tanto porque es necesario ser un médico reflexivo para realizar una habilidosa lectura de la historia del paciente como porque la presión emocional y los altos niveles de estrés laboral suponen un factor de riesgo para el burnout (ZINN WM, 1998). También otros autores defienden que la sintonía emocional (*attunement*) de los médicos contribuye eficazmente al objetivo de conocer las emociones de los pacientes, las emociones ayudan a enfocar la atención en lo que es humanamente significativo, la empatía facilita la confianza que puede ser intrínsecamente terapéutica, y hacen al médico más comprensivo y satisfecho (HALPERN J, 2003).

Ya en 1957 Balint habló de la necesidad de que el médico reconozca y acepte los sentimientos que el paciente le genera. Todos los médicos, como seres humanos, somos vulnerables y los pacientes pueden despertar en nosotros emociones a veces realmente intensas (ZINN WM, 1988). No podemos evitar sentir las emociones. Se trata de ser conscientes de ellas, aceptarlas como comprensibles y a partir de ahí, analizarlas y encauzarlas para mejorar la relación médico-paciente. Ignorar la realidad de las emociones puede conducir a que el médico se sienta solo, culpable, avergonzado y frustrado o resentido.

Los médicos de Familia tienen la responsabilidad para con sus pacientes, compañeros, familia y amigos de cuidar su propia salud y mantenerse a ellos mismos tan sanos y equilibrados como sea posible (BENSON J, 2005).

La escuela psicoanalítica acuñó el término “insights” para referirse a esa capacidad de percibir y explicar los sentimientos aplicado a los pacientes, pero igualmente aplicable a los profesionales. Recientemente se habla de “competencia emocional” como aquella habilidad de saber reconocer y gestionar las emociones (BORRELL F, 2004). Bellón en un primer estudio para describir las emociones y pensamientos de los médicos durante las entrevistas a sus pacientes hiperutilizadores, obtiene cinco escalas fiables de emociones: emociones positivas, de descontrol, ansiógenas, de culpa y de tristeza. La toma de conciencia del médico sobre sus emociones y las reacciones a éstas, podría mejorar su inteligencia emocional y la relación médico-paciente. (BELLÓN JA, 2002).

Lo mejor para conocerse uno mismo y su nivel de tolerancia a la conducta de los demás, es lo que los expertos han dado en llamar la *práctica reflexiva*. (BURFORD S, 1998) Algunas emociones tienen una manifestación física que puede ayudarle a hacerse su propio autodiagnóstico. La ansiedad puede ir asociada a tensión en el abdomen o en el pecho y una excesiva transpiración. La ira puede manifestarse por contracturas musculares generalizadas, cierre compulsivo de la mandíbula. Todas las emociones fuertes pueden conllevar una pérdida de la concentración del resto del entorno, incluyendo qué es lo que está diciendo el paciente o quizás lo que está sintiendo.

Para algunos autores el paralenguaje es muy sensible a los pequeños cambios emocionales y junto a medidas fisiológicas como el sudor, son un indicador muy fino

para darnos cuenta de por dónde va nuestra emocionalidad más tenue. Para Borrell, “reeducar el paralenguaje es reeducar los sentimientos” (BORRELL, F, 2004).

S. Burford nos propone tomar un poco de tiempo para un dialogo interno con uno mismo haciendo las siguientes preguntas (BURFORD S, 1998):

- ¿Qué estoy sintiendo?
- ¿Por qué estoy reaccionando de esta forma?
- ¿He sentido lo mismo antes? ¿Cuándo? ¿Por qué?
- ¿Es mi problema, es un problema del paciente, de su enfermedad, o de los tres?
- ¿Tengo esta respuesta o emoción a menudo?
- ¿Qué o a quién me recuerda esta situación?

Epstein destaca la necesidad de atender al papel relevante que factores emocionales relacionados con la relación M-P pueden tener en la aparición de *alteraciones en la toma de decisiones del profesional*. (EPSTEIN R, 1993) A este mismo impacto alude Ely al publicar que los médicos consideran que los factores de índole emocional perturban de manera importante su discurrir diagnóstico y relaciona directamente a estos factores como la primera causa de los *errores objetivos* percibidos o no por ellos mismos (ELY JW, 1995).

El fenómeno de la *Infectividad emocional* es un tema interesante y de utilidad práctica. Infectividad sería la capacidad de los pacientes para transferir sus sentimientos más profundos a los profesionales que les atienden. Sabemos que las emociones son contagiosas. Que tanto las reacciones emocionales positivas como negativas se pueden reproducir inconscientemente y que aspectos muy importantes de las comunicación frente a frente pueden ocurrir a un nivel inconsciente (DIMBERG U, 2000). Esto podría explicar que la ansiedad, la pérdida de autoestima y de control etc. que un paciente nos produce, no sería más que la misma emoción en origen experimentada por el paciente, que nos ha sido contagiada o transmitida por él. Distinguir entre las emociones que le proyectan el paciente y sus propias emociones es un importante reto para el médico.

Estudios recientes (POIRAUDEAU S, 2006 Y COUDEYRE E, 2006) añaden evidencia a lo que la literatura ya sugería en el sentido de que “los pensamientos del

paciente pueden verse influidos por los pensamientos proyectados de sus propios cuidadores de salud” (RAINVILLE J, 1995). Se ha hablado de la interacción dinámica del miedo entre los pacientes y los profesionales. ¿Es posible que también sea contagioso? (VLAEYEN J, 2006).

Los médicos normalmente no manifiestan a sus pacientes sus emociones. Sin embargo las reacciones emocionales pueden ser visibles a través de síntomas corporales como enrojecimiento en la piel de la cara o el cuello, o el propio médico las puede percibir por signos, como las palpitaciones, y esto podría añadir a la percepción de vulnerabilidad un sentimiento de poca profesionalidad. Un estudio en el que algunos médicos que habían experimentado situaciones de vulnerabilidad las expusieron a sus pacientes confirma que tiene un efecto potencialmente beneficioso; la exposición espontánea de las emociones del médico y que compartir con el paciente el lado humano del profesional puede ayudar al paciente y potenciar una interacción constructiva. (MALTERUD K, 2005).

Para algunos médicos puede ser un deber ético el sacrificar sus propias necesidades en beneficio de las necesidades del paciente. Aquellos que tienen una gran capacidad para los sentimientos y para expresar empatía son los de mayor riesgo para sufrir fatiga de la compasión. Aquellos que llevan la empatía hasta el extremo y se ven a sí mismos como los salvadores y soportes de los pacientes son muy vulnerables para desarrollar burnout. Tal sentido de omnipotencia y perfección puede precipitarlos pronto en señales de disfunción, justificando este comportamiento personal como necesario para el beneficio del paciente. (FIGLEY C, 2002). Un sentido exagerado del control personal, por miedo y negación, es la causa de que muchos médicos eviten el ocuparse de su vulnerabilidad hasta que se produce algún daño importante.

2.3.4.- Competencia emocional del médico: autocontrol emocional

El concepto de competencia emocional se puede definir como la capacidad de reconocer y gestionar las emociones que surgen en la consulta.

La práctica clínica se compone de un aspecto emocional y otro técnico. Sobre el primero apenas nos hemos formado, y sin embargo condiciona completamente el segundo. Un clínico competente necesita dominar la concentración y las reacciones

emocionales. Habitualmente algunos pacientes (hostiles, maleducados, reivindicativos, somatizadores.) producen reacciones emocionales negativas (hostilidad, desazón, frustración,...etc.) y sin autocontrol emocional nos exponemos al riesgo de cometer errores clínicos (BORRELL F, 1993). Por lo general tendemos a rechazar a las personas con algún rasgo de carácter que no admitimos para nosotros mismos.

Según J. Mayer, como ya se ha expuesto ampliamente en los capítulos anteriores, ser consciente de uno mismo significa: “*ser conscientes de nuestros estados de ánimo y de los pensamientos que tenemos acerca de esos estados de ánimo*” (MAYER J, 1993). El ejercicio de *insight* o auto observación definido como la capacidad de una persona de percatarse de sus emociones y sentimientos, nos enseña a comprendernos a nosotros mismos. Un entrevistador competente es aquel que reconoce las emociones que experimenta, sin ignorar las negativas; disfruta pasando consulta; acepta que las cosas a veces pueden ir mal sin tener en ello una responsabilidad directa y que también a veces hay que ceder, negociar o imponerse ante determinadas expectativas; no depende de los elogios de los superiores ni de los pacientes (locus de control interno); distingue entre lo que él siente y lo que siente el paciente o el resto del equipo; y es capaz de contrarrestar un clima emocional pesimista o negativo (BORRELL F, 2004).

Distingue dos componentes en la competencia emocional del clínico:

a) *El tono emocional básico* que se compone a partir del interés por el paciente, la cordialidad, la calidez, la empatía y la asertividad.

b) *El modo emocional avanzado* que sólo aparece ante retos emocionales o cognitivos especiales. Este modo avanzado pone en evidencia habilidades tales como si el profesional tiene paciencia, si es empático y se percata y sabe evidenciar que ha captado la emoción del consultante, si tiene capacidad emocional proactiva siendo capaz de hacer rescates de atención y rescates emocionales, y otras capacidades como la persuasión, el reencuadre y la negociación que giran alrededor de la profundización emocional y de la influencia (BORRELL F, 2004).

La consideración y el análisis de las emociones negativas hacia el paciente no es tarea fácil. Sin embargo su conocimiento y “re-conocimiento” en el profesional es un

instrumento muy potente para mejorar la comunicación médico-paciente (TIZÓN J, 1988).

Nuestras **experiencias estresantes** provienen de tres fuentes básicas: el entorno, nuestro cuerpo y nuestros pensamientos.

El entorno nos exige constantemente ejercicios de adaptación a diferentes situaciones que amenazan nuestra seguridad y autoestima (en nuestro caso: horarios rígidos, presión asistencial, ruidos, exigencias de pacientes y de gestores, normas cambiantes de organización y de gestión,... etc.) Nuestro cuerpo y sus respuestas al cansancio, a la falta de sueño, a momentos de fragilidad física, la edad, etc., provocan cambios fisiológicos que son estresantes en sí mismos.

Nuestro organismo todavía responde según una actitud innata de “lucha o huída” heredada de nuestros antecesores más primitivos. Poseemos en nuestro entramado bioquímico la tendencia innata a prepararnos para defendernos siempre que sintamos una amenaza. La respuesta fisiológica comprende la dilatación de pupilas, agudización de oído, aumento de tensión muscular, aumento de frecuencia cardíaca y respiratoria, aumento del bombeo sanguíneo al cerebro, frialdad y sudoración de manos y pies,..etc. Si se perpetúa este estado de alerta o estrés y se convierte en un estrés crónico el organismo sufre un desgaste físico y psíquico que altera la salud. Aparecen múltiples manifestaciones de esta alteración como cefaleas, úlcera péptica, alteraciones del tránsito intestinal, asma, arritmias, disfunción sexual, algias musculares, hipertensión arterial, trastornos circulatorios distales, etc. (No vamos a extendernos en este apasionante y amplio campo de investigación que constituye la medicina psicosomática). En el campo profesional, los efectos del estrés crónico con sus alteraciones físicas y psíquicas, se pueden reconocer en el desgaste profesional, falta de interés, y burnout.

Nuestros Pensamientos como fuente de estrés tienen gran importancia, en tanto que el modo de interpretar y catalogar nuestras experiencias, y el modo de ver el futuro pueden provocarnos bien relajación o bien estrés, según la naturaleza de esos pensamientos.

Considerando estos tres apartados fundamentales como origen del estrés, y aceptando que estamos inmersos en un *entorno que no siempre podemos modificar*,

algunas técnicas de autorregulación o autocontrol nos pueden ayuda a mejorar el bienestar individual. Ya que la mente y el cuerpo están relacionados entre si, las técnicas también han de combinarse, mediante la *relajación del cuerpo* y la reducción del estrés relacionado con *la cognición*.

2.3.5.- Emociones de los médicos en la consulta: Tipos e Intensidad

Se han realizado pocas investigaciones con el propósito de conocer qué emociones concretas experimenta el médico en los encuentros con sus pacientes. Indirectamente, en investigaciones centradas sobre los pacientes difíciles, se afirma que éstos causan “culpa, ira, frustración, e insatisfacción en los médicos que los atienden” (CRUTCHER JE, 1980). En otros trabajos se nombra la inseguridad, ansiedad, incertidumbre, y en otros se estudia desde la perspectiva de la salud del profesional y la aparición de trastornos afectivos como ansiedad y depresión.

Una investigación de Smith centrada en las emociones negativas de los médicos concluye que el profesional no suele percatarse de su presencia pese a que en un alto porcentaje condicionan sus conductas y que las emociones más frecuentes fueron: miedo a dañar al paciente (incertidumbre), miedo a perder el control de la situación, ansiedad por la necesidad de representar el rol de sanitario con corrección y cumplir las expectativas, desdén hacia el paciente o su problema y miedo a sufrir el mismo problema o enfermedad del paciente (SMITH RC, 1984).

Algunos autores se refieren a la “compulsión” como la tríada compulsiva de dudas, sentimientos de culpa, y un sentido exagerado de la responsabilidad (GABBARD GO, 1985). Y se refiere a la compulsión como un rasgo del carácter en muchos médicos que aunque funciona como un comportamiento adaptativo a las exigencias de la profesión, sin embargo también puede tener un impacto negativo enorme sobre la vida profesional, personal, y la vida familiar; una disociación o disminución de la conciencia de las necesidades físicas y emocionales conduce a un patrón autodestructivo de exceso de trabajo; una psicología del aplazamiento conlleva a que los médicos habitualmente demoren la atención a sus relaciones significativas y otras fuentes de satisfacción, posponiéndolo a un segundo plano tras su dedicación profesional (GABBARD GO, 1989).

La percepción de las Emociones requiere que el médico sea más “Mindful”, traducido como consciente o reflexivo, en su actividad profesional y en su vida diaria. El médico Mindful puede sentir y notar el remordimiento, miedo, alegría, temor, pesar, tristeza, ira y otras emociones que inevitablemente aparecen en la práctica diaria de la medicina (EPSTEIN RM, 1999).

En nuestro país se han investigado las emociones de los médicos al entrevistar a pacientes hiperutilizadores. (BELLÓN, 2002), pero no existe ninguno sobre éstas durante los encuentros difíciles. Aunque se sabe que la mayoría de los pacientes hiperutilizadores resultan también difíciles o frustrantes para el médico (O'DOWD T, 1988). El perfil emocional obtenido incluye:

- Emociones positivas: Alegría-placer, Protección, Sentirse profesionalmente bien
- Emociones de descontrol: Indiferencia, Rabia, ira, Ansiedad, nerviosismo
- Emociones ansiógenas: Incertidumbre, impotencia, Falta de control emocional
- Emociones de culpa: Culpa, exceso de responsabilidad
- Emoción de tristeza: Desánimo, tristeza.

Fueron las emociones de impotencia e incertidumbre o no saber qué hacer las que más puntuaron y las de alegría y placer las que menos.

La agresividad suele ser una emoción de respuesta secundaria a otras variadas emociones: frustración, ansiedad o temor, pérdida de un ser querido, sensación de ser menospreciado, sentirse humillado. Las emociones fuertes, como la agresividad, tienen la cualidad de cerrar nuestra capacidad cognitiva y dificultan la asimilación de información.

2.3.6.- Reacciones asociadas a esas emociones: respuesta emocional

Las emociones están ligadas a los pensamientos que acompañan una situación. La reacción emocional ante un paciente difícil podría variar si cambiamos la **etiqueta** de “es un maleducado, híper demandante, desconfiado...” por la de “está enfermo”. También el impacto emocional negativo se reconvierte si cambiamos los

estereotipos, y nos dejamos “sorprender” por aspectos o facetas desconocidas de los pacientes.

Siguiendo la teoría de Ellis sobre los pensamientos automáticos e irracionales (ELLIS 1977), cabría la hipótesis de que el médico ante el encuentro con el paciente, primero percibe el pensamiento paranoide o de auto descalificación profesional y a continuación se dispara la emoción respectiva de ansiedad o ausencia de control. Por tanto la toma de conciencia del pensamiento del médico en el momento o poco después de que se produce y su capacidad para cambiarlo a un pensamiento más racional o constructivo, podría detener o paliar la emoción disfuncional, y por tanto mejorar la relación médico paciente y los resultados clínicos.

No conocemos estos pensamientos de los médicos durante los encuentros difíciles. A lo sumo de un modo indirecto a través de las múltiples etiquetas, definiciones o características asignadas a los llamados Pacientes Dificiles. También una publicación de Sandra Burford donde menciona los pensamientos autodestructivos del médico de familia (BURFORD S, 1998). Pero ¿Cuáles son las ideas o pensamientos previos en el médico hasta definir al paciente como difícil? En este proyecto hemos llevado a cabo una investigación mediante técnicas de Grupo nominal para descubrir esos pensamientos.

Algunos de los pensamientos recogidos en las publicaciones son los siguientes:

PENSAMIENTOS DESTRUCTIVOS PREVALENTES ENTRE LOS MÉDICOS. (VINCENT MO, 1981)

- Mi papel es vencer a la enfermedad y la muerte
 - Mi trabajo es encontrar el problema y solucionarlo
 - Mi trabajo consiste en encontrar el problema, informar al paciente de qué debe hacer y él hará lo que yo le indico.
 - Mis objetivos y las expectativas del paciente son las mismas
 - Soy indispensable para mis pacientes y mi profesión
 - Mi búsqueda personal para la seguridad la puedo conseguir solamente a través de mi profesión.
 - Puedo ser un clínico centrado sólo en lo biológico desatendiendo los aspectos que preocupan a la persona sobre la enfermedad
 - La estima profesional y la Autoestima son la misma cosa
 - El cinismo nunca es mi problema
 - Ningún paciente puede tener una causa justificada para abandonar mi consulta por la de otro médico
 - Todos los pacientes serán amables y razonables y extraerán lo mejor de mí.
-

PENSAMIENTOS DE MÉDICOS CON PACIENTES HIPERUTILIZADORES: (BELLON, JA, 2002)

- Tengo que derivarlo al especialista como sea
- Este paciente realmente es insoportable
- ¡Dios mío, otra vez aquí!
- Esta entrevista tiene que acabar lo antes posible
- No pienso acceder a nada de lo que me pida
- Le voy a dar todo lo que me pida
- Tengo que echarle una bronca
- Creo que no sirvo para esta profesión
- Creo que se quiere aprovechar de mí
- Creo que esta persona me necesita mucho

Encontramos en la literatura algunos intentos de describir las conductas observadas en los médicos y una posible relación con algunas emociones presentes:

EMOCIONES NEGATIVAS HACIA LOS PACIENTES	CONDUCTAS OBSERVADAS
Miedo a causar daño. Miedo a abordar temas "desagradables"	Evitación de ciertos temas
Miedo a perder el control de la entrevista	Control sobre el paciente, Interrupciones...etc.
Miedo a no obtener la estima del paciente	Intentos de "gustar" o "agradar"
Desdén hacia el paciente o su problema. Sentirse intimidado por el paciente	Distanciamiento, despersonalización
Sentimiento de inadecuación en rol sanitario. Sentimiento de falta de competencias. Ansiedad por hacerlo bien y cumplir las expectativas	Falta de respeto o sensibilidad Conducta seductora
Miedo a padecer el mismo problema que el paciente	

Tomado de Borrel F, 1989 y Smith RC. 1984.

2.3.7.- ¿Cómo medir las emociones de los médicos?

Cualquier intento de medir las emociones tiene que contemplar que son fenómenos multidimensionales: las emociones pueden ser fenómenos afectivos subjetivos, biológicos-fisiológicos, funcionales y sociales (CARLSON, JG 1992). El componente cognitivo-subjetivo aporta el estado afectivo. El componente fisiológico incluye la actividad de los sistemas autónomo y hormonal. El componente funcional plantea el beneficio personal de la emoción y el componente expresivo social permite la comunicación.

Cada aspecto tiene una dimensión y una unidad de medida diferentes según el resumen que aparece en la tabla siguiente:

Aspecto de la Emoción	Contribución a la Emoción	Unidad de Análisis
Cognitivo-Subjetivo	Sentimientos	Auto-informe Estructuras Cerebrales
Fisiológico	Preparación física	Sistema Nervioso Autonómico Sistema Endocrino
Funcional	Propósito dirigido a una Meta	Selección respuesta adecuada Expresiones faciales
Expresivo	Comunicación Social	Posturas corporales Vocalizaciones Reglas sociales

Tomado de REEVE J, 1995.

Hace más de un siglo que se iniciaron las investigaciones y estudios sobre las teorías psicológicas de la emoción. Estas primeras mediciones se basaron en el estudio de respuestas fisiológicas y corporales, las conexiones entre cerebro y sistema nervioso autónomo, y los patrones de cambios corporales propios de cada emoción (LANGE Y JAMES, 1922, CANNON 1927, EKMAN 1983). Posteriormente se añaden las mediciones que introducen aspectos cognitivos en las investigaciones de la teoría fisiológica-cognitiva de emoción (SCHACHTER 1964, MANDLER 1975, 1984) estudiando la respuesta emocional bajo diferentes pensamientos o estados cognitivos.

A la hora de intentar medir la emoción surgen aproximaciones específicas para cada componente. La información conseguida mediante autoinformes en los que el

sujeto comunica cómo se siente, recoge el componente cognitivo-subjetivo; los aspectos psicofisiológicos se pueden medir mediante los registros de frecuencia cardiaca, conductancia de la piel, secreciones hormonales, etc.; y la manifestación conductual expresiva se puede medir observando sus gestos, posturas, verbalizaciones...etc. En cualquier caso, las emociones, en su aspecto subjetivo, personal e idiosincrásico resultan tremendamente difíciles de medir. Y es para medir este aspecto más subjetivo cuando se recurre a técnicas de “papel y lápiz”, para conocer el estado emocional consciente del sujeto (WALLBOTT HG, 1989)

2.3.7.1.- Registro Psicofisiológico

La evaluación por excelencia de las respuestas fisiológicas la constituyen los registros Psicofisiológico. Se han utilizado registros muy diversos como la frecuencia respiratoria, la tensión muscular (electromiograma), la presión arterial, la frecuencia cardiaca (electrocardiograma) y la respuesta electrodérmica o actividad eléctrica de la piel, siendo estos dos últimos los más utilizados.

- Respecto a la frecuencia cardiaca múltiples investigadores han comprobado su notable aceleración ante estímulos generadores de ansiedad. (PAUL GL, 1966, BORKOVEC TD, 1977).
- Las respuestas electrodérmicas más utilizadas son las de Resistencia y Conductancia; en las respuestas de ansiedad aumenta la conductancia y disminuye la resistencia (LINCK JR y KATKIN ES, 1976).

Las medidas fisiológicas presentan la ventaja de estar libres de la influencia voluntaria del sujeto y por tanto, libres de ese sesgo, y medidas con métodos objetivos pueden ser altamente fiables. Sus principales inconvenientes proceden de la necesidad de contar con un equipo de instrumentos adecuado y de expertos en psicofisiología; excluyen las evaluaciones *in vivo* pues se suelen obtener en laboratorio; y también la discordancia que existe entre las medidas de una respuesta simple y las de otras más complejas, limitando su análisis a las situaciones evaluadas, dado la especificidad de las respuestas fisiológicas a cada estímulo.

2.3.7.2.- Técnicas de Observación

Constituyen el mejor modo de evaluar las conductas motoras que un sujeto emite ante situaciones ansiógenas. Se han utilizado técnicas de observación conductual Directas e Indirectas. Las *medidas Directas* consisten en la evaluación directa de la conducta en el ambiente natural en que se produce mediante un observador o bien mediante escalas de observación ante situaciones estandarizadas en laboratorio. Las *Medidas Indirectas* de la emoción se centran principalmente en la observación a través de las conductas de evitación o escape.

2.3.7.3.- Autoinformes

El método más utilizado es el autoinforme, al ser más sencillo y de menor coste en tiempo y personal especializado, además de que permite valorar los tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor.

La información sobre *respuesta fisiológica y motora* recogida mediante autoinforme sería una medida indirecta que se puede contrastar con métodos directos de observación y registros fisiológicos. El sujeto puede informar de sus respuestas motoras (temblor, conductas de evitación, consumo drogas, etc), informar sobre respuestas de carácter fisiológico (taquicardia, sequedad de boca, dolor de cabeza, tensión mandibular, etc.) con el "Autonomic Perception Questionarie" (MANDLER Y KREMEN, 1958) y el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (MIGUEL-TOBAL Y CANO-VINDEL,1988), con la limitación de no poder informar sobre respuestas no percibidas (cambios en presión sanguínea, conductancia eléctrica de la piel etc). También pueden ofrecer información sobre *la experiencia subjetiva y respuestas cognitivas*: inseguridad, preocupación, sentimientos depresivos, atribuciones, creencias, expectativas, etc. (MIGUEL-TOBAL JJ, 1995).

El autoinforme sin embargo es el único método *Directo* de recogida de **información sobre las respuestas cognitivas y la experiencia subjetiva** y se considera el método prioritario y directo a la hora de explorar los contenidos mentales del ser humano (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS. 1992).

Para realizar la medición de las emociones mediante técnicas de autoinforme existen tres posibles alternativas: La inducción de una emoción por parte del

investigador, la ocurrencia natural de un incidente emocional, y la reproducción mnésica de algún pasaje emocional vivido. En cualquiera de las tres el investigador debe recabar del sujeto el autoinforme inmediatamente después de que la emoción ocurra.

- **La inducción** de una emoción es difícil y podría presentar problemas éticos en los humanos; el procedimiento más frecuentemente utilizado es la presentación de algún material especialmente relacionado con alguna emoción.
- **La ocurrencia natural** de una emoción representa la forma más fidedigna de captar la emoción real. Presupone o requiere el seguimiento del sujeto durante toda su actividad, registrando los eventos emocionales.
- **El recuerdo de una emoción**, técnica en la que el investigador intenta que el sujeto recuerde una experiencia emocional pasada y la describa con todo detalle, tiene el sesgo importante del filtro que la propia memoria establece para facilitar la perfecta recuperación.

Entre los instrumentos más utilizados en las medidas subjetivas se encuentran los Cuestionarios de Autoinforme, las listas de adjetivos, u otros procedimientos que permiten al sujeto describir y relatar cuál fue o es su estado emocional. En estos cuestionarios las *escalas tipo "Likert"* permiten detectar en qué grado o medida experimenta el sujeto una emoción.

En nuestro estudio hemos elegido una técnica de autoinforme para el registro de emociones y pensamientos de los médicos ateniéndonos al principio de recogida inmediatamente después de que la emoción ocurra, en una situación natural en la que la emoción ocurre y utilizando escalas tipo Likert

Clasificación de los Autoinformes.

El término general de autoinformes se refiere a todas aquellas técnicas e instrumentos mediante los cuales el sujeto proporciona información sobre sí mismo e incluyen las entrevistas, autorregistros, cuestionarios, inventarios y escalas y los pensamientos en voz alta; (FERNANDEZ-BALLESTEROS, 1992) aunque diversos autores diferencian los self-report (Autoinforme) para referirse a cuestionarios, inventarios y escalas, de los self-monitoring donde incluyen las entrevistas y

autorregistros. En general la primera opción es la más aceptada por ser más concordante con la propia definición de Autoinforme.

Dentro de los autoinformes, son muy utilizados los autorregistros, y los distintos tipos de cuestionarios, inventarios y escalas.

- En el autorregistro el propio sujeto es quien recoge y registra la información referida a una determinada conducta, inmediatamente después de que ésta ocurra. Su gran utilidad es la de poder evaluar los tres componentes: cognitivo, fisiológico y motor, en el medio natural y en el momento en que la reacción tiene lugar. Los instrumentos más utilizados son el “termómetro de miedos” (WALK, 1956) y las “unidades subjetivas de distress” (WOLPE Y LAZARUS 1966).
- Las entrevistas en sus diversas formas: estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas o abiertas, se refieren a autoinformes que se realizan de modo verbal.
- Los cuestionarios, inventarios y escalas se refieren a autoinformes presentados de forma impresa; los cuestionarios conllevan respuestas dicotómicas si/no, verdadero/falso, mientras que las escalas implican una forma de respuesta ordinal o de intervalos, y los inventarios pueden presentar ambas posibilidades de respuesta: nominal y ordinal.

Sin embargo, en la práctica, esta diferenciación en la denominación de muchos instrumentos no se cumple, y generalmente se utilizan los tres términos como sinónimos, utilizando el término *cuestionario* para referirse de forma genérica a las tres modalidades. (MIGUEL-TOBAR JJ 1995).

2.4.- EL CONTROL EMOCIONAL Y MANEJO DE LAS EMOCIONES

Existen un amplio rango de terapias y técnicas que se agrupan bajo el título de Terapias Cognitivo-conductuales cuyo objetivo fundamental es la modificación de las cogniciones que son la base de las disfunciones psicológicas humanas. Todas ellas se han desarrollado a partir de los años sesenta, con numerosas aportaciones hasta la actualidad, variando según los objetivos terapéuticos que se proponen o los principios

teóricos en que se apoyan. Una de las clasificaciones más conocidas de dichas terapias es la realizada por MAHONEY M y ARKNOFF D en 1978 y las divide en tres grandes bloques:

1) *Técnicas racionales o de reestructuración cognitiva* entre las que destacan la Terapia Racional Emotiva de Ellis, la Terapia Cognitiva de Beck, la Reestructuración Racional Sistemática de Goldfried y Goldfried y el Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum.

2) Técnicas destinadas al *manejo de situaciones evocadoras de Estrés*, ansiedad, ira, dolor, etc., entre ellas destaca la desensibilización sistemática como técnica de control de GOLDFRIED MR (1971) o la inoculación de Estrés de MEINCHENBAUM D (1977).

3) Técnicas encaminadas a entrenar a los sujetos en analizar y abordar los problemas de manera sistemática como las *técnicas de Resolución de Problemas* (D'ZURILLA 1971).

Una amplia bibliografía recoge las **técnicas cognitivo-conductuales** más conocidas y que cuentan con mayor información sobre los supuestos teóricos que defienden, técnicas que utilizan, relación paciente/terapeuta y posibles aplicaciones. Una muestra de ello son las publicaciones de DRYDEN y GOLDEN (1986) que incluye la Terapia Cognitiva de Beck), Terapia Cognitivo-estructural de Guidano y Liotti, Terapia de Valoración Cognitiva desarrollada por Wessler, Terapia Racional Emotiva de Ellis, Terapia de Resolución de Problemas Cognitivo-Interpersonal (Platt) y terapia Multimodal propuesta por Lazarus.

Expondré un breve resumen de las más utilizadas:

2.4.1.- Las ideas irracionales de Ellis

Cognición y Trastornos Emocionales

Para Ellis, conducta, cognición y emoción son procesos psicológicos fuertemente interactivos e interrelacionados. En relación a las emociones, Ellis distingue entre "**emociones adecuadas**" que son todos aquellos sentimientos positivos o negativos que experimenta el individuo y que no interfieren con el establecimiento y consecución de sus objetivos o metas: El amor, la alegría, el placer y la curiosidad son ejemplos de emociones positivas adecuadas. La tristeza, la

frustración, el dolor, la incomodidad o el malestar lo son de emociones negativas adecuadas. Y las "**emociones inadecuadas**" que son los sentimientos negativos o positivos que sí interfieren en la consecución de las metas básicas. Ejemplo de sentimientos positivos inadecuados son la prepotencia o grandiosidad, y de los negativos lo son la ansiedad, desesperación, la ira, desesperanza, inutilidad o la depresión, que se acompañan de una percepción subjetiva de malestar o frustración y suelen bloquear las acciones que facilitan el afrontar las dificultades que pueden surgir en la consecución de las metas.

Ellis, es el único terapeuta cognitivo que llega a distinguir entre consecuencias emocionales negativas apropiadas e inapropiadas o patológicas tal y como se clasifican en la siguiente tabla.

EMOCIONES APROPIADAS	-VERSUS-	EMOCIONES INAPROPIADAS
TRISTEZA	↔	DEPRESION
INQUIETUD	↔	ANSIEDAD
DOLOR	↔	CULPA
DISGUSTO	↔	IRA

Tristeza: derivada de la creencia racional: "Es malo haber sufrido esta pérdida, pero no hay ninguna razón por la que no debería haber ocurrido", versus *Depresión*: derivada de la creencia irracional: "No debería haber sufrido esta pérdida, y es terrible que sea así". Si se cree responsable de la pérdida se condena: "No soy bueno", y si la cree fuera de control las condiciones de vida son: "Es terrible"

Inquietud: derivada de la creencia racional: "Espero que eso no suceda y sería mala suerte si sucediera", versus *Ansiedad*: derivada de la creencia irracional: "Eso no debería ocurrir, sería horrible si ocurre"

Dolor: derivada de la creencia racional: "Prefiero no hacer las cosas mal, intentaré hacerlas mejor, si no ocurre ¡mala suerte!", versus *Culpa*: derivada de la creencia irracional: "No debo hacer las cosas mal y si las hago soy Malvado/a"

Disgusto: derivada de la creencia racional: "No me gusta lo que ha hecho, y me gustaría que no hubiese ocurrido, pero otros pueden romper mis normas", versus *Ira*: derivada de la creencia irracional: "No debería haber hecho eso. No lo soporto y es un malvado por ello."

Igualmente Ellis califica las *conductas en adecuadas e inadecuadas* según contribuyan o dificulten el proceso de conseguir las metas.

Pero sin duda, una de las mayores contribuciones de Ellis al campo de la terapia Cognitivo-Conductual es la distinción entre *Creencias Racionales e Irracionales*, por considerar que son las creencias, los pensamientos, las que juegan un papel más destacado en la consecución de las metas básicas de las personas.

Las **Creencias Racionales** son cogniciones evaluativas con significado personal, propias de cada persona y con un sentido de tipo *preferencial* (no absoluto), se expresan en la forma de: "Me gustaría", "Quisiera ", "No me gustaría", "Preferiría" "Desearía". Estas Creencias son racionales: porque son relativas y porque no impiden el logro de objetivos y propósitos básicos. Ellis describe que las emociones positivas que acompañan a estos pensamientos racionales son sentimientos de placer y satisfacción que se experimentan cuando las personas consiguen lo que desean; por el contrario, las emociones negativas son: frustración, malestar e insatisfacción (tristeza, dolor, preocupación, disgusto) y se experimentan cuando no se consigue lo que se desea. Se trata de respuestas emocionales apropiadas cuando surgen problemas en la consecución de los objetivos deseados, pero no bloquean ni interfieren el establecimiento de nuevas estrategias, o nuevas metas y propósitos.

Las **Creencias Irracionales** se diferencian de las racionales en que son *absolutas* o dogmáticas e inflexibles por naturaleza y se expresan en términos de necesidad imperiosa, obligación o exigencia: "Tengo que", "Debo", "Debería", "Estoy obligado a", etc., y que provocan emociones negativas asociadas como ansiedad, depresión, culpa, miedo, cólera, ira, etc. que interfieren en el establecimiento y consecución de nuevas metas.

Encontramos una expresión práctica de la teoría de las creencias irracionales de Ellis, aplicada al bienestar del médico, en una publicación del colegio de médicos de Canadá sobre el propio bienestar del médico, en la que se abordan las llamadas *"suposiciones distorsionantes" que conducen a una mala adaptación y al estrés*, y habla de la existencia de supuestos peligrosos que pueden convertir los riesgos ordinarios de la profesión en estrés extraordinario. M. Vincent, médico canadiense, enumera en su publicación lo que para él son **las diez principales** entre las **suposiciones "disfuncionales"** de los médicos (VINCENT M O, 1981):

1. Asumir que su papel es el de erradicar la enfermedad y la muerte
2. Asumir que él es indispensable a sus pacientes y su profesión
3. Suponer que la búsqueda de su seguridad personal se cumplirá exclusivamente a través de su profesión
4. Suponer que la estima profesional y la autoestima son los mismo
5. Asumir que su objetivo y las expectativas de los pacientes coinciden siempre, e ignorar las diferencias reales existentes entre ellos.
6. Asumir que ha de ser médico y, sólo interesarse en la ciencia pura, y no de los problemas corrientes de la gente.
7. Suponer que el cinismo nunca podría ser su problema
8. Suponer que ningún paciente se enojará nunca con él o lo cambiará por otro médico
9. Asumir que todos los pacientes son amables y sacarán lo mejor de él
10. Suponer que su matrimonio y sus relaciones familiares sólo requieren el tiempo y energía que a él le sobra o tiene libre tras su trabajo.

Las creencias racionales (**Preferencias**) permiten generar conductas de “*autoayuda*” y promueven la salud psicológica, mientras que las irracionales (**Exigencias**) generan “*auto-derrotismo*” y provocan desórdenes emocionales y trastornos psicológicos.

En sus diferentes publicaciones (ELLIS 1962, 1985, 1990) propone diferentes agrupaciones y clasificaciones de lo que considera las principales creencias irracionales de la civilización occidental actual. Una clasificación propone:

a) *Creencias irracionales primarias:*

1- Referente a la meta de APROBACIÓN/AFECTO: “Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí”.

2- Referente a la meta de ÉXITO/COMPETENCIA o Habilidad personal: “Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos”.

3- Referente a la meta de BIENESTAR: “Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello”. Hay que lograr la felicidad por inercia y sin hacer nada.

Estas creencias entrecomilladas son representaciones-modelos de las tres principales creencias irracionales que hacen a las personas muy vulnerables para padecer trastorno emocional en los aspectos implicados en esas metas.

b) *Creencias irracionales secundarias:*

Son tres creencias irracionales, derivadas de las primarias, que constituirían el segundo eslabón cognitivo del “procesamiento irracional de la información”:

1- Referente al valor aversivo de la situación: TREMENDISMO: “Esto es horroroso, es una catástrofe no encontrar una solución”.

2- Referente a la capacidad para afrontar la situación desagradable: INSOPORTABILIDAD: “No puedo soportarlo, no puedo experimentar ningún malestar nunca”.

3- Referente a la valoración de si mismo y otros a partir del acontecimiento: CONDENA: “Soy/Es/Son...un X negativo (por ejemplo: inútil, desgraciado...) porque hago/hacen algo indebido”.

Los individuos que realizan demandas de carácter absoluto sobre sí mismos, los otros y el mundo, generan una gran tensión emocional (Ellis, 1990).

2.4.2.- Terapia Racional Emotiva (RET)

El objetivo principal de la TRE es ayudar a las personas a eliminar o minimizar aquellos trastornos emocionales que interfieren en la consecución de las metas básicas, (permanecer vivos y llevar una existencia feliz con la aprobación y afecto, el éxito y competencia personal y el bienestar físico, emocional y social), mediante el incremento de su auto aceptación y la tolerancia a la frustración.

Albert Ellis en 1955 formuló la RET (Terapia Racional Emotiva) que propone una explicación biológica, psicológica y social de la conducta y emociones humanas, partiendo de la premisa de que no son las situaciones las que determinan cómo nos sentimos y actuamos, sino cómo pensamos acerca de ellas.

Posteriormente A. Ellis, 1962 publica su primera obra relevante en el campo de la psicoterapia (“Razón y Emoción en Psicoterapia”) donde expone extensamente su modelo de la terapia racional-emotiva. La Terapia Racional Emotiva recoge influencias que provienen tanto del campo de la Filosofía como de la Psicología. Los filósofos estoicos griegos y romanos (Epicteto, Séneca, Marco Aurelio), mantenían que “Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos”.

Otros filósofos posteriores que resaltan la importancia de las experiencias subjetivas como Kant y Spinoza o los Filósofos de la Ciencia como Popper y Russell también influyeron en Ellis al atribuir una gran relevancia a la cognición e ideación en las acciones humanas, valorando la semejanza entre el método científico y el modo de analizar la realidad que utilizamos los humanos: las personas desarrollan hipótesis sobre la naturaleza del mundo y tienden a probar la validez de sus hipótesis sin considerarlas correctas de antemano; lo contrario al método científico serían la rigidez y el dogmatismo y subyacen como causa de las perturbaciones humanas. (ELLIS y BERNARD, 1985). La necesidad de condenar al “pecado” pero perdonar al “pecador” es asumida de la filosofía cristiana; la defensa de la “autoaceptación incondicional” y rechazo a la “autovaloración” le acerca a la filosofía humanista. El acercamiento a los filósofos existenciales como Heidegger se muestra en la consideración de que el hombre tiene cierto poder para elegir su propio estado emocional. Ellis también muestra una clara influencia de la Semántica General (KORZYBSKI, 1973) por el poderoso efecto que atribuye al lenguaje sobre el pensamiento, y el hecho de que nuestros procesos emocionales son muy dependientes de la manera en que nosotros, como humanos, estructuramos nuestro pensamiento por medio del lenguaje que empleamos.

También son varias las escuelas y teorías psicológicas que influyen en el desarrollo de la terapia racional emotiva. El entrenamiento analítico de Ellis le permitió atribuir una especial relevancia al pensamiento absolutista, dogmático y evaluativo en el desarrollo y mantenimiento de muchas perturbaciones psicológicas; La influencia de los escritos de Adler sobre el sentimiento de inferioridad, se refleja en la importancia

que concede a la autovaloración y a la ansiedad del ego como causa de numerosos trastornos emocionales. Por último también Ellis destaca la influencia de los primeros Terapeutas de la Conducta como Dunlop, M.C Jones, Watson y Rayner en su pensamiento y desarrollo de la Terapia Racional Emotiva.

Aunque el propio Ellis (ELLIS A y DRYDEN W, 1986) considera a la TRE como un tipo de “terapia cognitivo-conductual”, sin embargo analizando el conjunto de técnicas que propone para conseguir los objetivos de cambio, podría considerarse como una gran forma de “eclecticismo técnico”, pues utiliza técnicas cognitivas, conductuales y emotivas.

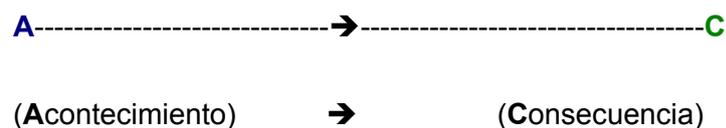
La RET utiliza una estructura sencilla para conceptualizar los problemas psicológicos: el ABC.

“**A**” es el Acontecimiento desencadenante o activador.

“**B**” es lo que Cree una persona de ese acontecimiento.

“**C**” son las respuestas emocionales y comportamentales o Consecuencias.

Aunque suele parecer que A es la causa directa de C, según el modelo representado así:



Es decir, aunque la mayoría de las personas suelen mantener el modelo atribucional o causal sobre su propia conducta centrado en los eventos externos, esto casi nunca es verdad, pues existe B como mediador entre A y C.

Las personas tienen innumerables “Beliefs”: creencias, cogniciones, pensamientos o ideas sobre sus acontecimientos activadores, y estas creencias tienen una fuerte influencia sobre las consecuencias cognitivas, emocionales y comportamentales, y por tanto B causa de forma más directa C. El modelo de la terapia racional-emotiva propone que el proceso que lleva a producir la “conducta” y la “salud” o “trastorno emocional” es bien distinto, y sigue el modelo:



(Acontecimiento) (“Belief”: Creencia sobre A) Consecuencia)

La contribución más importante de la Terapia Racional Emotiva al campo de la psicoterapia ha sido resaltar *el papel decisivo que juegan las creencias (los pensamientos) de un individuo (B) ante el evento activador (A) a la hora de que se produzcan unas consecuencias (C) emocionales, conductuales o cognitivas determinadas*. Es decir que los pensamientos que genera la persona ante el elemento activador son los realmente responsables de las consecuencias emocionales y conductuales que se producen.

Las Bes pueden tomar formas muy diferentes, la RET se centra en las Creencias Racionales (Rb) responsables de las conductas de auto-ayuda y en las Creencias Irracionales (Ib) que conducen a comportamientos de autodestrucción.

Aplicando esta teoría a los encuentros médico-paciente difíciles resultaría que los propios pensamientos que genera el médico ante la presencia del enfermo (por experiencias previas, características del paciente, aspecto, o tipo de demandas) y el desacuerdo con sus propias expectativas como profesional, con el predominio de “pensamientos irracionales” del profesional, desencadenarían la respuesta emocional negativa inadecuada de ansiedad, rabia, desesperanza o inutilidad, y que subyacen en la vivencia de encuentro difícil o desagradable.

No debemos olvidar sin embargo, la permanente interacción entre A, B, y C y que ninguna puede existir sin la presencia de las otras dos y sus interrelaciones. La terapia racional emotiva comienza evaluando los acontecimientos activadores A: características de los pacientes difíciles, el entorno, el profesional, etc) y las consecuencias C: insatisfacción, frustración, desgaste emocional, burnout, falta resolución de problemas salud, demandas y litigios, errores médicos, etc) y a partir de ellas ir buscando las creencias o pensamientos que pueden estar involucrados B.

Saber cuáles son exactamente las creencias irracionales de los médicos (B), y saber cambiarlas es el primer paso para modificarlas, pero no es suficiente para promover cambios profundos y verdaderos, si no media un trabajo duro y persistente

en ello, para poder observar de nuevo las consecuencias emocionales que se producen a partir de estas nuevas creencias.

2.4.3.- La parada de pensamiento

La detención o parada del pensamiento es un procedimiento desarrollado para la eliminación de patrones perseverantes que son poco realistas, improductivos y/o generadores de ansiedad, y que inhiben la ejecución de una conducta deseada o desencadenan una secuencia de conductas no deseadas. Wolpe lo adaptó especialmente para el tratamiento de pensamientos obsesivos y fóbicos (WOLPE J, 1996). Las obsesiones son pensamientos repetitivos que no se adaptan a la realidad, que son improductivos y producen ansiedad. La principal ventaja de esta técnica es el trabajar “Directamente” sobre los pensamientos disruptivos. En su aplicación se inicia por realizar un listado y selección de los pensamientos más disruptivos o generadores de malestar o ansiedad; después se identifican los primeros elementos de la cadena que conduce al pensamiento perturbador (por ejemplo ver el nombre de un paciente en la lista de la consulta, oír un tono de voz desagradable, etc.) a continuación se elige una palabra “potente” para el sujeto afectado como ¡Alto, Basta, Stop! , se busca un pensamiento alternativo, una afirmación positiva que resulte adecuada a la situación (“está enfermo”, “tiene un problema”, etc.). Y comienza el entrenamiento imaginando el pensamiento neutro tras utilizar la palabra elegida para detener el pensamiento perturbador: Basta, STOP, Alto; primero se realiza con ayuda del terapeuta que la pronuncia en voz alta y después vocalizando él mismo la orden progresivamente más baja hasta que se consigue detener el pensamiento con la vocalización interior o al imaginar que oye la palabra “stop” en su mente y aplicando el pensamiento alternativo (GAVINO A. 2006).

2.4.4.- Entrenamiento en Autoinstrucciones - Control del diálogo interno

Su objetivo es modificar el diálogo interno de la persona para facilitar el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento. Supone instaurar reglas generales (Autoinstrucciones) para guiar con “éxito” una conducta y también eliminar, incrementar o adaptar las verbalizaciones del individuo en función de la tarea.

Diversos autores como COUÉ 1922, BAIN JA 1928 y PEALE NV en 1960, habían diseñado procedimientos llamados de “autosugestión” basados en la modificación del diálogo interno como estrategia terapéutica de autosuperación de problemas físicos, fisiológicos y psicológicos, utilizando auto declaraciones optimistas. Las aportaciones teóricas de las investigaciones de LURIA A, (1961 y 1963); y VYGOTSKY 1962 sobre la adquisición del lenguaje encubierto, sirvieron como punto de partida a otros autores para investigar la influencia de las autoverbalizaciones, las autoinstrucciones y el diálogo interno en el control y modificación de la conducta de los individuos.

Según las investigaciones de LURIA (1961) el proceso de aprendizaje del control de la misión o inhibición de las respuestas motoras voluntarias en el niño pasa por tres estadios: en el primero, la conducta del niño se controla y dirige por las instrucciones verbales emitidas por los adultos; en el segundo, el niño comienza a darse instrucciones verbales semejantes a las dadas por los adultos para dirigir su propia conducta, y en el tercer estadio el niño regula su conducta mediante autoinstrucciones subvocales encubiertas. En la misma línea JERSEN (1996) sugiere que el diálogo interno que el sujeto mantiene consigo mismo – la mediación verbal – juega un papel fundamental en el proceso de resolución de problemas y el de comprensión conceptual del aprendizaje de nuevas conductas motoras. La mediación verbal se suele llevar a cabo subvocalmente, pero puede llegar a hacerse en voz alta si la dificultad es muy elevada. La falta de la habilidad mediacional interna puede llevar a una consecución inadecuada o deficitaria de las conductas o propósitos.

Los estadios propuestos por LURIA, permitieron a Meichenbaum, diseñar los pasos y las secuencias necesarios para llevar a cabo un entrenamiento en autoinstrucciones que optimice el lenguaje interno para la realización adecuada de tareas o acciones concretas (MEICHENBAUM 1977). El entrenamiento en autoinstrucciones supone instaurar verbalizaciones internas adecuadas que permitan la realización o el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento concreto; en una fase posterior, realizar un entrenamiento con verbalizaciones internas más generales o abstractas.

Meichenbaum (1977) asumió la hipótesis de que una parte de las cogniciones humanas podrían ser consideradas como “pensamientos automáticos” (imágenes y autoverbalizaciones) y también eslabones de respuestas más amplias, tanto

adaptativas como inadaptativas; por tanto, para modificar una conducta meta es necesario analizar la secuencia de respuestas y de pensamientos automáticos que la conforman, es decir, identificar los elementos cognitivos o motores de la cadena y sustituir los inadecuados por otros más pertinentes, adaptativos o relevantes. Se necesita “desautomatizar” la conducta del individuo utilizando mediadores verbales, es decir cogniciones deliberadas en forma de autoinstrucciones.

En realidad la modificación del diálogo interno, que es el objetivo básico del entrenamiento autoinstruccional, puede considerarse como un gran paquete de tratamiento cognitivo-conductual que incluye gran variedad de técnicas: ensayo de conducta, aproximaciones sucesivas, desvanecimiento, encadenamiento, refuerzo positivo, extinción, auto refuerzo positivo, autoobservación, autoevaluación, focalización de la atención, entrenamiento en estrategias de resolución de problemas, y entrenamiento en habilidades motoras específicas.

El entrenamiento autoinstruccional se utiliza especialmente para modificar o contrarrestar los efectos de “**pensamientos automáticos**” que interfieren la ejecución de una tarea o el afrontamiento de una situación. En estos casos se dedica el entrenamiento a detectar las verbalizaciones internas que interfieren y a generar instrucciones relevantes.

2.4.5.- El biofeedback

Se define como “aquel proceso o técnica que sirve para aprender a desarrollar un control voluntario sobre aquellas funciones del organismo reguladas por mecanismos reflejos” Se considera una técnica de biofeedback, (que podemos traducir como biorretroalimentación), cualquier técnica que con ayuda de instrumentos sofisticados provean una señal inmediata, precisa y directa a una persona que le informa sobre los cambios y la actividad de sus funciones fisiológicas, facilitando la percepción y la conciencia de éstas, y lograr el control voluntario de aquellos procesos del organismo que normalmente nos pasan inadvertidos.

El biofeedback es una técnica de intervención en modificación de conducta dirigida a identificar determinados procesos y/o respuestas psicofisiológicas con el objetivo de conseguir su control voluntario, al inicio con la ayuda de instrumentos o aparatos y después sin el uso de ellos. En sentido estricto, el entrenamiento con

biofeedback pretende que la persona consiga el control voluntario de una respuesta fisiológica relacionada con un problema específico, haciendo hincapié en el papel “activo” que debe asumir la persona para superar el problema. En un sentido más amplio, como otras técnicas de intervención en modificación de conducta y de autocontrol, tiene como objetivo final el resolver un problema o dificultad y prevenir su aparición.

Se consideran tres aspectos diferentes asociados al uso del biofeedback como posibles responsables del cambio producido por su utilización: a) El control sobre la respuesta fisiológica objeto del entrenamiento; b) Los posibles cambios generados por el control adquirido sobre la respuesta y c) Los efectos producidos por el entrenamiento en BF, globalmente considerados como un procedimiento de intervención, al margen del nivel de control adquirido sobre la respuesta fisiológica. (VALLEJO Y DIAZ, 1993).

Los tipos de Biofeedback (BF) son muy variados y nombraré sólo los utilizados referidos exclusivamente al ámbito de la salud: BF electromiográfico, BF de respuesta motora, BF de temperatura, BF de electroencefalograma, BF de frecuencia cardiaca, BF de presión sanguínea, BF de volumen de sangre, BF de volumen respiratorio, BF de presión en una zona determinada del cuerpo, BF kinesiológico, y BF de nivel de Ph del estómago. (LABRADOR FJ, 2001)

2.4.6.- La Relajación

El conocimiento del cuerpo y el organismo es el primer paso en el reconocimiento y en la lucha por la reducción del estrés. Los distintos centros cerebrales que aceleran los procesos bioquímicos durante los estados de alerta, pueden, aprendiendo a relajarnos, ser estimulados para detener esos procesos. La respuesta a la relajación tiene un efecto de recuperación y representa una “tregua” para el organismo; la relajación normaliza nuestros procesos físicos, mentales y emocionales.

Mediante el entrenamiento de la relajación se persigue conocer el organismo e identificar las áreas de tensión que haya en él. Se enseña a la persona a controlar su propio nivel de tensión sin ayuda de ningún recurso externo. Ya que no se puede, ni escapar de todas las situaciones estresantes de nuestra vida y la profesión, ni evitar la

respuesta fisiológica innata al estrés, sí podemos aprender a detectarlas de modo temprano y contrarrestarlas, aprendiendo a relajarnos.

El primer objetivo sería reconocer o detectar las señales más importantes que preceden al aumento de la activación fisiológica, para poder controlar la ansiedad o la activación en el momento en que comienza a producirse, y poder utilizar entonces la relajación y poder afrontar con éxito esas situaciones.

Dos teorías centran su atención en el cuerpo y su relación con el estrés emocional: la terapia de la Gestalt de Fritz Perls, y la terapia bioenergética de Alexander Lowen; ambas mantienen la teoría de que el cuerpo siente el estrés antes de que éste se haga consciente a nivel mental (si se identifica la tensión muscular, el organismo nos permitiría saber que estamos estresados). Para Perls es importante diferenciar entre el conocimiento del mundo externo y el interno o lo que es lo mismo separar el mundo de lo que es nuestra reacción ante él. *Lo externo* lo componen todos los estímulos que llegan a nuestros sentidos procedentes del mundo exterior y *lo interno* lo constituye cualquier sensación física de malestar o bienestar emocional. Mucha de la tensión que pueda existir en nuestro cuerpo no la percibimos porque nuestra atención se dirige de forma preferente hacia el exterior.

Las técnicas de relajación más utilizadas en el ámbito de la modificación de conducta, relajación progresiva y entrenamiento autógeno, se iniciaron hace ya bastantes años, tras aparecer las obras de JACOBSON E, 1929: *Progressive Relaxation*, y SCHLUTZ JH, 1932: *Das Autogene Training*.

La relajación progresiva intenta enseñar al sujeto a relajarse por medio de ejercicios en los que tense y relaje de forma alternativa sus distintos grupos musculares. El objetivo consiste en conseguir que la persona aprenda a identificar las señales fisiológicas que provienen de sus músculos cuando están tensos, y posteriormente, cuando ya las identifica, ponga en marcha las habilidades para relajarlos. Así podrá modificar la tensión general de su organismo si es el caso, o bien la de una parte específica como el cuello, la frente, la espalda, etc. Como cualquier habilidad que se pretende aprender se consigue mediante ensayos continuados en los que el sujeto aprende a percibir las sensaciones de tensión y relajación que provienen de sus músculos y cómo estas sensaciones se modifican al realizar los ejercicios correspondientes. Actualmente se utilizan técnicas que aunque derivadas del

procedimiento desarrollado por Jacobson, consisten en procedimientos abreviados que permiten un rápido aprendizaje y su uso inmediato. (LABRADOR FJ, 2001).

El entrenamiento autógeno tiene como objetivo que el propio sujeto se autogenera un entrenamiento en relajación. Tiene su punto de partida en la hipnosis y se basa en la idea de la unidad psicofísica mente-cuerpo. Persigue inducir mediante determinados ejercicios una desconexión general del organismo, un cambio en el estado de consciencia que el propio sujeto pueda autogenerarse a voluntad. La desconexión así generada permite modificar la tensión y facilita la aparición de una sensación de relajación y tranquilidad. El procedimiento de entrenamiento requiere un control de condiciones ambientales de lugar tranquilo, luz tenue, temperatura media, etc., ropa ligera en el sujeto, postura adecuada tumbado con ojos cerrados, e ir realizando unos ejercicios con repetición de frases en ciclos que hacen referencia al estar tranquilo, el peso, el calor del cuerpo, la regulación cardiaca y respiratoria, los órganos abdominales y la región cefálica.

Su gran ventaja son los importantes efectos fisiológicos que puede conseguir como la relajación muscular general, reducción de la conductancia electrotérmica, disminución de motilidad gástrica, aumento de temperatura periférica, reducción de frecuencia cardiaca, etc., además de ser la propia persona quien la puede inducir.

Tiene el inconveniente de precisar un ambiente y preparación especial, no es fácil de utilizar en cualquier momento e implica una relajación general, por lo que no se puede llevar a cabo mientras se realiza otra actividad (por ejemplo durante el trabajo, la consulta, entre paciente y paciente, etc.)

2.4.7.- Las habilidades emocionales de la entrevista clínica

Durante el trabajo del médico, fundamentalmente la entrevista clínica y el encuentro médico-paciente, el manejo competente de las emociones es una habilidad que puede ejercitarse. Desde el punto de vista emocional la entrevista clínica tendría dos fases: *una de activación* o tensión durante la fase exploratoria y *otra de relajación* durante la fase resolutiva (BORREL F, 2004)

En ocasiones es inevitable un cierto grado de activación o malestar. El autocontrol emocional en aquellas situaciones que producen malestar se puede lograr

mediante estrategias de relajación muscular, respiraciones profundas y otros procedimientos que alivien la sintomatología fisiológica y la tensión emocional.

Dominar el clima emocional negativo es importante para la calidad del trabajo del médico; no hay posibilidad de tener emociones positivas hacia el paciente si no dominamos un estado emocional negativo en nosotros mismos como puede ser el agobio, la irritación o las prisas. A ellas se contraponen la empatía, la curiosidad, o la paciencia definida como la calidad emocional por la que aceptamos como inevitable lo que resulta inevitable (PLATT F, 2000). Con la paciencia nos ponemos al ritmo de las cosas y eso resulta en sí mismo empático.

Sucumbir a un estado emocional negativo es peligroso, constituye un perfil de alto riesgo para errores clínicos y, además de hacernos rendir por debajo de nuestras capacidades, disminuye nuestra autoestima y marca un círculo vicioso. Borrell distingue dos tipos de entrevistadores:

1)- Los de *estilo emocional reactivo* que responden de modo similar al estímulo que reciben y que se dejan llevar por las emociones de los pacientes, responden a la hostilidad con hostilidad, al desafecto con desafecto

2)- Los de *estilo proactivo* que marcan el tono emocional propio en la consulta sin dejarse arrastrar por las emociones negativas que reciben. El estilo proactivo trata de romper el círculo vicioso de las emociones negativas

2.4.8.- El grupo Balint

Los grupos BALINT fueron iniciados por Michael Balint, médico psiquiatra del Reino Unido tras la 2ª guerra mundial, y centrados en la importancia de la relación médico-paciente como herramienta terapéutica. (BALINT M. 1957). El objetivo de los grupos Balint era transformar la incertidumbre, confusión, y dificultades en la relación médico-paciente, hacerla comprensible y alimentar una alianza terapéutica entre el clínico y el paciente. La cultura del trabajo de los médicos de familia valora la autosuficiencia, el estoicismo y la represión de las emociones. Participar en grupos Balint permite, mediante actividades de autoanálisis aprender a reconocer las reacciones personales y reconocer a tiempo las señales de estrés y beneficiarse de la

interacción con otros participantes. Constituye un camino para que los médicos puedan activa y libremente, hablar de sus pacientes y de sus sentimientos hacia ellos.

Un grupo Balint está compuesto por un número de entre seis y doce médicos, tradicionalmente conducidos por un psicoanalista, que se reúnen periódicamente para discutir sobre aquellos pacientes que están provocando una reacción o repercusión en sus propias vidas. Puesto que con frecuencia el trabajo de los Médicos Generales o de Familia se realiza en solitario, puede ser necesario el apoyo de un “par” para conseguir un buen nivel de cuidado en su salud mental. Mediante el apoyo de los miembros del grupo se pueden redirigir unas expectativas no realistas y construir un sentido más realista y equilibrado del significado y objetivos de ellos mismos y su trabajo.

Los cambios en la práctica clínica de la Atención Primaria de Salud desde la práctica individual o en solitario de los General Practitioners de los primeros grupos de M. Balint al actual trabajo en equipo multiprofesional y la orientación biopsicosocial, ha supuesto cambios notables en la organización y sistemática de los grupos, y en consecuencia variaciones sobre sus objetivos iniciales. (TIZÓN JL, 2005). Desde sus comienzos a la actualidad los grupos Balint se han diversificado, desarrollándose los “grupos de reflexión tipo Balint”, los grupos de discusión, grupos de duelo, grupos operativos, grupos de sensibilización... con variaciones técnicas, perspectivas psicoanalíticas o cognitivas, papel del coordinador, relación entre los miembros del grupo ,etc.

Pese a esos cambios, permanece un consenso internacional sobre los elementos fundamentales que sustentan los grupos: 1) Crear un clima de contención, confianza, esperanza y comunicación mutua en el grupo, y 2) La atención específica a las Emociones del profesional (específica, aunque no siempre de modo explícito o directo).

Los objetivos de estos grupos formativos son: 1- Ayudar a percibir los componentes psicológicos que entraña toda relación médico-paciente, tanto por parte del paciente como del médico. 2- Enseñar a reorientar esos componentes psicológicos y aprovecharlos a favor de los resultados en salud. 3- Mejorar la formación psicológica y psicosocial de los médicos. 4- Ayudar al profesional a identificar los propios conflictos personales que puedan interferir en su trabajo. 5- Sensibilizar a los participantes en la importancia que todo lo anterior tiene en su práctica profesional y

su bienestar personal (TIZON JL, 1993 II). Su experiencia y desarrollo no obstante no están exentos de dificultades tales como la necesidad de un experto que conduzca el grupo, metodología rigurosa, continuidad de sus miembros, horarios, sesiones, etc.

Durante años estos grupos se iniciaron de forma experimental, según propuestas y replanteamientos procedentes de los especialistas en salud mental. Más tarde experimentó una gran expansión no siempre con la adecuada cualificación que condujo a fracasos, interrupciones de grupos, y problemas grupales e institucionales.

Los grupos de reflexión se consideran *un sistema* de apoyo y formación entre médicos, *pero no el único sistema*.

Desde su inicio, el trabajo con grupos Balint ha ido acompañado de investigaciones tanto descriptivas (JOHNSON AH, 2001) como empíricas (DOKTER HJ, 1986 Y RABINOWITZ 1996). Algunos estudios han tratado de evaluar los resultados de estos grupos y encuentran como favorable una mayor satisfacción con el trabajo y la especialidad entre los médicos de familia que participan en los grupos Balint, pero puntúan igual en empatía y satisfacción general con las condiciones de trabajo que aquellos que no participan (CATALDO KP, 2005).

II.- JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

II.- JUSTIFICACIÓN

Existen aspectos del profesional poco investigados en relación a los encuentros difíciles. En concreto la **respuesta emocional del profesional** es uno de los aspectos menos tratado en la bibliografía (SMITH RC & ZYMN Y GH, 1988), pese a estar reconocida su enorme influencia en la relación médico-paciente, máxime cuando ésta resulta difícil (CORNEY R, 1988). La necesidad de atender al papel relevante que **factores emocionales** relacionados con la relación médico-paciente pueden tener en la aparición de *alteraciones en la toma de decisiones del profesional* aparece en la literatura (EPSTEIN R, 1993). A este mismo impacto alude Ely (ELY JW, 1995) al publicar que los médicos consideran que los factores de índole emocional perturban de manera importante su discurrir diagnóstico y relacionan directamente a estos factores como la primera causa de los *errores objetivos* percibidos o no por ellos mismos.

El estudio de Hahn (HAHN SR et al, 1994) es un primer intento de obtener un cuestionario que defina la respuesta emocional de los médicos ante los encuentros médico-paciente difíciles. En el análisis factorial describen el factor denominado “physician dysphoria” como una aproximación al tema, aunque en el mismo cuestionario se mezclan la percepción de determinadas conductas de los pacientes. La metodología empleada, en sus fases de elaboración del instrumento y posterior aplicación, así como la recogida complementaria de las variables independientes, tanto del médico, del paciente como del encuentro médico-paciente, nos ha parecido muy útil para lograr los objetivos de nuestro estudio, si bien consideramos necesario aumentar la muestra utilizada por Hahn (n=113 encuentros).

Otra aproximación al estudio de la respuesta emocional de los médicos ante encuentros médico-paciente difíciles es el estudio de Bellón (BELLÓN JA, 2002), donde se usa una metodología parecida a la que proponemos y se valida un cuestionario de emociones-sentimientos que incluyen un amplio arco emocional, sin embargo el apartado de pensamientos está menos desarrollado.

El espectro de las emociones-pensamientos del médico durante las entrevistas a pacientes difíciles debe ser más variado que la descrita como “physician dysphoria”:

¿Cuáles son estas emociones-pensamientos?

¿Este grupo de emociones-pensamientos puede dividirse en subgrupos con factores en común?

¿Cuáles son los factores asociados a los distintos grupos de emociones-pensamientos?

¿Podemos intervenir de algún modo para prevenir el impacto negativo de esas emociones en la relación Médico-Paciente y en el estrés laboral del médico?

Todas estas preguntas no encuentran respuesta en la bibliografía, y a las que podemos añadir otra pregunta ¿Cómo vive el encuentro difícil el otro protagonista del mismo: el paciente?; aún más desconocido resulta la perspectiva del paciente. La visión de los pacientes y sus vivencias de los ED es prácticamente una incógnita hasta ahora en la literatura científica. El paciente que protagoniza un encuentro difícil para el médico, ¿percibe o no igualmente algún malestar emocional? Y ¿qué factores se asociarían a ello? La aproximación a los pacientes en las investigaciones se ha realizado en términos de medir resolución de síntomas, satisfacción y expectativas antes y después de utilizar los servicios de salud, pero no desde su vivencia emocional.

Nuestra investigación pretende responder a estos interrogantes, aumentando la muestra utilizada por Hahn, e incluyendo el apartado de pensamientos del profesional, que está menos desarrollado. Con instrumentos que midan no sólo las habilidades sociales, sino el marco de creencias, pensamientos y emociones del médico y los factores asociados a ellos.

Basándonos en el concepto de inteligencia intrapersonal de Gardner o competencia emocional *Planteamos la necesidad de conocer esas emociones del profesional*. Especialmente porque sabemos que la Inteligencia Emocional “es en definitiva un conjunto de metahabilidades que pueden ser aprendidas” y por tanto *la posibilidad de mejorarla que cada persona posee*. Necesitamos obtener un instrumento válido y fiable sobre los pensamientos y emociones de los profesionales y sus factores relacionados.

Será de gran utilidad práctica disponer de una herramienta con la cual los profesionales puedan trabajar su competencia emocional, mejorar su bienestar emocional y con ello su salud física y mental, que tanta relación guardan con los mejores resultados en salud de la población que atienden. Tal vez suponga una aportación para la necesaria tarea de *“Cuidar al cuidador”*.

Con este marco teórico referencial y las cuestiones sin resolver mencionadas, planteamos la necesidad de desarrollar la investigación que presentamos, con los objetivos que se detallan en el siguiente apartado.

III.- OBJETIVOS

III.- OBJETIVOS

En este estudio se propusieron los siguientes objetivos:

A –OBJETIVOS PRINCIPALES

1. Identificar las emociones y pensamientos de los médicos de familia en los encuentros difíciles.
2. Averiguar los factores del paciente, del profesional, de la organización y de sus interfases que se asocian a tales emociones y pensamientos.

B- OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Desarrollar una escala válida y fiable de emociones del médico de familia en los encuentros médico-paciente difíciles.
2. Desarrollar una escala válida y fiable de pensamientos del médico de familia en los encuentros médico-paciente difíciles.

IV.- MÉTODOS Y PARTICIPANTES

IV. MÉTODOS Y PARTICIPANTES

1.- DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un diseño mixto, cuali-cuantitativo. En su primera fase se emplea un diseño cualitativo mediante grupos de médicos que realizan una técnica de generación de ideas, con discusión y priorización. En su segunda fase se realiza un estudio cuantitativo transversal.

1.1.- PRIMERA FASE: ESTUDIO CUALITATIVO:

Se llevó a cabo una técnica cualitativa, mediante grupos de generación de ideas y consenso:

1.1.1. Generación de ideas

Se empleó una técnica de tormenta de ideas sobre emociones con la técnica del doble círculo: Se dividió el grupo en dos que se colocan en círculos concéntricos. Tras crear un clima de concentración e introspección, se les hace que piensen en la consulta de hoy o ayer, concretamente en el paciente que recuerden como más "difícil-desesperante", para que sobre él se generen las emociones y pensamientos. El círculo de dentro va generando-diciendo en voz alta emociones y el parejo que está detrás las anota en un papel, sólo los de su pareja. Cuando se agotan las ideas se pasan a una pizarra-papelógrafo numeradas. De este modo se prima la cantidad a la calidad y se diluye la atribución de las ideas en el grupo. Se empleó la misma técnica para generar pensamientos invirtiendo los círculos (los de dentro pasan a fuera y los de fuera a dentro que son los que generan-dicen pensamientos).

1.1.2. Discusión

Se ofrecieron unos 30 minutos de discusión poniendo a la vista las emociones y pensamientos escritas sobre el papelógrafo.

1.1.3. Consenso

Puestas las emociones escritas y numeradas a la vista de todo el grupo, cada participante votó a 7 de las que han salido pero de forma graduada: a la primera que le parezca más prevalente le dio un 7 a la 2ª un 6, la siguiente un 5, así hasta la última a la que le dio un 1. De este modo se obtuvieron por consenso las 20-30 emociones más prevalentes. En este caso se votó en función de lo que uno creyó que, en general, suele ocurrirle con más frecuencia en los encuentros difíciles. Es decir, no se vota sobre su caso concreto que ha pensado en la fase de generación de ideas, sino sobre lo que le ocurre en general. Lo mismo se hizo a continuación para los pensamientos.

Con los listados de pensamientos y emociones obtenidos en los dos grupos realizados, completados con los ítems recogidos en la literatura (SMITH RC & ZIMNY GH, 1988; HAHN SR et al, 1994; BELLÓN JA, 2002) se elaboró el instrumento definitivo “**cuestionario de emociones y pensamientos de los médicos de familia durante los ED**” (ANEXO I).

1.2.- SEGUNDA FASE: ESTUDIO CUANTITATIVO

Los cuestionarios de pensamientos y emociones obtenidos en la primera fase del estudio, se aplicaron en una muestra de médicos con sus respectivos encuentros médico-paciente difíciles. De este modo realizamos un estudio cuantitativo transversal para, por un lado, realizar un **proceso de validación**, análisis de la validez y fiabilidad de las escalas de pensamientos y emociones, y por otro lado, para encontrar asociaciones entre dichas escalas y las variables independientes.

2.- ÁMBITO DE ESTUDIO

2.1 ÁMBITO GEOGRÁFICO Y ORGANIZATIVO

El marco geográfico de referencia de este estudio está constituido por las 32 Zonas Básicas de Salud (ZBS) de las ciudades de Málaga y Jaén. Las ZBS son el marco territorial y poblacional elemental de la Atención Primaria. Cada ZBS está atendida por un Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP), que a su vez se

compone de un centro de salud y, en algunos casos, uno o más consultorios locales adscritos a éste.

Cada EBAP atiende a una población entre 15.000 y 35.000 habitantes en su ZBS. El Servicio Andaluz de Salud cubre al 100% de la población y los pacientes no pagan directamente para acudir a sus consultas. Cada ciudadano pertenece a una única ZBS y está adscrito a un solo médico de Familia. En los EBAP de Jaén y Málaga capital trabajan médicos de familia, pediatras, enfermeras, matronas, auxiliares de enfermería, administrativos y celadores. Los primeros atienden a la población por encima de los 14 años. Los médicos de familia tienen su jornada laboral de 7 horas en turno de mañana o de tarde, de lunes a viernes. La casi totalidad de los médicos de familia de las ciudades de Jaén y Málaga trabajan 3 o 4 mañanas y 1 o 2 tardes a la semana. En la ciudad de Málaga, el turno de noche (de 20:00 a 8:00 horas) y los fines de semana está cubierto por un Servicio Especial de Urgencias. En la ciudad de Jaén los médicos de familia adscritos a las ZBS realizan turnos para cubrir las urgencias de los fines de semana y desde las 15:00 horas hasta las 8:00 horas de lunes a viernes. Cada médico de familia de Jaén suele tener aproximadamente un turno de urgencias cada 10 días. En el año 2005, la población de referencia de las 32 ZBS (7 en Jaén y 25 en Málaga) definidas en el ámbito geográfico del estudio ascendía a 674.827 habitantes, 116.540 en Jaén y 558.287 en Málaga.

2.2 ÁMBITO TEMPORAL

El trabajo de campo se ha realizado en el periodo comprendido entre junio de 2004 y junio de 2007. El estudio cualitativo, los grupos de médicos, se realizaron en junio de 2004. El reclutamiento de los médicos participantes, la selección de sus encuentros difíciles y la administración de los cuestionarios a los médicos y pacientes implicados en tales encuentros, se realizaron para 26 médicos de febrero a junio de 2005, para 10 médicos de febrero a junio de 2006 y para 9 médicos de febrero a junio de 2007.

3.- POBLACIÓN

3.1.- POBLACIÓN DE REFERENCIA

La población de referencia quedó constituida por los 32 centros de salud y 385 médicos de familia que trabajaban en enero de 2005 en las ciudades de Jaén y Málaga (63 en Jaén y 322 en Málaga).

3.2.- POBLACIÓN ELEGIBLE

3.2.1.- Centros de Salud

Los criterios para excluir centros de salud de nuestro estudio fueron:

1. Llevar menos de dos años de funcionamiento como EBAP.
2. Llevar menos de dos años de informatización efectiva y utilización de la historia clínica informatizada "DIRAYA".
3. No dar el consentimiento informado el director del centro de salud.

Estos criterios daban ciertas garantías sobre la estabilidad y fiabilidad de los datos de las historias clínicas.

3.2.1.- Médicos de familia

Los criterios de exclusión de los médicos de familia implicados en los encuentros-médico paciente fueron:

1. Ser médico de plantilla, sustituto o interino que llevara menos de 1 mes con su cupo, lo cual descarta a todos aquellos médicos sustitutos con una relación demasiado esporádica o breve con sus pacientes.
2. No dar su consentimiento informado.

3.2.3.- Pacientes

Los criterios de exclusión de los pacientes implicados en los encuentros médico-paciente fueron:

1. Tener menos de 18 años.
2. No dar su consentimiento informado.
3. Pasar más de 7 días del encuentro médico-paciente sin conseguir entrevistarlo.

4.- MUESTREO

Se descartaron 4 centros de salud en Jaén y 8 en Málaga por tener criterios de exclusión (menos de dos años de funcionamiento). En Jaén, los 3 centros elegibles participaron en el estudio. En Málaga, de los 17 centros elegibles, se invitaron a participar a 5 de ellos que dieron su consentimiento. La distribución de los médicos que dieron su consentimiento dentro de los centros de salud participantes se recoge en la **tabla 1**

Cada médico incluido en el estudio puntuó su malestar emocional en todos sus encuentros médico-paciente que tuvieron lugar durante una media de 2 semanas (10 días de consulta) como periodo de reclutamiento. El grado de malestar emocional de cada encuentro tenía una respuesta Lickert de 7 opciones, desde 0 (ningún malestar emocional) hasta 6 (malestar extremo). Cada día, al acabar la consulta, un técnico de investigación comprobaba las puntuaciones del malestar emocional del médico en todos los encuentros médico-paciente de ese día, seleccionando aquel que tuviera la máxima puntuación, siempre que fuera mayor de 3. Si un determinado día, el médico puntuó todos sus encuentros médico-paciente por debajo de 4, ese día no se seleccionaba ningún encuentro médico-paciente. Si había varios encuentros con la máxima puntuación elegible, se seleccionaba aleatoriamente uno de ellos. A continuación, sobre cada encuentro médico-paciente elegido e inmediatamente después de la consulta, el médico cumplimentaba los cuestionarios de emociones y pensamientos y la entrevistadora llamaba por teléfono al paciente para solicitarle una

entrevista. Se descartaron aquellos pacientes que no se consiguieron entrevistar dentro de los 7 días desde el encuentro médico-paciente seleccionado.

Para un test de comparación de medias entre una variable dicotómica de una escala de emociones o pensamientos que tenga una desviación típica de 15.9 y en el que se pretenda detectar una diferencia de medias de 5.5, asumiendo un error alfa de 0.05 y beta de 0.20, se necesitarían 130 encuentros médico-paciente en cada grupo, 260 en total. Si también asumimos un coeficiente de correlación intraclase de pacientes anidados en médicos de 0.015, tendríamos que aumentar la muestra a 160 encuentros médico-paciente por grupo, 320 en total. Puesto que se trata de encuentros médico-paciente difíciles, sería esperable que hubiera una proporción importante de rechazos a la entrevista por parte de los pacientes; por lo que se decidió aumentar la muestra hasta 400 encuentros médico-paciente con una distribución aproximada de 10 encuentros médico-paciente por médico.

5.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

5.1.- TRANSFORMACIÓN DE LAS VARIABLES ORIGINALES

Las **variables cuantitativas** del estudio fueron exploradas en cuanto al sesgo de simetría y Kurtosis. Se exploraron transformaciones de “potencia”, que son simples re-expresiones que cumplen las siguientes propiedades: conservan el orden de los datos, preservan los valores letra, son funciones continuas y normalmente vienen especificadas por funciones elementales (FREIXA M, 1992).

5.2. ESTUDIO DESCRIPTIVO

Se realizó el análisis descriptivo de todas las variables estudiadas mediante el estudio de frecuencias. Se utilizaron las medidas según el tipo de variable. Para las variables cualitativas, la distribución de frecuencias y porcentajes por categorías de respuesta. Para las variables cuantitativas, las medidas de tendencia central (media o mediana), medidas de dispersión (desviación estándar) y los intervalos de confianza al 95%.

5.3.- VALIDACIÓN DE LAS ESCALAS DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS

5.3.1.- Estudio de la validez

Para el estudio de la validez factorial se realizó un análisis factorial exploratorio. En primer lugar se empleó el test de esfericidad de Barlett, el cual sirve para contrastar que la matriz de correlaciones es una matriz identidad, de tal modo que si no es significativo debería cuestionarse la pertinencia del análisis factorial. También se calculó el índice de Kaiser-Meyer-Olkin, que compara los coeficientes de correlación observados y los coeficientes de correlación parcial. Este índice debe ser mayor de 0.5 para que sea adecuado realizar el análisis factorial.

Se exploraron las dimensiones subyacentes de los cuestionarios de pensamientos y emociones mediante el análisis factorial con extracción de factores por el método de componentes principales. A continuación se realizó una rotación ortogonal varimax para intentar minimizar el número de ítems que tienen grandes pesos en un factor. Para determinar el número de factores a extraer se utilizó el número de ítems con autovalores mayores de 1 ("eigenvalue >1").

Para comprobar las relaciones entre los factores, dimensiones o escalas de emociones y pensamientos, se estudió su matriz de correlaciones.

Se realizó un análisis de validez de constructo relacionando las puntuaciones de las escalas de pensamientos y emociones de los ED con diferentes variables, tanto en el caso de encontrar relaciones que deberían producirse (validez convergente) como en el caso de que no deberían producirse (validez discriminante) (STREINER DL Y NORMAN GR. 1991).

5.3.2.- Estudio de la fiabilidad

Una vez extraídos los factores, a cada factor o escala se le estudió la relación entre la puntuación de cada ítem y la del factor o dimensión a la que pertenece. Con ello se valora la posibilidad de que algún ítem con un coeficiente de correlación muy bajo se distribuya de manera independiente de la puntuación global. Es de reseñar que para obtener este coeficiente de correlación ítem-escala, a la puntuación global de

la escala se le extrae la del ítem que es motivo de estudio, de este modo se obtiene el denominado coeficiente de correlación ítem-escala corregido.

Con la finalidad de descubrir ítems poco relacionados con el resto de los que componen una misma dimensión o factor, se construyeron sucesivas ecuaciones de regresión múltiple en las que la variable dependiente era la puntuación del ítem que se quiere estudiar y las independientes las del resto de ítems que componen la dimensión o escala. Los coeficientes de determinación (R^2) de estas ecuaciones, tantas como ítems componen la dimensión, informan sobre la variabilidad de un ítem que es explicada por el resto de los ítems de la escala.

5.3.3.- Estudio de la consistencia interna

Con el objetivo de estudiar la homogeneidad o consistencia interna de cada escala se midió el coeficiente de Cronbach correspondiente, con el que se obtiene una medida de la fuerza de la relación entre todos los ítems de cada escala. Para ayudar a la toma de decisiones acerca de la pertinencia de excluir o incluir un ítem en una escala, se recalculó el alfa de Cronbach extrayendo de la escala la puntuación del ítem bajo estudio, de tal forma que un aumento del alfa sugiere que tal ítem disminuye la consistencia interna de la misma.

5.4.- AJUSTE DE LOS MODELOS NULOS

Se exploraron numerosas transformaciones de las variables dependientes, escalas de emociones y pensamientos, sin que ninguna de ellas consiguiera aproximarlas a la normal. Por tal motivo se descartó la utilización de la regresión lineal. A continuación se comprobó que tampoco era apropiado ajustar regresiones de Poisson, resultando todos los test de bondad de ajuste de la Poisson muy significativos. Finalmente, se pudieron ajustar regresiones de binomial negativa. Este tipo de regresiones se ajustan cuando el número de ocurrencias de una variable de conteo sobrepasa la Poisson, lo que se conoce como "overdispersion". Es decir, la regresión binomial negativa ajusta modelos en los casos que existe más variación que la que cabría esperar si fuera una Poisson (HILBE JM, 2007). En todas las regresiones binomiales negativas de las escalas de emociones y pensamientos se realizó un test para comprobar que el parámetro "alpha" era distinto de cero, resultando en todos los casos muy significativo.

5.5.- ANÁLISIS BIVARIANTE

Para estudiar las relaciones “brutas” entre las variables dependientes, escalas de emociones y pensamientos, y las variables independientes, se construyeron los respectivos modelos nulos de regresión binomial negativa, añadiendo al modelo solo una variable independiente. Ésta última se la trató como variable “factor” cuando fue una variable cualitativa. En los modelos de regresión binomial negativa los coeficientes positivos se interpretan como una relación positiva con la escala de emociones o pensamientos estudiada en cada caso y viceversa.

Como había una estructura jerárquica en los datos, ED anidados en médicos, los errores estándar se calcularon mediante el estimador “robusto”, ajustando por el cluster de la variable “médico” (estimador “sandwich”).

5.6.- ANÁLISIS MULTIVARIANTE

Se construyeron regresiones multivariantes de binomial negativa tomando como variable dependiente las diferentes escalas de pensamientos y emociones. En tales modelos se incluyeron todas aquellas variables independientes que en el análisis bivalente obtuvieron una $p \leq 0.20$. De este modo se redujo en gran medida las probabilidades de no incluir en los modelos variables relevantes (GREENLAND S, 1989). En todos los modelos se forzó la variable centro de salud para tener cierto ajuste de un posible efecto “clustering” de médicos anidados en centros de salud.

5.7.- SOPORTE INFORMÁTICO

Se ha utilizado el programa estadístico SPSS, versión 15, para los análisis descriptivos, el análisis factorial y los estudios de fiabilidad. Para las regresiones binomiales negativas, bivariantes y multivariantes, se usó STATA, release 11. (STATA, 2009).

6 - RECOGIDA DE INFORMACIÓN – VARIABLES

6.1.- VARIABLES DEPENDIENTES

Las variables dependientes fueron las puntuaciones en las escalas de emociones-sentimientos y pensamientos que manifestaron los médicos durante los encuentros médico-paciente difíciles.

6.2.- VARIABLES INDEPENDIENTES

6.2.1.- Variables de la organización

Se obtuvieron de *los listados informáticos* diarios de citas de pacientes la siguiente información: médico, día de la semana, turno de trabajo (mañana-tarde), nº total de citas cada día, nº de historia clínica, hora y nº de orden de todos los pacientes citados, la media del nº total de citas que cada médico tuvo durante el seguimiento, el centro de salud y la ciudad (Málaga o Jaén) (ver **ANEXO II**)

6.2.2.- Variables del médico

La información sobre los médicos se obtuvo a través de los “cuestionarios de médicos” (Ver **ANEXO III**) que incluyen la siguiente información:

- Datos socio-demográficos: edad (en años), sexo (1 = mujer, 2 = hombre), centro de trabajo, y ciudad.

- Test de *personalidad* de EPI, (SÁNCHEZ TURET M, 1994) compuesto por 57 ítems que miden los rasgos de Neuroticismo, y Extraversión; esta última a su vez se puede dividir en dos dimensiones: Impulsividad, y Sociabilidad.

- Puntuación en el cuestionario de *estrés profesional* "Maslach Burnout Inventory" (MBI) (MASLASCH C et al, 1986), formado por 22 ítems de respuesta tipo lickert que puntúan con 0=nunca, 1=Pocas veces al año, 2=una vez al mes o menos, 3=unas pocas veces al mes, 4=una vez a la semana, 5=Pocas veces a la semana y

6=Todos los días, que miden el estrés profesional en tres dimensiones: Cansancio o desgaste emocional –CE-, Despersonalización -DP- y Realización personal –RP-. Utilizamos los siguientes puntos de corte: CE bajo ≤ 18 , Medio de 19 -26, Alto ≥ 27 ; DP bajo ≤ 5 , media de 6-9 y alta ≥ 10 ; RP baja ≤ 33 , media de 34-39, alta ≥ 40 (ATENCE J, 1999).

- Para medir *malestar psicológico del médico* utilizamos la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG) que consta de nueve preguntas para medir ansiedad y otras nueve para depresión, actuando en ambos casos las cuatro primeras de “filtro” pasando a las cinco siguientes si existen dos o más afirmativas en las primeras. Cada pregunta tiene dos opciones de respuesta Si= 1 punto y No= 0 puntos. Sumando las puntuaciones de las respuestas se obtiene una puntuación final para ansiedad y otra para depresión. Para la valoración final hicimos una variable dicotomizada ansiedad SI/NO y depresión SI/NO con los puntos de corte 4 para ansiedad y 3 para depresión (MONTON C 1993).

- Test para medir *apoyo social* de familia y amigos utilizamos el test de Blaxter (BLAXTER M, 1990) que consta de siete ítems sobre lo que el individuo piensa acerca del apoyo que recibe de su familia y amigos, cada pregunta tiene una triple opción de respuesta según el grado de acuerdo 1=Falso, 2=A veces, 3=Verdadero, que ofrece una puntuación final entre 7 y 21 puntos, considerándose puntuaciones ≤ 17 como Bajo apoyo familiar y de amigos y ≥ 18 Buen apoyo social.

- *Eventos estresantes* de la vida mediante el test de Brugha (BRUGHA T, 1985) que evalúa mediante 12 ítems diversos acontecimientos estresantes en la vida puntuando cada uno de ellos entre 0=no y 1=si.

- La información sobre *formación MIR* en la especialidad de medicina de familia (0 = no; 1 = si), ser *tutor docente acreditado* por la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén o Málaga (0 = no; 1 = si) y asignación o no de residente de MFC durante el año de la investigación se nos proporcionó desde las unidades docentes de MFC de Jaén y Málaga

- Los datos sobre *antigüedad* de los médicos en los respectivos centros de salud, años (1= 0-4 años, 2= 5 a 8 años, 3= 9 a 14 años, 4= ≥ 15 años), se solicitó a las gerencias de los distritos sanitarios de Jaén y Málaga.

6.2.3.- Variables del paciente

La recogida de variables de los pacientes se hizo mediante entrevistadores según las instrucciones recogidas en el “Manual de normas del entrevistador” que figuran en el **ANEXO IV**

De la historia clínica se recogió la información sobre *morbilidad crónica* codificada según la CIAP, clasificación internacional de atención primaria (WONCA, 1979), anotándose en la hoja diseñada para el “seguimiento de casos” (**ANEXO V**).

En las entrevistas con los pacientes se aplicó el “cuestionario del paciente” y se recogieron las siguientes variables: (**ANEXO VI**):

- Sociodemográficas: *sexo* (1=mujer, 2=hombre), *fecha de nacimiento*, *estado civil* (1=casado, 2=viviendo en pareja, 3=separado, 4=viudo, 5=Divorciado, 6=soltero), *situación laboral* utilizando la ocupación como indicador de la clase social (ALONSO J, 1997) (1 = contratado o trabaja autónomo, 2 = En paro o buscando empleo por 1ª vez, 3 =Jubilado, 4 = Incapacitado por enfermedad o discapacidad, 5 = Cuida su familia y el hogar, 6 = estudiante, 7 = otras), tiempo transcurrido desde el último empleo remunerado, y tipo de empleo actual; nivel cultural según el Instituto Nacional de Estadística (INE 1991): 1=analfabeto, 2=sin estudios, 3=primarios, 4=secundarios, 5=Diplomado, 6= Licenciado o técnico superior.

- *Convivencia en el hogar* referido a nº de convivientes ("contando con usted, ¿cuántas personas conviven en su hogar?") y *satisfacción con la convivencia* en el hogar en 5 posibles respuestas (desde muy satisfecho/a hasta muy insatisfecho).

- Percepción de la *situación económica* (¿Vive cómodamente, vive bien, tiene dificultades económicas o tiene muchas dificultades económicas?)

- *Percepción de salud* con la pregunta directa sobre si padece alguna enfermedad, minusvalía o dolencia que le afecte o vaya a afectarle durante largo tiempo, y mediante el cuestionario sobre calidad de vida SF-12 (GANDEK B, 1998), que valora la percepción de la calidad de vida relacionada con la *salud física y mental* y la interferencia o no en sus actividades cotidianas, mediante 12 ítems mas un último ítem que valora su calidad de vida general.

- Preguntamos también por el tiempo en días transcurrido desde la última visita a su médico de familia (día del ED), (desde hoy=0 hasta más de 7 días).

- Para medir los *aspectos comunicacionales* nos basamos en la 'Eurocommunication Scale' (VAN DEN BRINK, 2000). Ésta a su vez está basada en la "Patient Request Form" (PRF), que constaba de 42 ítems orientados a las expectativas de los pacientes y cuyo análisis factorial separó tres dimensiones: explicaciones y seguridades, apoyo emocional, pruebas y tratamiento (VALORI R, 1996). En la Eurocommunication Scale se cambiaron la redacción de las preguntas de la PRF para recoger la importancia que le dan los pacientes y no sus expectativas; además, de las 42 preguntas se seleccionaron sólo 12, las que tenían pesos factoriales \Rightarrow 0.60. El análisis factorial de estos 12 ítems, resultó con dos dimensiones: una escala biomédica de 6 ítems y otra psicosocial de 4. La eurocommunication scale se tradujo y retrotradujo en español, desarrollándose su trabajo de campo en seis países europeos. La población correspondiente a España se tomó de Málaga (VAN DEN BRINK, 2000). Puesto que nuestra población de estudio fueron pacientes seleccionados a partir de encuentros difíciles, era esperable una estructura factorial diferente. Por tal motivo realizamos un nuevo análisis factorial en el que a los 12 ítems de la Eurocommunication Scale le añadimos 4 ítems empleados en el mismo estudio, que se usaron para conocer las expectativas de los pacientes y que como figuran en el **(ANEXO VI)** fueron: 1- "el médico ha recetado las medicinas convenientes para mi padecimiento/problema", 2- "el médico ha solicitado las pruebas (análisis, radiografías, etc) oportunos", 3- "el médico me ha enviado a un especialista ya que la situación lo requería", 4- "si he solicitado la baja laboral, el médico me la ha dado". Las opciones de respuesta fueron las mismas que las de los otros 12 ítems: 1=total desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= de acuerdo, 4= totalmente acuerdo y 5= no aplicable. El código 5 fue posteriormente recodificado como 2.5, ya que se trataría en realidad del punto neutro de la escala de respuesta.

El análisis factorial con los 16 ítems reveló la presencia de tres subescalas principales con los pesos factoriales para cada ítem que se recogen el citado **ANEXO VII**. El factor 1 al que denominamos "Apoyo emocional y comunicación centrada en el paciente" explicó el 25,56 % de la varianza, el factor 2, llamado "Fase resolutive de la entrevista" el 18,8 % y el factor 3 al que titulamos "Satisfacción global con la entrevista" explicó el 16,3% del total de la varianza de la escala. El porcentaje total de

la varianza explicada por el conjunto de los tres componentes de la escala fue del 61,6%. Los alfa de Cronbach de los factores 1, 2 y 3 fueron respectivamente 0.89, 0.83 y 0.78.

- Se recabó información sobre *malestar psicológico del paciente* (ansiedad y depresión), *apoyo social* de familia y amigos y *eventos estresantes* de la vida mediante los mismos test E.A.D.G. de Goldberg, Blaxter y test de Brugha respectivamente, utilizados y descritos en el párrafo anterior para los médicos.

6.2.4.- Variables de la interfaz médico-paciente-organización

De la **historia clínica** se recogieron las variables de la interfase médico-paciente-organización que figuran en el ya citado ANEXO V: (“hoja de seguimiento de casos de pacientes”):

- Sobre frecuentación del paciente (número de visitas registradas durante los 12 meses anteriores al ED),

- Realización recetas, petición de pruebas complementarias, y derivaciones al especialista referidos al día del E.D.

- La puntuación del malestar emocional del médico durante el encuentro difícil se obtuvo de las anotaciones que el médico hacía en la lista de pacientes de cada día: junto al nombre de cada paciente, *el médico anotaba su puntuación de malestar* durante el encuentro con ese paciente, inmediatamente después de terminar éste.

- Los *motivos de consulta* del ED, además de recogerlos de lo registrado por el médico en la historia clínica, también se preguntaron a los pacientes, (ver el anteriormente referido “cuestionario de pacientes”, **anexo III**) añadiendo si consultó por uno o más motivos y si cada uno de los motivos fue nuevo o había consultado con anterioridad por el mismo problema.

- Por último, **al paciente** se le preguntó *cómo se sintió emocionalmente* en cuanto a la relación con su médico en esta última visita utilizando una escala similar a la del médico, tipo Lickert de siete puntos valorando desde 0= ningún malestar hasta 6= malestar extremo durante la última visita a su médico de familia.

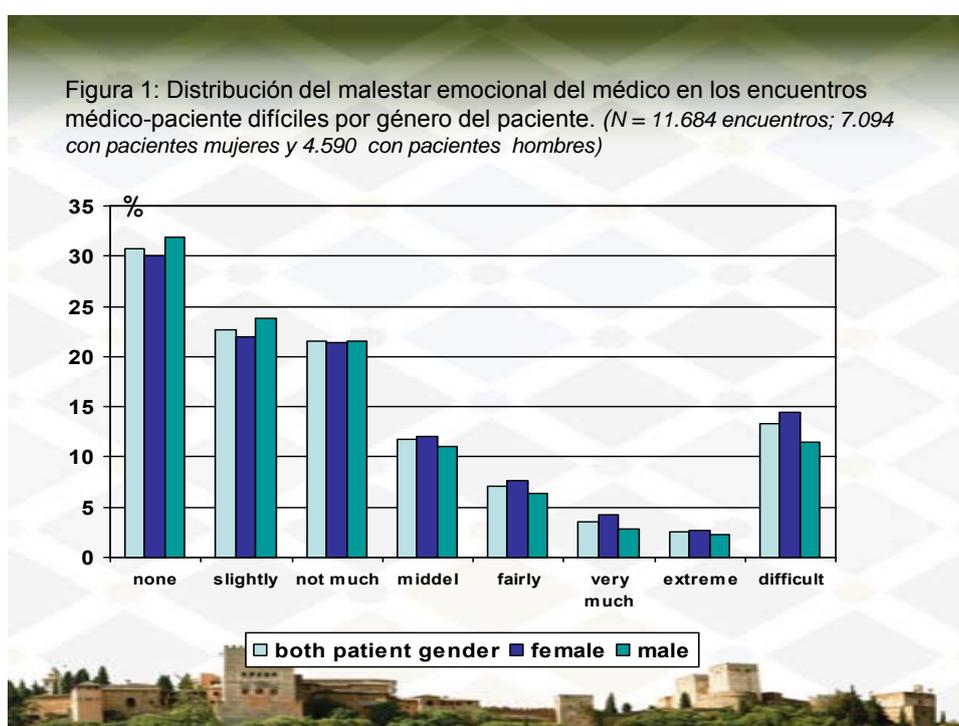
- De las historias clínicas de los pacientes se recogió el motivo de consulta el día del encuentro difícil anotado por su médico, codificados, igual que la morbilidad crónica del paciente, según la CIAP, clasificación internacional de atención primaria (WONCA, 1979).

- El cuestionario del paciente recogió también información sobre *accesibilidad* a los servicios mediante los siguientes 5 ítems: 1- fue difícil conseguir la cita para el médico, 2- En la sala de espera permanecí poco tiempo antes de entrar en la consulta, 3- en la sala de espera me sentí confortable, 4- sufrí interrupciones cuando estaba dentro de la consulta, 5- dentro de la consulta me sentí cómodo. Con una opciones de respuesta iguales a las descritas para los ítems de comunicación médico-paciente con 5 posibilidades desde el totalmente desacuerdo hasta el totalmente de acuerdo.

V.-RESULTADOS

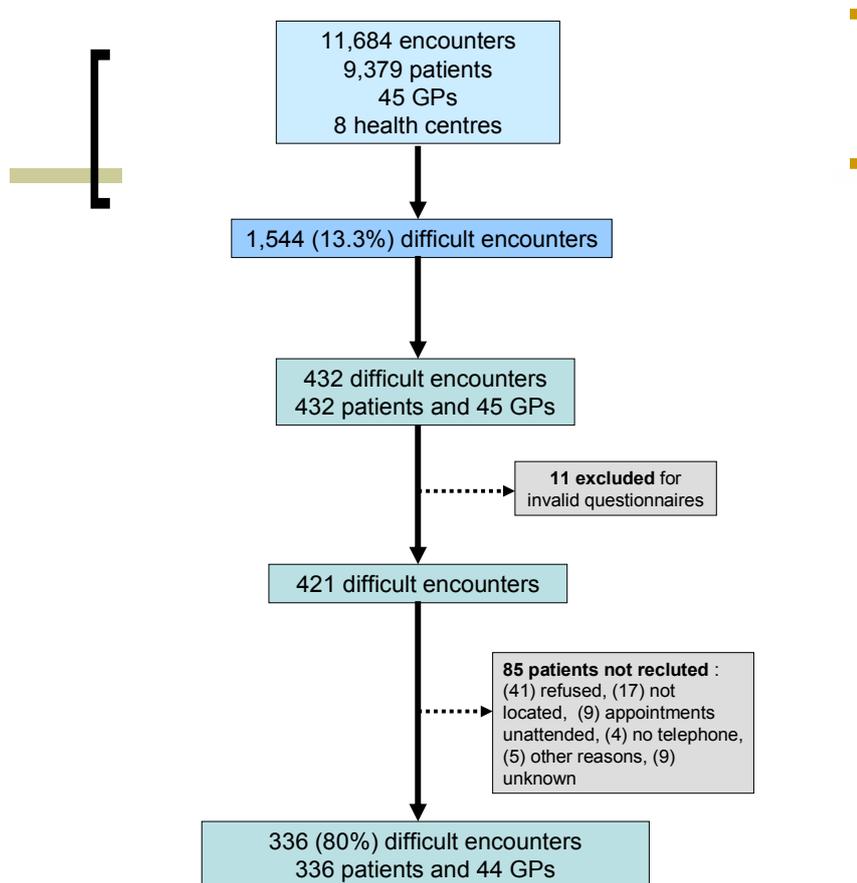
1.- DATOS GENERALES

Analizamos 11.684 encuentros médico-paciente en los que participaron 9.379 pacientes diferentes y 45 médicos de familia pertenecientes a 8 centros de salud de Jaén y Málaga. El 30.8% de los de los encuentros se puntuaron como cero (“ningún malestar emocional”) y el 13.3% como malestar emocional grande, muy grande o extremo (“*difficult encounter*”), éste último fue además superior para pacientes mujeres (14.5%) que para varones (11.5%), ver **figura 1**.



El médico puntuó el 13,3% de los encuentros como difíciles. De los 1.544 encuentros puntuados como difíciles por los profesionales elegimos una muestra de 432 en los que habían participado 432 pacientes diferentes y 45 médicos de familia. Los médicos aplicaron el cuestionario de pensamientos y emociones a cada uno de los encuentros de esa muestra, inmediatamente tras producirse éste. Obtuvimos así 421 cuestionarios válidos al resultar mal rellenados (con valores faltantes) 11 de ellos. Intentamos reclutar para nuestro estudio a los 421 pacientes de esos ED, concertando una cita para aplicar el cuestionario del paciente y obtener su valoración sobre el encuentro; lo conseguimos en 336, el 80% de los casos. Los motivos más frecuentes por los que no se pudo entrevistar a los 85 pacientes fueron el rechazo a participar en

41 pacientes (48.2%), seguido del no haber sido posible localizarlos en 17 pacientes (20,0%) (**Tabla 2 y Figura 2**). Finalmente estudiamos una muestra de 336 encuentros médico-pacientes difíciles protagonizados por 336 pacientes y 44 médicos de familia diferentes. (**Figura 2**: flujograma del estudio REMEDyO).



2.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO

2.1.- LISTADOS DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS GENERADOS EN LOS GRUPOS DE MÉDICOS DE FAMILIA.

El resultado de las técnicas cualitativas en los dos grupos de médicos de familia fueron sendas listas de emociones y pensamientos ordenadas según la prevalencia que les dio el grupo en sus ED (**Tablas 3, 4, 5 y 6**).

2.2.- DESCRIPTIVA DE LOS 11.684 ENCUENTROS MÉDICO-PACIENTE

La distribución de los 11.684 encuentros médico-paciente y el porcentaje correspondiente a cada ciudad y centro de salud se puede observar en la **tabla número 7**.

Cada médico tuvo una media de 40,4 pacientes citados en consulta cada día de observación de la investigación, de los cuales valoraron su malestar emocional en una media de 35,5 encuentros diarios (el 89,3%) como aparece en la **tabla 8**. Casi la mitad (46,9%) de las consultas se acumularon entre lunes y martes y el 21,5% de los encuentros se produjeron en horario de tarde (**tabla 9**). La edad media de los pacientes fue de 52,5 años con una desviación típica de 18,92 (**tabla 10**) y el sexo de ellos fue mayoritariamente mujer, un 60,7% (**tabla 11**).

La distribución de las puntuaciones del grado de dificultad emocional percibida por los médicos en los 11.684 encuentros médico-paciente se describe en la **tabla 12**.

2.3.- DISTRIBUCIÓN DE LAS PUNTUACIONES DE LOS PENSAMIENTOS Y EMOCIONES DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN LOS 421 ED

El cuestionario de pensamientos y emociones del médico, aplicado a cada encuentro médico-paciente, constaba de 53 pensamientos y 51 emociones (incluidas las dos que se repitieron, ansiedad y rechazo, para comprobar la veracidad de las respuestas).

El análisis de las frecuencias de las puntuaciones referidas, en los 421 ED, en las diferentes emociones y pensamientos se muestra en la **tabla 13**. Entre los pensamientos más puntuados estaban: “¿Qué querrá hoy?”, “¡Dios mío otra vez aquí!”, “Este paciente me va a retrasar la consulta”, “Este me ha tocado a mí”, “¡Qué coñazo!”, con unas puntuaciones medias de 3,31; 3,28; 3,26; 3,25; y 3,02 respectivamente. En la distribución de las puntuaciones referidas a las diferentes emociones destacaron en primer lugar la emoción de “Rechazo”, seguida de “Incomodidad”, “Agobio” e “Impaciencia” con medias de 3,16; 3,12; 3,10 y 3,03 respectivamente, tal como puede observarse en la **tabla 14**.

2.4.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS 336 ED EN LOS QUE SE ENTREVISTARON LOS PACIENTES

De la muestra de 421 ED en los que los médicos cumplimentaron los cuestionarios de emociones y pensamientos, de los 421 pacientes se consiguió entrevistar a 336. Casi la mitad de las entrevistas (47.4) a los pacientes se realizaron en los 3 primeros días después del ED. La distribución de los días hasta la entrevista se recoge en la **tabla 14 bis**.

2.4.1. Variables de los pacientes de los 336 encuentros difíciles

Las características socio-demográficas de esos pacientes fueron una edad media de 57,5 años, predominando el sexo femenino en un 72,9% (**tabla 15**), un 66,4% casadas, (**tabla 16**), con un 77,3% de pacientes con estudios primarios o inferiores (**tabla 17**), que trabajan en el hogar (28%) o son jubilados (29.5%), (**tabla 18**). Nunca tuvieron un empleo remunerado el 33,9% o lo tuvo hace más de 11 años el 28% (**tabla 19**). Pertenecen a las clases profesionales de trabajadores cualificados o no cualificados el 58,8% (**tabla 20**), percibiendo dificultades económicas o muchas dificultades económicas en el 32.3% (**tabla 21**) y con un número medio de convivientes en el hogar de 2,95 personas (desviación típica = 1,4).

En cuanto a las variables relacionadas con la morbilidad de los pacientes, un 76,2% se consideraban portadores de algún tipo de minusvalía, enfermedad o dolencia de larga duración (**tabla 22**). El número medio de problemas crónicos que requerían seguimiento en cada paciente fue de 4,38 (Desviación típica = 2,6); tuvieron una autopercepción de salud como regular-mala en el 72,3%, (**tabla 23**) y de calidad de vida general mala o muy mala el 27,4% (**tabla 24**). Las puntuaciones medias sobre su calidad de vida relacionada con la salud física fueron de 36,3 puntos (desviación típica = 11.3) y 41,7 puntos (desviación típica = 13.0) con la salud mental (el rango teórico de estos cuestionarios va de 0, la peor, a 100, la mejor), (**tabla 25**).

El **número de visitas** por término medio que tuvieron estos pacientes en el año anterior fue de de 13,2 (desviación típica = 8,1) en un rango que va entre 1 y 53 visitas al año.

En la distribución de las enfermedades crónicas que requieren seguimiento en los pacientes de los ED, como puede verse en la **tabla 26**, predominaron las del aparato locomotor, seguido del circulatorio, endocrinas y psicológicas.

En las características psicosociales encontramos que estaban satisfechos o muy satisfechos con la convivencia en su hogar en un 66,8%, (**tabla 27**). El 72,3% de los pacientes dieron positivo en los cuestionarios de depresión y el 67,9% en los de ansiedad (**tabla 28**), el 59,8% sufrió al menos un acontecimiento vital estresante en los últimos 6 meses previos al encuentro difícil (**tabla 29**) y refirieron un déficit de apoyo social de familia y de amigos (≤ 17 puntos) el 25,2% (**tabla 30**).

En cuanto a los motivos de consulta según los pacientes el día del ED, los pacientes afirmaron acudir por más de 1 motivo en un 49,1% de los encuentros, destacando el alto porcentaje de motivos de consulta ya conocidos o consultados en otras ocasiones que representaron el 72,8% del total (**tabla 31**). Los principales motivos por los que refirieron acudir los pacientes fueron los motivos burocráticos con un 30,7% del total; seguidos de los problemas del aparato locomotor con el 11,6%, los del aparato respiratorio con el 9,9 %, seguimiento clínico (7.1%), el conjunto de problemas psicosociales (6,9 %) y por síntomas generales e inespecíficos o mal definidos un 6,4% y pedir análisis o derivaciones (6,4%), (**Tabla 32 y 32 bis**).

Los motivos de consulta según lo registrado por los MF en las historias clínicas: figuran en las **tablas 33, 34 y 35** donde se puede observar como sólo un 24% de los pacientes acudieron a consultar por más de un motivo. Los motivos más frecuentes de consulta fueron: burocrático (35,6%), seguimiento clínico (11,5%), petición de análisis o derivaciones (9,1%), respiratorio (8,2%), y locomotor y problemas generales ambos con un 8%. Los motivos psicosociales alcanzaron un 4,2%.

Durante los ED, según consta en la historia clínica se derivó al especialista en un 14%, se pidieron pruebas complementarias en el 13,6% y se hicieron recetas en el 77,4%, **tabla 36**.

2.4.2.- Análisis descriptivo de las variables de los médicos

La edad media de los 45 médicos de familia fue de 47,4 años siendo varones el 64,4% de ellos. El 53,3% habían realizado la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria vía MIR, estando un 60.0% acreditados para la docencia MIR y teniendo asignados un residente de MFC el 53,3% de los médicos participantes. Un 33,3% tenían una antigüedad en el centro de salud menor de 5 años. La distribución del resto de variables del médico se recoge en la **Tabla 37**.

En las mediciones de burnout (Maslach) obtuvimos una puntuación media de 24,6 para desgaste emocional, 9,53 en despersonalización y 36,6 para realización personal.

Puntuaron positivo para ansiedad un 31,1% y para depresión el 31,1%. Los médicos sufrieron una media de 1,04 acontecimientos vitales estresantes; el 88.9 % afirmaron contar con un buen apoyo social de familia y amigos. La antigüedad en la asistencia al cupo de pacientes fue de menos de 5 años en el 33,3% y más de 15 años en el 15,6%. El 60,0% estaban acreditados como tutores para la docencia post-grado del programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Tuvieron un residente de primero, segundo o tercer año de la especialidad el 53,3% y también el 53,3 % de los médicos participantes habían realizado su formación de Medicina Familiar y Comunitaria vía MIR.

La distribución del malestar emocional del médico durante el ED fue grande (4) en el 35,6%, muy grande (5) en un 26,9% y extremo (6) en el 37,5% de los casos.

2.4.3.- Variables de la organización

El 45,2 % de la muestra de 336 ED se acumularon entre los lunes y martes, el 21,4% se produjeron en consultas de tarde y la hora preponderante de los encuentros fue entre las 9:00 y las 12:00 horas; el número medio de pacientes citados al día de cada médico fue de 38,6 y de ellos valoraron cada día 27,8 encuentros. Se realizaron en la ciudad de Jaén el 60,4 % de los 336 ED y pertenecieron el 34% al centro de salud Federico del Castillo (**Tabla 39**).

2.4.4.- Variables de la interfaz médico-paciente según los pacientes.

Los pacientes puntuaron su malestar emocional durante el encuentro como cero (ninguna dificultad) casi en el 50% (48.5%), y aplicando el mismo criterio de encuentro difícil que para los médicos (puntuaciones 4, 5 y 6), sólo lo percibieron como tal el 7.8%. y siendo un punto más laxo en el criterio (puntuaciones 3, 4, 5 y 6), los encuentros difíciles percibidos por los pacientes apenas alcanzarían el 20% (19.6%). **(Tabla 40).**

La percepción del paciente de la comunicación con el médico en el ED alcanzó en el apoyo emocional y comunicación centrada en el paciente 24,7 (rango 7-35), en la fase resolutive de la entrevista (fase informativa) 18,4 (rango 5-25) y en la satisfacción global con la comunicación médico-paciente 13,8 (rango 4-17), **(Tabla 41).**

El cumplimiento de las expectativas del paciente, una vez descartadas las respuestas como “no aplicable” se puntuaron como de acuerdo o totalmente de acuerdo en el 93% en cuanto a las prescripciones de recetas, en el 82% en la petición de pruebas, el 85,3% en las derivaciones y 67,6% en la extensión de partes de baja, **(Tabla 42).**

En la valoración de los factores del entorno, relataron dificultad para conseguir una cita (de acuerdo o totalmente de acuerdo) en el 23,2%; permanecer poco tiempo en la sala de espera (totalmente en desacuerdo o desacuerdo) en el 36%; se sintieron confortables en la sala de espera (de acuerdo o totalmente de acuerdo) en el 70%; sufrieron interrupciones en la consulta (de acuerdo o totalmente de acuerdo) en el 18.4%; y se sintieron cómodos dentro de la consulta (de acuerdo o totalmente de acuerdo) en el 90.2%, **(Tabla 43).**

3.- VALIDACION DE LAS ESCALAS DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS.

3.1.- ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS EMOCIONES Y PENSAMIENTOS.

3.1.1.- ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS EMOCIONES

El índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,955) y el test de Bartlett ($\chi^2 = 13396,133$; grados de libertad = 1081; $p < 0,0001$) indicaron la adecuación del análisis factorial. De los 51 ítems que inicialmente constaba el cuestionario, una vez suprimidas las dos emociones repetidas (ansiedad y rechazo), realizamos un análisis factorial con los 49 ítems restantes del cuestionario de **Emociones** del profesional. Hubo dos ítems (“alegría” y “sentimiento de estar a gusto”) que suprimimos por obtener pesos factoriales menores de 0.40 en todos los factores extraídos y encontramos seis factores subyacentes comunes que explicaron el 65,1% de la varianza: F1-Desconfianza-Ira (11 ítems, alfa = 0.93), F2-Impotencia (15 ítems, alfa = 0.93), F3-Ansiedad (5 ítems, alfa = 0.88), F4-Depresión(6 ítems, alfa = 0.84) , F5-Inseguridad (4 ítems, alfa = 0.83), y F6-Emociones positivas (6 ítems, alfa = 0.83), en los que se agrupan las emociones, según puede verse en las **tablas 44-1 a 44-6** con sus respectivos pesos factoriales.

En el factor 1 (**tabla 44-1**), emoción de Desconfianza e Ira, los 11 ítems obtuvieron pesos en este factor entre 0.47 y 0.77. El ítem sentimiento de “ser juzgado y condenado”, está presente también en el factor 5 (inseguridad, peso 0.43). El ítem “Sentimiento de estar acusado” con peso 0.43 en F5 (inseguridad). El sentimiento de “ira” con peso 0,48 en F4 (Depresión); la “desconfianza” con peso de 0.41 en F2 (impotencia) y el “rechazo” con peso de 0,41 en F2 (Impotencia).

En el factor 2 (**tabla 44-2**), Impotencia, los 15 ítems que la componen están presentes con un peso factorial entre 0.44 y 0.68. El ítem “incomodidad” tuvo un peso en F1 (desconfianza-ira) de 0,43. El sentimiento de estar “desbordado” con 0,40 en F3 (ansiedad). El ítem “ganas de gritar” con 0,41 en F3 (ansiedad). El ítem “bloqueo mental” con 0,43 en F5 (inseguridad).

El factor 3 (**tabla 44-3**), Ansiedad, sus 5 ítems tuvieron unos pesos en este factor entre 0,43 y 0,75. El sentimiento de “intranquilidad” alcanzó en F2 (impotencia) un peso de 0,44.

El factor 4 (**tabla 44-4**), Depresión, sus 6 ítems tuvieron unos pesos en este factor entre 0,49 y 0,61. El sentimiento de “culpabilidad” se situó en F5 (inseguridad) con 0.45.

El factor 5 (**tabla 44-5**), Inseguridad, sus 4 ítems tuvieron unos pesos en este factor entre 0,48 a 0,75, El sentimiento de “sentirse torpe” obtuvo 0,40 en F4 (depresión).

El factor 6 (**tabla 44-6**), Emociones positivas, está formada por 6 ítems con pesos en este factor entre 0,41 a 0,84.

3.1.2.- ANÁLISIS FACTORIAL DE LOS PENSAMIENTOS

De los 53 ítems del cuestionario de **Pensamientos** se suprimieron paso a paso 10 ítems (un ítem en cada nuevo análisis factorial computado), porque sus pesos factoriales no fueron mayores de 0.40 en ninguno de los factores extraídos. Estos ítems fueron: “tranquilo, van a ser 5 minutos”, “este me ha tocado a mí”, “pues no ha sido tan difícil” “estoy perdiendo el tiempo” “no merece la pena dedicarle tiempo” “seguro que viene por la baja” “ahora toca teatro” “intento un pensamiento positivo” “este paciente me va a retrasar la consulta” “cuidado que se me puede pasar algo gordo” “¡qué gilipollas que he vuelto a caer!”. Se suprimió otro ítem (“no aguanto su actitud”) de la escala F3 (bloqueo relacional) por problemas de fiabilidad; su extracción produjo un aumento relevante del alfa de Cronbach (de 0.81 a 0.86) en su escala. Tras el último paso de análisis factorial resultaron cinco factores subyacentes que explicaron el 65,5% de la varianza: F1-pensamiento de fracaso y maltrato profesional (13 ítems, alfa = 0.95), F2- de desesperación (14 ítems, alfa = 0.92), F3- de bloqueo relacional (5 ítems, alfa = 0.86), F4- cuestionando soluciones (4 ítems, alfa=0.74), F 5- pensamientos de rechazo del paciente (5 ítems, alfa = 0.76). (**Tablas 45-1 a 45-5**).

El factor 1(**tabla 45-1**), fracaso y maltrato profesional se compone de 13 pensamientos con un rango de pesos factoriales de 0,43 a 0,99. El pensamiento “Esto es culpa mía” obtuvo 0,41 en F5 (rechazo del paciente) y el pensamiento “Esto no se paga” 0,41 en F2 (desesperación).

El factor 2 (**tabla 45-2**), desesperación, aparece compuesto por 14 ítems, con un rango de pesos factoriales de 0.42 a 0.87. El pensamiento “y encima le caigo simpático” puntuó con 0.49 en F3 (de bloqueo relacional), mientras que lo hizo en F2 con 0.65.

El factor 3 (**tabla 45-3**), bloqueo relacional, se compone de 6 ítems con un rango de pesos factoriales de 0.44 a 0.95. El pensamiento “me toca tragar” puntuó con 0.45 en F3 y 0,44 en F1 y el ítem “¿Cómo le digo que se cambie de médico? presentó en F5 (rechazo del paciente) 0,43.

El factor 4 (**tabla 45-4**), cuestionando soluciones, se agrupan 4 ítems con un rango de pesos factoriales de 0.43 a 0.73. El pensamiento “¿sacaré algo bueno a cambio? puntuó en F1 (Fracaso y maltrato profesional) 0,41.

El Factor 5 (**tabla 45-5**), rechazo del paciente, agrupa 5 ítems que sólo puntúan para ese factor, siendo el “hoy no le escucho” el que tiene menor puntuación, 0,39.

3.2.- PREVALENCIA DE LAS ESCALAS DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS

Según puede apreciarse en las **tablas 46 y 47**, tras el ajuste por el número de ítems de cada subescala, la prevalencia de emociones (tabla 46) siguió el siguiente orden descendente en prevalencia: ansiedad, impotencia, desconfianza e ira, inseguridad, depresión y por último las emociones positivas. Las subescalas de pensamientos (tabla 47) en el mismo orden descendente de prevalencia fueron: desesperación, bloqueo relacional, búsqueda de soluciones, fracaso y maltrato profesional, y rechazo.

3.3.- ANÁLISIS DE FIABILIDAD, CONSISTENCIA INTERNA DE LAS ESCALAS DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS

La consistencia interna de todas las escalas (factores) de pensamientos y emociones, obtuvieron alfas de Cronbach $> 0,75$, como puede verse en la **tabla 48**.

3.3.1.- CONSISTENCIA INTERNA DE LAS ESCALAS DE PENSAMIENTOS

En las **tablas de la 49-F1 a la 49-F5**, se puede apreciar que ningún ítem, al eliminarse de la escala, aumentó el α de Cronbach y nos permitió afirmar que todos

los ítems contribuyeron a la consistencia interna de la escala. La excepción fue el pensamiento “no aguanto su actitud” del factor 3 (bloqueo relacional), que al extraerlo de la escala aumentó el alfa de 0.817 a 0.860; por tanto, se decidió suprimirlo de este factor (**tabla 49-F3**). Después de esto, se hizo un nuevo análisis factorial de las escalas de pensamiento de “fracaso y maltrato profesional” (**tabla 49-F1A**), “desesperación” (**tabla 49-F2A**) y del “bloqueo relacional” (**tabla 49 F3A**) para comprobar si se podían encontrar factores subyacentes dentro de ellas. El resultado fue que fueron los tres factores uni-dimensionales, explicando respectivamente el 61,4%, el 51,5% y el 57,5% de la variabilidad.

3.3.2.- CONSISTENCIA INTERNA DE LAS ESCALAS DE EMOCIONES

En las **tablas de la 50-F1** a la **50-F6** también se puede apreciar que ningún ítem, al eliminarse de la escala, aumentó el α de Cronbach y nos permitió afirmar que todos los ítems contribuyeron a la consistencia interna de la escala.

3.3.3.- MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE LAS DISTINTAS ESCALAS DE PENSAMIENTOS Y EMOCIONES.

3.3.3.1.- Matriz de correlaciones entre las escalas de emociones

En cuanto a las correlaciones entre las escalas de emociones (**Tabla 51**), todos los coeficientes de correlación fueron mayor de 0.5, alcanzando el máximo en 0.76 (desconfianza-ira con impotencia). La excepción fueron las correlaciones con las emociones positivas, que todas estuvieron por debajo de 0.5; siendo la más alta de ellas 0.46 entre emociones positivas e inseguridad y la más baja entre emociones positivas y desconfianza ira ($r = 0.01$, no significativa). Las correlaciones entre las diferentes escalas de emociones “negativas” y la escala global de emociones negativas variaron entre 0.72 y 0.89, estando por tanto muy relacionadas; sin embargo la correlación entre la escala global de emociones negativas y la de emociones positivas fue 0.25 ($p < 0.01$).

3.3.3.2.- Matriz de correlaciones entre las escalas de pensamientos

En cuanto a las correlaciones entre las escalas de pensamientos (**Tabla 52**), todos los coeficientes de correlación fueron mayores de 0,46, alcanzando el máximo en 0,75 (bloqueo relacional con desesperación). Las correlaciones entre las diferentes escalas de pensamientos “negativos” y la escala global de pensamientos negativos variaron entre 0,67 (cuestionar soluciones) y 0,92 (fracaso y maltrato profesional).

3.3.3.3.- Matriz de correlaciones entre las escalas de emociones y pensamientos

En la **tabla 53** se muestra la matriz de correlaciones de las escalas de emociones y pensamientos donde se aprecia la existencia de una alta relación entre sí de todas las escalas de emociones negativas con todas las escalas de pensamientos negativos, con un rango entre 0,46 (pensamientos de cuestionar soluciones con emociones de desconfianza-ira) y 0,85 (pensamientos de desesperación con emociones de impotencia). Las emociones positivas tuvieron un coeficiente de correlación de 0,04, no significativo, con los pensamientos de bloqueo relacional; mientras que con el resto de escalas de pensamientos negativos fue de 0,10 a 0,24, subiendo a 0,40 con los pensamientos de cuestionando soluciones. La correlación de la escala global de emociones negativas con la escala global de pensamientos negativos fue 0,91.

3.3.4.- CONSISTENCIA INTERNA DE LAS ESCALAS GLOBALES DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS NEGATIVOS

Se confeccionaron sendas escalas globales de emociones y pensamientos negativos que aparecen en las **Tablas 54 y 55**, en las que figuran los valores obtenidos del alfa de Cronbach de 0.968 (41 ítems) y 0,967 (41 ítems). Ningún ítem, al ser suprimido de la escala, aumentó el alfa de Cronbach.

4.- DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS Y NO ENTREVISTADOS

El análisis de las variables asociadas a los pacientes entrevistados y no entrevistados (excluidos y no reclutados), se recoge en las **tablas 56-57**. No hubo diferencias significativas ($p < 0.05$) en la mayoría de las variables, excepto que en los motivos de consulta del ED según el médico, hubo menos motivos burocráticos en los no entrevistados. Además, en estos hubo menos motivos de consulta para pedir análisis o derivaciones, pedir impresos de baja laboral y la consulta por problemas generales o inespecíficos ($p > 0.05$ y < 0.10). También los pacientes no entrevistados tuvieron menos enfermedades crónicas que los entrevistados ($p < 0.05$) en las siguientes categorías: circulatorio, locomotor, sistema nervioso, aparato urinario, problemas de la mujer y problemas psicosociales (**tabla 58**).

5.- ANALISIS DE LAS VARIABLES ASOCIADOS A LAS ESCALAS DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS.

5.1.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LAS ESCALAS DE EMOCIONES

Mediante regresión binomial negativa, se realizaron los análisis bivariantes:

5.1.1.- Emoción de desconfianza-ira

Estos análisis se describen en la **tabla 59**. Trabajar en “turno de tarde” fue el factor de la **organización** que con más fuerza se asoció a esta emoción, mientras que trabajar en el centro de salud “El Valle” se asoció negativamente a la emoción desconfianza-ira.

Entre los factores del **paciente** “vivir en pareja”, padecer enfermedades crónicas del “aparato locomotor”, “problemas generales” (signos y síntomas mal definidos) y “problemas de tipo social” se asociaron positiva y significativamente a la desconfianza-ira. La peor calidad de vida asociada a la salud mental también se relacionó a la desconfianza-ira. Venir a la consulta por problemas del aparato

locomotor (según el paciente) también se asoció a mayor emoción de desconfianza-ira.

Del bloque de **variables del profesional**, se asociaron significativamente el desgaste emocional, la despersonalización y la depresión del médico. En cambio, la realización personal, el buen apoyo de la familia y los amigos, estar acreditado para la docencia y tener residente asignado, se asociaron con menor emoción de desconfianza-ira. Entre los acontecimientos vitales estresantes ocurridos al médico durante los seis meses previos al encuentro, haberse separado/divorciado, haber tenido una crisis económica, y los problemas con la policía o los tribunales, se asociaron con mayor emoción de desconfianza-ira durante los encuentros con los pacientes.

De las **variables de la interfaz** médico-paciente, se relacionaron con la emoción de desconfianza-ira: la puntuación extrema de malestar emocional en el encuentro, realizar derivaciones en el ED, o venir a la consulta para pedir derivaciones o análisis (según el médico). Estar en desacuerdo con haber cumplido las expectativas del paciente en cuanto a las recetas prescritas, también se asoció a la emoción de desconfianza-ira, al igual que el estar en desacuerdo con que la sala de espera era confortable. Por último, los pacientes entrevistados al séptimo día se asociaron a mayor desconfianza-ira respecto de los entrevistados antes de los 7 días.

5.1.2.- Emoción de Impotencia

Estos análisis se describen en la **tabla 60**. En cuanto a las **variables de la organización**, pertenecer al centro salud Federico del Castillo y el Valle se asoció a una menor emoción de impotencia.

Las **variables del paciente** significativamente asociadas fueron: vivir en pareja, mayor número de problemas crónicos y entre ellos los problemas del aparato locomotor, circulatorio y problemas generales. La percepción del paciente de su calidad de vida general como “ni buena ni mala” se asoció con la emoción de impotencia y consultar por un solo problema de salud (según el paciente) disminuyó la emoción de impotencia del profesional.

De las **variables del profesional**, la puntuación de malestar emocional del médico muy grande y extrema, el desgaste emocional, la despersonalización, la depresión del médico, sufrir una crisis económica y problemas con la justicia se asociaron a mayor impotencia del profesional; mientras que tener residente asignado y buen apoyo de la familia y amigos se asociaron negativamente a la emoción de impotencia.

De las **variables de la interfaz**, la puntuación del médico de malestar en el encuentro muy grande y extrema se asoció significativamente al mayor sentimiento de ansiedad.

5.1.3.- Emoción de ansiedad

Estos análisis se describen en la **tabla 61**. En cuanto a las **variables de la organización**, pertenecer al centro de salud El Valle se asoció a menor sentimiento de ansiedad.

Las **variables del paciente** significativamente asociadas fueron: vivir en pareja, estar jubilado y trabajar cuidando la familia y el hogar. El mayor número de problemas de salud crónicos y que éstos fueran del aparato locomotor se asociaron a mayor sentimiento de ansiedad. Consultar por un problema nuevo (según el paciente) se asoció a menor sentimiento de ansiedad.

Las **variables del profesional** referidas a, haber sufrido divorcio/separación, el desgaste emocional y la despersonalización se asociaron a mayor sentimiento de ansiedad.

De las **variables de la interfaz**, la puntuación del médico de malestar en el encuentro muy grande y extrema se asoció significativamente al mayor sentimiento de ansiedad.

5.1.4.- Emoción de depresión

Estos análisis se describen en la **tabla 62**. Ninguna de las **variables de la organización** resultó asociada con la emoción de depresión.

Las **variables del paciente** positiva y significativamente asociadas fueron: vivir en pareja, ser viudo, el mayor número de problemas crónicos y padecer problemas de salud crónicos hematológicos se relacionaron con mayor sentimiento de depresión.

En cuanto a las **variables del médico** se asociaron a mayor sentimiento de depresión, el desgaste emocional, la despersonalización, el “neuroticismo” y la depresión del propio médico, el divorcio, la crisis económica, robo o pérdida de valor y los problemas con la justicia o policía; sin embargo, el buen apoyo de la familia y los amigos en el médico se asoció a menor sentimiento de depresión.

De las **variables de la interfaz** médico-paciente, la puntuación de malestar emocional en el ED muy grande y extremo y el no pedir pruebas complementarias durante el ED se asoció a mayor sentimiento de depresión. Por último, los pacientes entrevistados al séptimo día se asociaron a mayor desconfianza-ira respecto de los entrevistados antes de los 7 días.

5.1.5.- Emoción de inseguridad

Estos análisis se describen en la **tabla 63**. En cuanto a las **variables de la organización**, los centros de salud Federico del Castillo y Delicias se asociaron a una menor emoción de inseguridad de los profesionales.

Las **variables del paciente** positiva y significativamente asociadas fueron: ser estudiante, un mayor número de problemas de salud crónicos y si éstos fueron problemas hematológicos; mientras que el motivo de consulta (según el paciente) circulatorio, ser viudo, los problemas de aparato respiratorio y dermatológicos tuvieron una relación negativa con el sentimiento de inseguridad.

En cuanto a las **variables del médico** se asociaron a mayor sentimiento de inseguridad haber tenido problemas con la policía o los tribunales, la ansiedad, depresión, y el desgaste emocional del médico; mientras que un buen apoyo de la familia y los amigos se relacionó negativamente con la menor presencia de este sentimiento. Sin embargo, haberse divorciado o haber sufrido una crisis económica grave se asoció con menor sentimiento de inseguridad.

De las **variables de la interfaz** médico-paciente, la puntuación del médico del malestar emocional en el ED extremo se asoció a mayor sentimiento de inseguridad;

mientras que los problemas respiratorios como motivo de consulta (según el médico) se asociaron a menor sentimiento de inseguridad.

5.1.6.- Emociones Positivas

Estos análisis se describen en la **tabla 64**. En cuanto a las **variables de la organización**, el centro de salud “San Andrés” se asoció con menor emoción positiva.

Las **variables del paciente** positiva y significativamente asociadas fueron: estar divorciado/separado o soltero, no haber trabajado nunca y pertenecer a la clase social VI (otros); mientras que ser varón y vivir en pareja lo hizo negativamente. El mayor número de problemas crónicos, del sistema nervioso y del aparato digestivo, padecer depresión, y la percepción de calidad de vida general mala, se relacionaron con mayor emoción positiva; mientras que los problemas crónicos del aparato respiratorio se asociaron con menor emoción positiva.

Del conjunto de **variables del profesional**, tener poco apoyo social de la familia y los amigos se relacionó con menos emociones positivas. Los médicos que percibieron menos emociones positivas fueron los que habían sufrido una enfermedad propia grave, habían perdido un familiar o amigo cercano a la familia, se habían divorciado o sufrido una crisis económica. Los problemas con la justicia dieron una relación significativa con un aumento de emociones positivas.

Las **variables de la interfaz** problemas sociales como motivo de consulta (según el paciente) y realizar recetas durante el ED se relacionaron con menos emociones positivas, aunque el motivo de consulta (según el médico) “problemas psicosociales”, se asoció a más emociones positivas. La percepción de comodidad en la consulta por parte del paciente también se asoció a mayor emoción positiva

5.1.7.- Escala GLOBAL de emociones negativas

Estos análisis se describen en la **tabla 65**. En cuanto a las **variables de la organización**, los centros de salud Federico del Castillo y El Valle se relacionaron negativamente con las emociones negativas.

Las **variables del paciente** positiva y significativamente asociadas fueron: vivir en pareja, los problemas crónicos de tipo general, hematológicos, y del aparato locomotor; mientras consultar por un solo motivo de consulta (según el paciente) se relacionó negativamente. La peor calidad de vida relacionada con la salud mental, la calidad de vida general ni buena ni mala y el menor número de convivientes en el hogar, también se asociaron a mayores emociones negativas.

Las **variables del profesional** desgaste emocional, despersonalización, y la depresión del médico se asociaron a mayores emociones negativas. Acontecimientos vitales estresantes recientes como crisis económica y problemas con la policía o la justicia, se asociaron al aumento de emociones negativas. Por el contrario se asoció a menor presencia de emociones negativas el apoyo social y familiar del médico.

De las **variables de la interfaz**, la puntuación de malestar emocional del médico muy grande y extrema se asoció positivamente con las emociones negativas. No realizar derivaciones a otros niveles asistenciales en el ED se asociaron negativamente con las emociones negativas.

5.2.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LAS ESCALAS DE PENSAMIENTOS

5.2.1.- Pensamientos de fracaso y maltrato profesional

Estos análisis se describen en la **tabla 66**. En cuanto a las **variables de la organización**, la ciudad de Málaga se asoció a más pensamientos de fracaso y maltrato profesional.

Entre las **variables del paciente**: vivir en pareja, peor calidad de vida en relación con la salud mental y la calidad de vida general “ni buena ni mala”, se

asociaron positivamente con los pensamientos de fracaso y maltrato profesional, mientras que ser viudo lo hizo en dirección opuesta. La valoración del malestar emocional del médico como muy grande y extrema fue la variable de la interfase asociada significativamente.

En cuanto a las **variables del médico**: el desgaste emocional, la despersonalización, los problemas con la policía o los tribunales, sufrir una crisis económica grave y la depresión del médico se asociaron positivamente, mientras que tener buen apoyo de la familia y los amigos se asoció con menos pensamientos de fracaso y maltrato profesional.

La valoración del malestar emocional del médico como muy grande y extrema fue la **variable de la interfaz** asociada a más pensamientos de fracaso y maltrato profesional.

5.2.2.- Pensamientos de desesperación

Estos análisis se describen en la **tabla 67**. En cuanto a las **variables de la organización**, trabajar en turno de tarde y en la ciudad de Málaga se relacionó positivamente, mientras que trabajar en el centro salud el Valle y Federico del Castillo, lo hizo en dirección contraria.

En cuanto a las **variables del paciente**: estar jubilado, vivir en pareja, la calidad de vida general “ni buena ni mala”, sufrir tres acontecimientos vitales estresantes, mayor número de visitas al centro de salud el año anterior, mayor número de problemas crónicos de salud, problemas del aparato locomotor, circulatorio, psicológicos y sociales se asociaron positivamente con los pensamientos de desesperación del profesional.

Las **variables del médico** relacionadas con más pensamientos de desesperación fueron el desgaste emocional y la despersonalización, así como la depresión del médico. El buen apoyo social de familia y amigos del médico se relacionó en dirección opuesta. Los eventos estresantes “crisis económica” y “problemas con la justicia” se relacionaron con la aparición de pensamientos de desesperación en el profesional.

Se asoció positivamente con pensamientos de desesperación las **variables de la interfaz** malestar emocional del médico muy grande, realizar derivaciones en el ED y consultar (según el médico) por problemas del aparato circulatorio.

5.2.3.- Pensamientos de bloqueo relacional

Estos análisis se describen en la **tabla 68**. En cuanto a las **variables de la organización**, trabajar en turno de tarde se relacionó con más pensamientos de bloqueo relacional.

Entre las **variables del paciente**: vivir en pareja, la peor calidad de vida relacionada con la salud mental mala se relacionaron con pensamientos de bloqueo emocional del médico; mientras que la situación laboral “otros” se relacionaron en dirección opuesta.

Las **variables del médico** relacionadas con más pensamientos de bloqueo relacional fueron el sufrir una crisis económica grave, el desgaste emocional, la despersonalización y la depresión del médico; mientras que se relacionaron negativamente tener buen apoyo social, estar acreditado para la docencia, tener asignado residente y la mayor puntuación en realización personal.

De las **variables de la interfaz**, la valoración de malestar del médico muy grande y grande y realizar derivaciones en el ED se asociaron positivamente a los pensamientos de bloqueo emocional.

5.2.4.- Pensamientos de cuestionar soluciones.

Estos análisis se describen en la **tabla 69**. En cuanto a las **variables de la organización**, ninguna alcanzó la significación para esta escala.

Entre las **variables del paciente** el sufrir un evento estresante se asoció a cuestionarse soluciones. El número de motivos de consulta nuevos igual a uno (según el paciente) disminuye los pensamientos de cuestionar soluciones.

Entre las **variables del médico** el neuroticismo, el desgaste emocional y la depresión se relacionaron con pensamientos de cuestionar soluciones. El divorcio se asoció con menos pensamientos de cuestionar soluciones, mientras que tener problemas con la justicia y una crisis económica grave se asoció con mayor presencia de pensamientos de esta escala.

De las **variables de la interfaz**, la puntuación de malestar emocional muy grande se relacionó con más pensamientos de cuestionarse soluciones. La petición de pruebas complementarias se asoció a menos cuestionar soluciones.

5.2.5.- Pensamientos de rechazo

Estos análisis se describen en la **tabla 70**. En cuanto a las **variables de la organización**, el martes es el día de la semana que se relacionó con más emociones de rechazo y el centro de salud El Valle con menos.

Entre las **variables del paciente** vivir en pareja, ser jubilado, mala calidad de vida general y el motivo de consulta (según el paciente) por problemas del aparato locomotor se asociaron con las emociones del médico de esta escala. Consultar por más de un problema de salud nuevo (según el paciente) se relacionó con menos pensamientos de rechazo.

Entre las **variables del médico**, haber sufrido un divorcio reciente, una crisis económica grave, problemas con la policía o los tribunales, la depresión, el desgaste emocional y la despersonalización se relacionaron con mayor rechazo; mientras que la mayor puntuación en realización personal y la formación especializada vía MIR lo hicieron en dirección opuesta.

De las **variables de la interfaz** las valoraciones de malestar emocional del médico muy grande y extremo y realizar derivaciones el día del ED se relacionaron con más pensamientos de rechazo.

5.2.6.- Escala GLOBAL de Pensamientos Negativos

Estos análisis se describen en la **tabla 71**. En cuanto a las **variables de la organización**, el turno de tarde y la ciudad de Málaga se asociaron con más pensamientos negativos. Los centros Federico del Castillo y El Valle se asociaron con menor presencia de pensamientos negativos.

Entre las **variables del paciente** vivir en pareja, trabajar cuidando la familia o el hogar, los problemas crónicos del aparato locomotor y circulatorio, la peor calidad de vida relacionada con la salud mental, la calidad de vida general “ni buena ni mala” se asociaron a una mayor presencia de pensamientos negativos.

Entre las **variables del médico**, la depresión del médico, el desgaste emocional, la despersonalización, sufrir crisis económica y problemas con la justicia o policía se relacionaron con más pensamientos negativos; mientras que el robo o pérdida de valor lo hizo en forma opuesta.

De las **variables de la interfaz**, las puntuaciones de malestar emocional del médico muy grande y extrema y realizar derivaciones a otros niveles asistenciales el día del ED se asociaron a más pensamientos negativos.

5.3.- REGRESIONES MULTIVARIANTES DE LAS ESCALAS DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS

Se hicieron análisis de regresión binomial negativa multivariante tomando como variable dependiente cada escala obtenida de las emociones y de los pensamientos de los médicos de familia durante los encuentros difíciles.

5.3.1.- ANÁLISIS MULTIVARIANTES DE LAS ESCALAS DE EMOCIONES

5.3.1.1.-EMOCIONES DE DESCONFIANZA-IRA, (Tabla 72):

De las **variables de la organización**, pertenecer a los centros de salud Federico del Castillo, Portada Alta, Delicias y el Valle se asoció a menos emociones de

desconfianza-ira; mientras que el turno de tarde y la ciudad de Málaga lo hizo en dirección opuesta.

Las **variables del paciente** que muestran relación positiva con esta escala son: vivir en pareja, padecer como problemas de salud crónicos los signos y síntomas generales o mal definidos y tener una percepción de calidad de vida general mala. Ser soltero lo hizo en dirección opuesta.

De las **variables del médico**, la puntuación mayor en desconfianza-ira se relacionó con depresión del médico y la menor puntuación en la realización personal.

De las **variables de la interfaz** la puntuación extrema en el grado de dificultad emocional del encuentro, la dificultad del paciente para obtener la cita con el médico y la incomodidad en la sala de espera se relacionaron con más emociones de desconfianza-ira.

5.3.1.2.- EMOCIONES DE IMPOTENCIA, (Tabla 73):

De las **variables de la organización**, el centro de salud de Delicias y El Valle se relacionaron negativamente con las emociones de impotencia

De las **variables del paciente** se relacionaron positivamente con las emociones de impotencia los problemas de salud crónicos de la sangre, del aparato locomotor, del sistema nervioso, problemas psicológicos y problemas sociales, la peor calidad de vida relacionada con la salud física, la calidad de vida general ni buena ni mala, estar bastante insatisfecho con la convivencia en el hogar y el buen apoyo de familia y amigos del paciente.

De **las variables del médico** sólo la depresión se relacionó con más emociones de impotencia.

De las **variables de la interfaz**, el malestar emocional del médico en el encuentro muy grande o extremo se relacionó positivamente con las emociones de impotencia y el motivo de consulta (según el médico) de renovar baja laboral lo hizo en sentido opuesto.

5.3.1.3.- EMOCIONES DE ANSIEDAD, (Tabla 74):

De las **variables de la organización**, la ciudad de Málaga y el centro de salud Federico del Castillo se relacionaron con más emociones de ansiedad; mientras que el centro de salud de Delicias lo hizo en dirección opuesta.

De las **variables del paciente**, ser jubilado, padecer de problemas de salud crónicos del aparato locomotor, manifestarse bastante insatisfechos con la convivencia en su hogar aumentaron las emociones de ansiedad; mientras que el motivo de consulta (según el paciente) “ir a por resultados de pruebas” se relacionó negativamente con las emociones de ansiedad.

De las **variables del profesional**, sólo el desgaste emocional se relacionó con más emociones de ansiedad.

Entre las **variables de la interfaz**, el malestar emocional del médico en el ED “extremo”, el recibir o hacer informes clínicos como motivo de consulta (según el médico) y la dificultad del paciente para obtener una cita con el médico se asoció a más emociones de ansiedad.

5.3.1.4.- EMOCIONES DE DEPRESIÓN (Tabla 75):

De las **variables de la organización**, la ciudad de Málaga, el centro de salud Federico del Castillo y el de San Felipe se relacionaron con más emociones de depresión; mientras que el centro de salud de Delicias lo hizo en dirección opuesta.

De las **variables del paciente**, la mayor edad, vivir en pareja y ser estudiante se relacionó con más emociones de depresión; mientras que ser viudo, jubilado, consultar por un problema nuevo (según el paciente) o para pedir la baja laboral (según el paciente) lo hizo en dirección opuesta.

De las **variables del médico** el neuroticismo, el desgaste emocional y la despersonalización se relacionaron con más emociones de depresión.

Con respecto a las **variables de la interfaz**, el motivo de consulta (según el profesional) de recibir o hacer informes clínicos y hacer derivaciones en el ED se relacionó con las emociones depresivas.

5.3.1.5.- EMOCIONES DE INSEGURIDAD (tabla 76):

De las **variables de la organización**, el centro de salud Delicias y El Valle se relacionaron con menos emociones de inseguridad

De las **variables del paciente**, ser viudo, padecer problemas de salud crónicos del aparato respiratorio, consultar por más de un problema (según el paciente) y acudir como motivo de consulta (según el paciente) por problemas del aparato circulatorio se relacionaron con menos emociones de inseguridad; mientras que estar incapacitado se relacionó con más emociones de inseguridad.

De las **variables del médico**, el desgaste emocional y la depresión se relacionaron con más emociones de inseguridad.

Con respecto a las **variables de la interfaz**, no hubo variables significativamente asociadas.

5.3.1.6.- EMOCIONES POSITIVAS (Tabla 77):

De las **variables de la organización**, ninguna se relacionó con menos emociones positivas.

De las **variables del paciente**, padecer problemas de salud crónicos del sistema nervioso y digestivo se relacionaron con más emociones positivas; mientras que ser viudo y los problemas crónicos respiratorios se relacionaron con menos emociones positivas.

De las **variables del médico**, la mayor edad del médico se relacionó con más emociones positivas; mientras que padecer el propio médico alguna enfermedad grave

y el buen apoyo de la familia y amigos se relacionaron con menos emociones de inseguridad.

Con respecto a las **variables de la interfaz**, el referir el médico un malestar emocional en el ED “extremo” y percibir el paciente mayor apoyo emocional (escala de satisfacción con la comunicación médico-paciente) en la ED se relacionó con más emociones positivas.

5.3.1.7.- ESCALA GLOBAL DE EMOCIONES NEGATIVAS (Tabla 78).

De las **variables de la organización**, los centros de salud de Delicias y El Valle se relacionaron con menos emociones negativas.

De las **variables del paciente**, el padecer de problemas de salud crónicos del aparato locomotor y de problemas sociales, y estar insatisfecho con la convivencia en el hogar se relacionaron más emociones negativas.

De las **variables del médico**, la depresión se relacionó con más emociones negativas; mientras que tener un residente asignado lo hizo en dirección opuesta.

Entre las **variables de la interfaz**, el malestar emocional del médico muy grande y extremo durante el ED y la percepción del paciente de que la sala de espera no es confortable se relacionaron con más emociones negativas.

5.3.2.- ANÁLISIS MULTIVARIANTES DE LAS ESCALAS DE PENSAMIENTOS

5.3.2.1- PENSAMIENTOS DE FRACASO Y MALTRATO PROFESIONAL (Tabla 79):

De las **variables de la organización**, el centro de salud San Felipe se relacionó con más pensamientos de fracaso y maltrato profesional; en tanto que los

centros de salud de Delicias, Federico del Castillo y El Valle se relacionaron en sentido opuesto.

Entre las **variables del paciente**, la situación laboral de cuidador del hogar y familia se asoció con más pensamientos de fracaso y maltrato profesional; mientras la insatisfacción con la convivencia en su hogar (muy insatisfecho) se relacionó de manera en sentido contrario.

De las **variables del médico** el desgaste emocional y haber sufrido problemas con la policía o la justicia se relacionaron con más pensamientos de fracaso y maltrato profesional.

De las **variables de la interfaz**, los valores muy grandes y extremos en la puntuación de malestar emocional del médico en el ED se relacionaron con más pensamientos de maltrato y fracaso profesional; mientras que el motivo de consulta por problemas del aparato locomotor (según el médico) se relacionó en sentido opuesto.

5.3.2.2.- PENSAMIENTOS DE DESESPERACIÓN (Tabla 80):

De las **variables de la organización**, los centros de salud de Delicias y El Valle se relacionaron con menos pensamientos de desesperación.

Las **variables de los pacientes**, la menor edad, ser jubilado, la menor cualificación académica, y haber sufrido 2 acontecimientos vitales estresantes se relacionaron con más pensamientos de desesperación.

Los **variables del médico**, la mayor edad, la depresión y el haber sufrido problemas con la justicia o la policía se relacionaron con más pensamientos de desesperación; mientras que la mayor antigüedad con el mismo cupo de pacientes de 5 a 8 años y de 9 a 14 años se relacionó en dirección opuesta.

De las **variables de la interfaz**, las puntuaciones de malestar emocional en el ED muy grande y extremo, el realizar derivaciones a otro nivel asistencial el día del ED

también fue significativo en sentido negativo y el mayor número de visitas del paciente en el año anterior se relacionó con más pensamientos de desesperación.

5.3.2.3.- PENSAMIENTOS DE BLOQUEO RELACIONAL (Tabla 81):

De las **variables de la organización**, el turno de tarde se relacionó con más pensamientos de bloqueo relacional; mientras que los centros de salud de El Valle y Federico del Castillo lo hicieron en dirección opuesta.

Las **variables del paciente**, sentirse “bastante insatisfecho” con la convivencia en el hogar se relacionó con más pensamientos de bloqueo relacional.

Respecto **de las variables del médico**, la extraversión como rasgo de personalidad y la antigüedad con el cupo entre 5 y 8 años se relacionaron con menos pensamientos de bloqueo relacional; mientras que la depresión, o haber sufrido problemas con la policía o la justicia lo hicieron en sentido contrario.

Entre **las variables de la interfase**, las puntuaciones de malestar emocional del médico en el ED “muy grande” y extremo se relacionaron con más pensamientos de bloqueo relacional; mientras que percibir buen apoyo emocional en el ED (escala de satisfacción con la comunicación médico-paciente) lo hizo en dirección opuesta.

5.3.2.4.- PENSAMIENTOS DE CUESTIONAR SOLUCIONES (Tabla 82):

Entre las **variables de la organización**, los centros de salud de Delicias y el Valle se relacionaron con menos pensamientos de cuestionar soluciones.

Entre las **variables del paciente**, la calidad de vida general del paciente “ni buena ni mala”, y uno o dos acontecimientos vitales estresantes en el paciente se relacionaron con más pensamientos de cuestionar soluciones.

Entre las **variables del médico**, el neuroticismo y la depresión se relacionaron con más pensamientos de cuestionar soluciones; mientras que la presencia de

enfermedad grave en algún familiar cercano del médico se relacionó en sentido opuesto.

De las **variables de interfase**: los motivos de consulta (según el médico) “generales” se relacionó con más pensamientos de cuestionar soluciones.

5.3.2.5.- PENSAMIENTOS DE RECHAZO (Tabla 83):

De las **variables de la organización**, el turno de tarde se relacionó con más pensamientos de rechazo, mientras que los centros de salud de Delicias, Federico del Castillo y El Valle se relacionaron de forma opuesta.

De las **variables del paciente**, vivir en pareja, estar jubilado, la calidad de vida general “mala” y sufrir dos acontecimientos vitales estresantes, se relacionaron con más pensamientos de rechazo.

De **las variables del médico**, la depresión fue la única que se relacionó con más pensamientos de rechazo.

De **las variables de la interfaz**, la puntuación de malestar emocional del médico en el ED “muy grande” y “extrema” y la incomodidad de la sala de espera se relacionó con más pensamientos de rechazo.

5.3.2.6.- ESCALA GLOBAL DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS (Tabla 84):

De las **variables de la organización**, los centros de salud Delicias, Federico del Castillo y El Valle se relacionaron con menos pensamientos negativos.

Entre las **variables del paciente**, ser jubilado, los problemas de salud crónicos hematológicos y psicosociales, y la percepción de calidad de vida general “ni buena ni mala” y mala se relacionó con más pensamientos negativos en el profesional.

De **las variables del médico**, la depresión fue la única que se relacionó con más pensamientos negativos.

De las variables de la interfaz, la puntuación de malestar emocional del médico en el ED “muy grande” y “extremo” se relacionó con más pensamientos negativos.

En las **tablas 85 y 86** hacemos un cuadro resumen donde se pueden ver de modo conjunto las variables que resistieron el ajuste final para cada una de **LAS ESCALAS DE EMOCIONES y DE PENSAMIENTOS**.

VI.-DISCUSIÓN

1. DEL DISEÑO DEL ESTUDIO.

1.1.- DE LAS TÉCNICAS CUALITATIVAS.

Dado que hasta ahora no se han publicado escalas de emociones y pensamientos de los médicos de familia en los ED, al menos en los términos que han sido planteados en este estudio, no estaba justificado traducir y adaptar alguna de las escalas existentes. Por tanto, se tuvo que partir desde la necesidad de crear las escalas desde el principio. Con esta idea se recurrió a las técnicas cualitativas de generación de ideas. Desde un principio se decidió que los médicos que participarían en la fase cuantitativa del estudio también deberían participar en la primera fase o fase cualitativa, fundamentalmente por dos motivos: primero, porque era una manera de asegurar la aceptabilidad de los cuestionarios generados a la hora de aplicarlos a sus ED y segundo, porque contribuíamos a aumentar la motivación interna de los médicos para su participación en el estudio.

La técnica de la tormenta de ideas es una técnica cualitativa útil para generar ideas (AMEZCUA M, 2003). Con esta técnica fue básico que ninguna idea (emoción y pensamiento en los ED) fuera censurada por los demás médicos y tampoco autocensurada por el propio médico que la aportaba. Para ello, se intentó crear desde el principio de la técnica un clima empático y relajado; de concentración y de introspección emocional; de libertad y creatividad; donde se dejara “rienda suelta” y sin ningún tipo de censura o juicio de valor. Todavía existe cierta tendencia a creer que los médicos no debemos de tener emociones, entre otras cosas porque debemos de actuar y tomar decisiones sin dejarnos influir por ellas. Sin embargo, nadie puede negar que las tenemos y con mayor intensidad y variedad cuando se trata de ED (ZINN WM, 1988).

Con el “*brainstorming*” se buscó tácticamente la cantidad sin pretensiones de calidad. Cualquier persona del grupo pudo aportar cualquier emoción-pensamiento de cualquier índole. La prueba de esto último estaría en el listado tan exhaustivo y vibrante que se generó.

A continuación se dejó unos 30-40 minutos para que el grupo comentara y discutiera las emociones y pensamientos generados. Esta parte fue audiograbada, pero el análisis de sus contenidos no forma parte de esta tesis porque no se consideró imprescindible para el objetivo de crear un listado de emociones-pensamientos en los ED. No obstante, dado el clima de expresión emocional que se creó, haber suprimido esta parte podría haber sido contraproducente. Además, es probable que este debate contribuyera aún más al clima de libertad y creatividad.



La ulterior explotación cualitativa del listado de emociones-pensamientos generado en el grupo fue la técnica de priorización. Sobre el visionado por el grupo del listado de emociones primero y pensamientos después, se les pidió que priorizaran sobre el criterio de frecuencia o prevalencia en la mayoría de sus ED. Priorizar basándose en otros criterios, por ejemplo en la intensidad de la emoción-pensamiento, hubiera dado resultados diferentes y posiblemente se hubieran acumulado las puntuaciones en menos ítems. El hecho de que les indicáramos que a la hora de la priorización tuvieran en cuenta la mayoría de sus ED y no sólo el último, también ha podido contribuir a la generalización (validez externa) de los datos encontrados.

En esta parte de la priorización, la técnica de los círculos concéntricos nos permitió rebajar la tendencia natural que tendría cualquier médico para votar con más puntos aquellas emociones y pensamientos que él mismo hubiera aportado. El círculo de dentro generaba las emociones y el círculo de fuera las anotaba y las votaba; mientras que para los pensamientos los médicos del círculo de fuera pasaban dentro y

los de dentro fuera, invirtiendo sus roles de generación y votación. Es posible que esto también contribuya a la validez externa de los hallazgos encontrados.

1.2.- DE LA VALIDACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS.

1.2.1. De la validez

1.2.1.1. Validez factorial

El análisis factorial exploratorio de componentes principales fue adecuado y pertinente según los test de esfericidad de Barlett y los índices K-M-O obtenidos. Las rotaciones varimax consiguieron “optimizar” los pesos factoriales obteniendo modelos factoriales coherentes. Se le pudo poner nombre a todos los factores, dando en su conjunto una estructura factorial con “sentido común”. Todas las varianzas explicadas por el conjunto de factores obtenidos fueron mayores al 50%, dando a entender que los modelos factoriales obtenidos fueron óptimos para explicar el patrón de las relaciones entre las diferentes emociones y pensamientos. Calculados los residuales de las soluciones factoriales no hubo en ningún caso residuales >0.05 en una proporción superior al 50%, indicando por tanto una buena bondad de ajuste de los modelos factoriales.

Los pesos factoriales (“factor loadings”) son los equivalentes al coeficiente de correlación de los ítems con un determinado factor cuando los factores son ortogonales. Los ítems que tuvieron pesos factoriales <0.40 en todos los factores, fueron suprimidos por criterios de validez factorial. Serían por tanto ítems que no terminan de correlacionar suficientemente con ninguno de los factores. En el caso de las emociones sólo hubo que descartar 2 ítems por este criterio (“alegría” y “sentimiento de estar a gusto”). Aunque se ha encontrado un factor de emociones positivas con 6 ítems, es posible que estos dos ítems con pesos bajos describan emociones positivas demasiado “positivas”, incluso bastantes incompatibles con la definición de ED. En los pensamientos hubo que descartar hasta 11 ítems por pesos bajos. Probablemente los pensamientos sean menos generalizables que las emociones. La mayoría de las emociones son descritas con una sola palabra, implican

la activación de zonas cerebrales subcorticales y además hay muchas evidencias de su universalización (WATSON D, 1997). Los pensamientos implicados en la respuesta emocional se nombran siempre con una frase y para su elaboración es necesario activar zonas cerebrales que tienen que ver con áreas corticales de la razón y la memoria (KALIN N, 1992). Por tanto, se describen pensamientos expresados con una combinación de palabras que, en determinadas ocasiones, pueden tener valor casi exclusivo para una única persona. Desde este punto de vista los pensamientos en la respuesta emocional serían menos universales y generalizables. Quizás esta pueda ser una hipótesis que explique, al menos en parte, la necesidad que se tuvo de quitar 11 ítems por bajos pesos factoriales.

1.2.1.2. Validez aparente

El hecho de contar con los 26 médicos (13 de Jaén y 13 de Málaga) para la generación de los pensamientos y emociones, de alguna manera estaría aportando la **validez aparente** (*“face validity”*), que no es más que un juicio de un panel de expertos en el que se afirma que las escalas miden lo que se pretende medir (STREINER & NORMAN, 1991). ¿Qué mayores expertos en emociones y pensamientos en los ED que los propios médicos que las viven y las refieren? No obstante, también se podría haber constituido un grupo de expertos en la medida de las emociones (psicólogos experimentales) y en los aspectos comunicacionales de las entrevistas médico-pacientes (por ejemplo, algunas personas del grupo Comunicación & Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria).

1.2.1.3. Validez de constructo

En sentido estricto fue difícil plantear hipótesis de **validez de constructo** de las diferentes escalas de emociones y pensamientos en los ED porque al no haber antecedentes de tales escalas en la literatura, cualquier hipótesis planteada no podría sostenerse por la bibliografía. No obstante, en los apartados de la discusión de los resultados se harán algunos comentarios al respecto, tratando de aportar evidencias indirectas a los constructos.

1.2.1.4. Validez de criterio

También en sentido estricto, explorar la **validez de criterio** no tenía ningún sentido puesto que hasta ahora no había escalas de pensamientos y emociones en los ED, por lo tanto tampoco se dispone de escalas que se puedan considerar de “patrón oro” (“*gold standard*”). Sin embargo, quede claro que sí hay numerosos antecedentes de **cuestionarios validados para medir emociones**. Estos, en general se basaron en una lista de adjetivos que definían las diferentes emociones: “The Mood Adjective Checklist” (MACL) (STONE 1995); “The Multiple Affect Adjective Checklist” (MAACL y MAACL-R) (GOTLIB & MEYER, 1986); The Profile of Mood States (POMS) (LANE&LANE, 2002); The Differential Emotions Scale (DES) (IZARD, 1993); o la más conocida y utilizada “The Positive Affect and Negative Affect” (PANAS), (WATSON & CLARK, 1994-A; WATSON, 2000). El hecho diferencial reside en que estos cuestionarios de emociones nunca se han validado en MF que perciben ED.

En teoría, se podrían haber validado las escalas con otro tipo de medidas de la respuesta emocional de los médicos. En la siguiente tabla se resume otras posibles formas de medir las emociones (COAN & ALLEN, 2007):

“El emocionómetro”

Aspecto	Contribución	Unidad de Análisis	Instrumentos
Cognitivo - subjetivo	Sentimientos	Autoinformes	Cuestionarios
Fisiológico	Preparación física	S.N. Autónomo S.N. Central S. Endocrino	Frec. Cardiaca Conductancia piel EMG, RMN func.
Funcional	Propósito Dirigido a una meta	Selección de respuesta	Observacional
Expresivo	Comunicación social	Expresiones faciales Posturas Paralenguaje	Observacional

Coan JA & Allen JBJ, Handbook of emotion elicitation and assessment, 2007

En un ambiente de laboratorio, se podrían usar **medidas fisiológicas periféricas** (COAN JA & ALLEN, 2007): cardiovasculares (frecuencia cardíaca y presión arterial), electrodérmicas (conductancia de la piel), de movimientos respiratorios (frecuencia, amplitud,...) y de actividad somática (movimientos del cuerpo). Con estas medidas es muy importante su valoración en función del tiempo y con la concurrencia de otras medidas objetivas de que una emoción está ocurriendo (por ejemplo, con la observación de las micro-expresiones faciales). En estos laboratorios se suelen utilizar estímulos acústicos o visuales (fotos, o vídeos) para provocar las emociones. En nuestro campo de las emociones en la consulta cabría la posibilidad de usar pacientes estandarizados o simulados (AINSWORTH MA, 1991). No descartamos en un futuro el trabajar conjuntamente con los psicólogos experimentales que disponen de estos medios de laboratorio.

Existe una buena correlación de **la expresión facial** con las emociones auto-referidas y se están desarrollando sistemas informatizados que por medio de imágenes grabadas de las caras (fotos o vídeos), pueden dar una información muy precisa de los músculos faciales contraídos (EKMAN P, 2005). La combinación de determinados músculos y la relajación de otros, permitiría asignar en cada caso las diferentes emociones que el MF tendría en el momento de la medida. Esta información sería tan ilustrativa como los electromiogramas, pero con la ventaja de no ser tan intrusivo. Además, hoy en día es factible grabar en vídeo las caras de los médicos y pacientes mientras están interaccionando en las consultas, e inmediatamente después de éstas, podrían cumplimentar los cuestionarios de respuesta emocional.

Se ha avanzado mucho en las técnicas de imagen, concretamente en la **resonancia magnética nuclear funcional**. Park JY et al. acaban de publicar un estudio en el que mediante esta técnica han conseguido localizar activaciones neuronales específicas según los diferentes tipos de emociones (PARK JY, 2010). Este método de investigación tiene mucho futuro, pero todavía se está lejos de poder aplicarlo en entornos factibles en la investigación de las emociones en las consultas.

En futuros estudios en los que se puedan realizar medidas de las emociones de los MF en los ED en el laboratorio, una opción razonable sería usar **pacientes estandarizados**. Se trata de una técnica que es especialmente útil para evaluar los aspectos comunicacionales (EPSTEIN RM, 2002). Se entrena a un grupo de actores para que actúen como pacientes de una forma estandarizada y se toma una amplia

muestra de médicos que se van “enfrentando” a los mismos pacientes estandarizados. Esta interacción se puede grabar en vídeo o audio. La ventaja está en que se está bastante seguro de que los médicos interaccionan con una misma situación y paciente, y éste siempre reaccionará de forma muy parecida. Entre los inconvenientes estarían la duda sobre su extrapolación a las situaciones reales de la consulta, el precio (es caro) y lo “engorroso” que es tener que hacerlo en un ambiente de laboratorio. No obstante, existe la posibilidad usar los pacientes estandarizados en las consultas reales. El profesional da su consentimiento a recibir a los pacientes estandarizados en su consulta sin previo anuncio. Previamente se le crea una historia clínica ficticia y el paciente estandarizado acude intercalado en la lista de citas de cualquier día, haciéndolo además con un sistema oculto de grabación (normalmente de audio). En general, no suelen ser descubiertos por los profesionales, pero sigue siendo un procedimiento caro e intrusivo.

1.2.2.- De la fiabilidad

1.2.2.1 Consistencia interna

Las consistencias internas de las escalas fueron buenas y en algunos casos excelentes. En general, también se puede afirmar, como era de esperar, que a mayor número de ítems, mayor consistencia interna (STREINER & NORMAN, 1991). Cuando las consistencias internas fueron mayores de 0.90 y el número de ítems mayor de 6, se podría haber planteado reducciones en el número de ítems de tales escalas. Esto ocurrió en las escalas de pensamientos de “fracaso y maltrato profesional” y la de “desesperación. Además sucedió en las escalas de emociones de “desconfianza-ira” y la de “impotencia”. Si hubiéramos sacado algunos ítems de estas escalas, se hubiera reducido muy poco la consistencia interna, pero hubiera aumentado la validez (por ejemplo, dejando sólo ítems con pesos factoriales por encima de 0.55-0.60). En principio no se hizo así, aunque en futuros estudios cabría plantearlo, tal como se ha hecho en otras escalas de emociones (LANE&LANE, 2002; WATSON, 2000).

1.2.2.2 Estabilidad en el tiempo (test-retest)

No se ha realizado ningún análisis de la estabilidad en el tiempo de las respuestas de los médicos a los cuestionarios de emociones y pensamientos. Esta es una limitación que se debe subrayar y que puede ser un nuevo elemento a investigar en otros estudios. Es posible que conforme pase el tiempo desde el ED haya una tendencia a puntuar con menor intensidad aquellas emociones y pensamientos que obtuvieron una puntuación alta en el momento del ED. Por ese motivo solicitamos a los médicos que cumplimentaran los cuestionarios de emociones y pensamientos inmediatamente acabada la consulta. Sin embargo, como no tenemos datos, no podemos ni confirmar ni desmentir tal hipótesis. En cualquier caso, la realización de un retest con estos cuestionarios no debería demorarse mucho en el tiempo desde el ED y en cualquier caso no ser superior a pocos días, quizás 2-3 días.

1.2.2.3. Control de la aquiescencia

La aquiescencia es la tendencia a responder del mismo modo independientemente de lo que se pregunte. Para tratar de minimizarla, el orden de los ítems fue establecido de forma aleatoria. De esta forma es muy difícil que el médico que cumplimente el cuestionario identifique los factores subyacentes por proximidad de ítems parecidos.

1.2.2.4. Control de la veracidad de las respuestas

Insertamos dos ítems repetidos en las emociones de forma intencionada. El ítem ansiedad que ocupó los lugares 4º y 34º y el ítem rechazo que ocupó el 2º y 32º. Sus respectivos coeficientes de correlación intraclase fueron 0.92 (IC 95% = 0.90-0.93) y 0.90 (IC 95% = 0.88-0.92); indicando, por tanto, que los médicos contestaron, como era deseable, de una forma casi idéntica (concordante), el 2º con el 32º y el 4º con el 34º.

1.2.3.- De la sensibilidad al cambio

Se trata de la capacidad de las escalas para detectar cambios reales en la percepción de malestar emocional en los ED (BADÍA X, 1999). En realidad, se trataría más de un ejercicio teórico que de una situación realmente medible. Según el marco teórico y la definición de ED usado en este estudio, el ED es irreplicable en el espacio y en el tiempo. En las situaciones reales de la consulta sería muy improbable que

volviéramos a tener un ED con el mismo paciente, con el mismo contenido de la entrevista y las mismas circunstancias del profesional, el paciente y su interfaz. No obstante, se podrían hacer medidas de sensibilidad al cambio globales. Por ejemplo, se podrían diseñar estudios de intervención sobre los profesionales para conseguir una mayor introspección y un mejor equilibrio emocional en los ED; lo cual, si las escalas de emociones y pensamientos fueran sensibles al cambio, deberían correlacionar con mayores puntuaciones en la escala de emociones positivas y menores en las negativas. Estos cambios en las puntuaciones tras la intervención serían cambios globales (puntuaciones medias en un conjunto de ED por médico) y no referidas a un mismo paciente.

1.3.- DE LAS LIMITACIONES Y SESGOS.

1.3.1.- LIMITACIONES DEL DISEÑO

La primera limitación del diseño (diseño transversal) a reseñar es la imposibilidad de distinguir entre posibles causas y el efecto, el ED. Esta limitación obedece al hecho de haberlas medido simultáneamente en el tiempo. Sin embargo, sobre algunas variables de caracteres más o menos invariables o estables a largo plazo se podrían hacer afirmaciones de que precedían en el tiempo al efecto (sexo del médico o del paciente, algunas características demográficas, neuroticismo del médico, etc.). Otras variables, por la forma de preguntarlas, también podrían preceder en el tiempo al ED. Por ejemplo, los eventos estresantes del médico y del paciente fueron preguntados referidos a los seis meses antes del encuentro médico. Además hay que tener en cuenta que los cuestionarios que cumplimentaron los médicos (con las variables independientes de los médicos) fueron recogidos antes del periodo de reclutamiento de los ED.

En futuros estudios se podrían plantear diseños observacionales comparando de forma retrospectiva la distribución de las variables independientes entre encuentros difíciles y encuentros NO difíciles (casos control). O bien plantear un seguimiento prospectivo de encuentros NO difíciles (con el mismo paciente) hasta que se convirtieran en ED durante el seguimiento. Esta última posibilidad, aunque es teóricamente posible, sería poco factible por sus requerimientos de tamaño muestral y tiempo de seguimiento, ya que, en general, se puede decir que existe bastante estabilidad en la percepción de encuentro NO difícil en el tiempo. Con un mismo

paciente “NO difícil”, la probabilidad de que los diferentes encuentros que se sucedan en el tiempo con el mismo profesional se conviertan en ED sería bastante pequeña. Sin embargo, se podrían diseñar estudios de intervención donde se enseñaran a los MF la introspección emocional y el cambio de sus pensamientos-emociones disfuncionales-irracionales en los ED y comprobar si cambian sus puntuaciones de malestar emocional y las variables resultado.

1.3.2.- SEGOS DE SELECCIÓN

La muestra seleccionada de médicos y centros de salud no fue aleatoria ni proporcional y se circunscribió a centros de salud urbanos de Jaén y Málaga. Se ha podido comprobar además que la muestra estaba sesgada hacia los MF y centros de salud docentes, de tal forma que un 63,7% de los MF participantes estaban acreditados como tutores. En el estudio MOCAUT-III, que utilizó una muestra representativa de 333 MF, urbanos y rurales, de las provincias de Jaén y Málaga, la proporción de MF acreditados como tutores fue del 24,6% (MARTÍNEZ-CAÑAVATE T, 2007). Por tanto, la muestra seleccionada estaría sesgada hacia los centros de salud docentes, los médicos de familia MIR y los MF más interesados en la relación médico-paciente. Estos argumentos no cuestionan la validez interna del estudio, pero hace que sus resultados deban ser interpretados y aplicados al perfil de la población descrita. Dentro de cada médico, la selección de los ED fue rigurosamente aleatoria, aunque estratificada por día (cada día se elegía uno). Sin embargo, si un día no se puntuaban ED, según el punto de corte de la definición, no se escogía ninguno. Luego el posible sesgo de selección de la muestra de ED dentro de cada médico es más improbable. No obstante, otro posible sesgo de selección fue introducido cuando no se pudieron entrevistar al 20% de los pacientes protagonistas de los ED. La dirección de este último sesgo podría ir en el sentido de que los pacientes no entrevistados podrían haber tenido una mayor percepción de malestar emocional y por ese motivo renunciar a la entrevista; pero en realidad no lo sabemos porque no tenemos datos. Sin embargo, sí sabemos que los pacientes no entrevistados tuvieron un perfil diferente respecto a algunas variables independientes (tenían menos enfermedades crónicas, menos problemas crónicos psicosociales o del aparato locomotor), (tabla 58).

En futuros estudios se podrían usar muestras aleatorias de centros de salud y MF para poder extrapolar los resultados de forma más general.

1.3.3.- SEGOS DE INFORMACIÓN

Además de lo ya comentado en cuanto a la fiabilidad (apartado 1.2) y veracidad (apartado 1.2.2.4) de las respuestas a los cuestionarios de emociones y pensamientos de los médicos en los ED, también el cuestionario de personalidad EPI tiene una dimensión, denominada “sinceridad”, que sirve para detectar incongruencias en las respuestas. Según el manual del cuestionario (SÁNCHEZ TURET, 1994), las puntuaciones bajas en sinceridad, especialmente en sus valores más bajos, plantearía dudas en la interpretación del cuestionario. En las validaciones realizadas en población profesional española, la puntuación media de la dimensión sinceridad es de 6 puntos (tanto en mujeres como en varones). En el estudio REMEDyO la media fue de 6,4 (DE=1.5), luego es probable que no se hayan producido importantes desviaciones en cuanto a la sinceridad en las respuestas del cuestionario EPI.

Algunos de los cuestionarios que se han usado para medir variables del paciente o/y el profesional tienen sus limitaciones. Por ejemplo, el cuestionario de Ansiedad y Depresión de Goldberg es un instrumento con una determinada sensibilidad y especificidad, con el que, sin duda, hemos obtenido cierto porcentaje de pacientes y médicos mal clasificados como deprimidos-ansiosos / No deprimidos - No ansiosos.

En cuanto a las variables que se recogieron de la historia clínica es posible que se hayan producido algún tipo de sesgo de información. Por ejemplo, puede existir cierta variabilidad entre los MF en cuanto a los contenidos del apartado “motivo de consulta”. Algunos profesionales, en vez de escribir en este apartado el motivo que el paciente refiere para consultar (p.e. tós y expectoración), algunas veces escriben el diagnóstico (p.e. bronquitis). En el ejemplo anterior no variaría su posterior clasificación según la CIAP (enfermedad respiratoria). Sin embargo, puede que el motivo fuera, por ejemplo, “mareo” y el médico reflejara “ansiedad”. En caso de haber puesto mareo se codificaría en “neurología o ORL”, pero la ansiedad lo haría en el grupo de “psicológico”. En esta dirección también citaremos las diferencias que existirían en los registros de la historia clínica (p.e., en las listas de problemas de los MF con una orientación biomédica o psicosocial). Es de esperar que los MF psicosociales anotarían más problemas psicosociales que los MF biomédicos.

1.3.4.- SEGOS DE CONFUSIÓN

La amplia revisión bibliográfica y el encuadre teórico en el que se basó el estudio REMEDyO permitieron ser bastante exhaustivo en cuanto a considerar la mayoría de las variables con indicios de su influencia en los ED. Se incluyeron variables del paciente, del médico, de la organización y su interfaz. En la casi totalidad de los estudios sobre ED, solamente se estudiaron algunos grupos de variables por separado, pero en ningún caso con el nivel de exhaustividad del estudio REMEDyO. Por ejemplo, en algunos estudios se centraron en variables del profesional (ILLINGWORT, 1988; MATHERS, 1995), otros en la organización (KREBS, 2006), otros simultáneamente en variables del paciente y del profesional (CARSON 1993; JACKSON, 1999), u otros centrados exclusivamente en las del paciente (SCHAFER 1998; HAHN, 2001).

Con el uso de los análisis multivariantes el sesgo de confusión fue bastante improbable. Tal como se citó en la metodología, el haber incluido en los modelos multivariantes aquellas variables que fueron significativas en el bivalente al nivel de $p < 0.20$, redujo en gran parte la posibilidad de dejar fuera de los modelos a variables relevantes (GREENLAND, 1989). Sin embargo, a pesar del número tan elevado de variables que se han usado, todavía es posible cierto sesgo de confusión residual. Además es probable que, precisamente por medir tantas variables, alguna significación estadística se haya producido por azar.

1.3.5.- OTROS SEGOS

La estructura jerárquica de los datos en el estudio REMEDyO era evidente, ED (o pacientes) anidados en médicos. La existencia de una correlación intracluster (“efecto clustering”), viola la asunción de la independencia de los datos. Esto en la práctica hace que, en el caso de no controlar por ello, las regresiones estimen coeficientes y errores estándar inadecuados; lo que puede llevar a concluir que determinadas variables son significativas cuando en realidad no lo son, y viceversa. Esto también conlleva la aparición de los sesgos de **la falacia ecológica y el sesgo atomista**. El primero se produce cuando los análisis hechos a nivel del médico se usan para hacer inferencias en los pacientes; mientras que el sesgo atomista sería lo contrario.

Aunque hemos controlado el efecto “clustering” del médico mediante el estimador “sándwich”, hubiera sido deseable utilizar el análisis multinivel de regresión binomial negativa. Desafortunadamente, esto último es algo que no ha estado a nuestro alcance por no disponer de software comercial que lo ejecute. Muy recientemente, el software “LIMDEP” (ECONOMETRIC SOFTWARE INC. 2010), que se emplea en análisis económicos, dispone de la posibilidad de modelar regresiones binomiales negativas de efectos aleatorios. Normalmente existen algunas diferencias cuando el efecto “clustering” es controlado mediante el estimador “sándwich” versus el análisis multinivel. En general, se puede decir que tal ajuste es más riguroso con el análisis multinivel (HILBE, 2007). El efecto “clustering” del centro de salud, médicos anidados en centros de salud, posiblemente también estuvo presente. La variable centro salud, introducida como efecto fijo, prácticamente fue significativa en todas las regresiones multivariantes. Sin embargo, con tan solo 8 centros de salud no sería apropiado incluir el centro de salud como factor aleatorio (SNIJDERS TAB, 1999).

El **sesgo de Hawthorne** es el cambio que se produciría en las conductas y respuestas de los pacientes y médicos al sentirse observados (DELGADO M, 2004). El estudio de los ED se asocia irremediamente a “emociones fuertes”, tanto para médicos como para pacientes. Es posible que algunos médicos tuvieran cierta tendencia a minimizar sus puntuaciones en sus respuestas emocionales negativas, mientras que otros podrían tener la tendencia opuesta. Los primeros podrían pensar que lo deseable sería tener un perfil emocional más bien “bajo”, los segundos querrían llamar la atención sobre lo contrario. Durante el reclutamiento de ED, hubo algunos profesionales, tres en concreto, en los que hubo que prolongar los días de seguimiento en la consulta hasta más de 20 días porque fue difícil encontrar ED en el umbral de la definición propuesta (a partir de 4 puntos); sus puntuaciones eran casi siempre muy bajas en todos los ED. Estos médicos cuando puntuaban las diferentes emociones y pensamientos de sus ED, también se mostraron muy “planos”, **MF “emocionalmente planos”**, puntuando la mayoría con ceros y cuando había alguna emoción-pensamiento con más puntuación lo hacían con pocos puntos (2-3-4). Un grupo numeroso de médicos mostraron una tendencia a puntuaciones extremas en el grado de dificultad o en la percepción de las diferentes emociones y pensamientos, o muy bajas (0-1 puntos) o muy altas (5-6 puntos), caracterizándose por la ausencia de puntuaciones intermedias, **MF “emocionalmente todo-nada”**. Por último, en otro

grupo numeroso de médicos no se pudo observar ningún patrón específico de tendencias en la puntuación, MF “**emocionalmente no homogéneos**”. También es posible que este tipo de patrones en la respuesta se pueda asociar a ciertas características del profesional que tenga que ver con la personalidad del propio médico o su formación específica. Por ejemplo, dos de los 3 MF “emocionalmente planos” tenían una amplia formación en terapia sistémica.

2.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

2.1.-PRINCIPALES RESULTADOS DEL ANÁLISIS DESCRIPTIVO

2.1.1.- Prevalencia de encuentros difíciles (ED)

En primer lugar nos parece importante resaltar **la unidad de estudio** de nuestra investigación. Ésta ha sido el **encuentro médico-paciente difícil**, dejando ya, y superando investigaciones pasadas, centradas en el estudio fragmentado de este hecho: el paciente difícil, el médico difícil o el entorno difícil (organizaciones sanitarias). Pensamos que nuestro enfoque, en torno a la relación, es más ajustado y más centrado en la experiencia.

Del total de los 11.684 encuentros analizados en esta investigación, el médico puntuó un **13,3% de los encuentros como difíciles**, y el 30.8% de los encuentros médico-paciente puntuaron con cero malestar emocional. En estudios publicados centrados en el encuentro como unidad de estudio, esta prevalencia presenta grandes oscilaciones: un 30% de las consultas de atención primaria publicadas por Crutcher en 1980 (CRUTCHER, 1980), entre el 10% y el 20% de los encuentros percibidos como difíciles por los médicos en Nueva York (HAHN, SR 1994) y el 15% percibidas como incómodas del estudio de Jackson (con el cuestionario DDPRQ de Hahn) (JACKSON, 1999). El empleo de metodologías y criterios de definición no uniformes podría subyacer en estas oscilaciones. El trabajo de Hahn consistió en la validación del cuestionario DDPRQ, (“Difficult Doctor-Patient Relation-ship Questionnaire), para identificar el encuentro difícil. Empleó una escala Lickert de 0 a 6, para la puntuación de los 30 ítems del cuestionario. Una puntuación total de 90 o más, fue el empleado para clasificar como difíciles los encuentros. Este corte comprende al 98% de los

pacientes que provocaron “Physician dysphoria”, (respuesta emocional negativa) en sus médicos, (puntuación mayor de 4 en los ítems que miden esa dimensión) y al 99% de los que fueron puntuados como “irritantes y demandantes”. De tal modo que ningún paciente con estos dos criterios quedó fuera de la consideración de difícil, pero sí se incluyen los que presentan además los restantes factores: déficit de comunicación, comportamientos autodestructivos y seductores. Pensamos que esto explicaría la mayor prevalencia encontrada por Hahn (20%) y Jackson utilizando dicho cuestionario DDPRQ (15%).

En nuestro país se conoce una prevalencia algo menor: un 9,4% de las consultas de Atención Primaria (PRADOS 1990) y un reciente trabajo entre médicos de familia de Cataluña encuentra una prevalencia del 8,5 % (MAS X, 2009). En esos dos trabajos la definición de encuentro difícil está en consonancia con la empleada en nuestro estudio; el trabajo de Más selecciona “todos aquellos que despiertan en el profesional emociones de exasperación, derrota, angustia, rechazo, enojo, frustración, aversión, temor, culpa, inadecuación, insatisfacción y nudo en el estómago”. Es decir, aquellos que provocan emociones de malestar en el profesional, sin embargo recoge una muestra no aleatoria de sólo cuatro médicos de familia y de un sólo centro de salud, por lo que la variabilidad entre profesionales y centros puede no quedar reflejada. Por otra parte la categoría de respuestas sobre dificultad del encuentro tanto de los médicos como de los pacientes fueron dicotómicas (si/no), mientras en nuestra investigación utilizamos una escala de respuesta tipo Lickert que podría ser más discriminativa en la diferenciación entre encuentros difíciles y no difíciles. El trabajo de Prados consistió en un estudio sobre prevalencia y características del paciente problema en el centro de salud El Palo de Málaga, definiendo los casos como “aque- l que despierta disgusto o cualquier tipo de sensación desagradable en el médico que lo atiende” y de un total de 765 encuentros calificaron 72 pacientes difíciles. Esa prevalencia del 9,4%, también menor a la nuestra, puede deberse al número de médicos participantes, sólo cinco, al menor número de días observados, entre 7 y 8 días no consecutivos, y también al sesgo de selección de los médicos, todos con perfil docente y probablemente más motivados por la comunicación médico-paciente, mientras que la muestra de nuestro estudio fue mayor en número y variabilidad del perfil de médicos.

En un estudio que empleó una muestra representativa de 333 médicos de familia (urbanos y rurales) de Jaén y Málaga (MARTÍNEZ-CAÑAVATE, 2007), la prevalencia media de ED al día fue de 3 ED sobre una media de 42,5 pacientes/día citados, lo cual corresponde a una prevalencia de ED del 5,6%. Se trata de un estudio de la misma zona geográfica que nuestra investigación, con un tamaño muestral de MF importante y con criterios de representatividad. Esto podría explicar en parte las diferencias, pero también el método para calificar el encuentro como difícil fue desigual, se preguntó por el “nº medio de PD al día y en el último mes”, mientras que la estimación de ED en nuestro estudio se realizó inmediatamente tras finalizar el mismo, obviando el posible sesgo de memoria.

En general la prevalencia de ED en los estudios realizados en nuestro país, y pese a las diferencias metodológicas, se mueven en un rango pequeño de variabilidad (entre 6 y 13%), mientras que en estudios realizados fuera de España, la variabilidad fue mayor (entre 15-30%).

Sería deseable que se adoptara una definición única y consensuada del encuentro difícil y su forma de medirlo; la que nosotros hemos empleado es clara, sencilla (una única pregunta) y con mayor capacidad de discriminación (escala Lickert de 7 opciones) respecto a la opción si/no. Ello nos permitiría comparar las prevalencias de ED en diferentes lugares, países, organizaciones sanitarias y culturas.

¿Por qué emplear el punto de corte en 4 y no en 5 o en 6? En realidad no existe una respuesta única. Se podría reanalizar los datos seleccionando sólo aquellos ED que se incluyan en las diferentes definiciones según los distintos puntos de corte posibles; y de ese modo observar las diferencias en las variables independientes.

2.1.2.- Concordancia entre el grado de dificultad del encuentro percibido por el médico y el paciente.

La vivencia emocional del otro protagonista del encuentro difícil, el paciente, nos indicó notables diferencias. De los 336 (100%) encuentros percibidos como difíciles por los médicos, **los encuentros difíciles percibidos por los pacientes apenas alcanzarían el 20%** (7,8%, con los mismos criterios usados para los médicos). Los pacientes puntuaron como cero (ninguna dificultad) casi en el 50% (48.5%). La interpretación que encontramos de estos datos es que el médico lo pasa mal en la

consulta, pero hace un esfuerzo por no expresar ese malestar; parece ser que ese esfuerzo tiene éxito más o menos en el 50% de los ED y en el otro 50%, algo percibe el paciente. La consecuencia es que ese esfuerzo, ya supone en sí mismo un desgaste emocional en el médico, (“¿sufridores en silencio?”), aunque también tiene un beneficio de cara a la relación. Por otro lado podría ocurrir que existiera del lado del paciente un sesgo de deseabilidad social (“es deseable socialmente llevarse bien con su médico”) al expresar su dificultad emocional con el encuentro. También la diferencia en los tiempos de medición de la dificultad emocional puede influir en la dirección de la puntuación, pues es esperable que el tiempo suavice la intensidad de ésta.

Este fenómeno se repite de modo parecido en otras investigaciones. En el estudio de Más (MAS X, 2009) entrevistaron a 352 pacientes al salir de la consulta y le preguntan si ésta le había sido o no difícil, e igualmente fueron calificados por sus cuatro médicos. Se encontró un índice Kappa de concordancia de 0,003 (prácticamente nulo). En ese estudio los pacientes valoraron los encuentros independientemente de su calificación como difícil por parte del profesional, mientras que en el nuestro, fueron valorados por los pacientes sólo aquellos encuentros que previamente el médico había identificado con malestar emocional, no obstante es muy llamativo que la concordancia fuera prácticamente inexistente.

Otros estudios analizaron la satisfacción en vez del malestar emocional. En uno con metodología cualitativa sobre satisfacción general de los pacientes con la atención en su centro de salud y sus médicos, encuentran que 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 y tratadas” (ARILLO A, 2005). Otros estudios transversales como el realizado por Rashid, con 5 médicos generales de un centro de salud de Inglaterra, investigó simultáneamente, mediante un cuestionario, la satisfacción del paciente y el médico tras 250 consultas, concluyó que en todos los casos de desacuerdo, el médico tuvo una visión más negativa de la consulta que el paciente (RASHID A, 1989). Un estudio realizado en las consultas externas de un hospital Holandés, aplicó cuestionarios sobre satisfacción con el encuentro con escalas analógicas de respuesta entre 1 y 100, al médico y al paciente, inmediatamente al terminar éste, encontrando que los niveles de satisfacción de pacientes fueron mayores que los del médico (ZANDBELT LC, 2004). Los ítems del

cuestionario utilizado en dicho estudio recogen dimensiones de satisfacción referidos a la comunicación médico-paciente.

Parece que tanto cuando se mide dificultad emocional, como si medimos satisfacción con los aspectos comunicacionales del médico, y utilizando tanto metodologías cualitativas, como cuantitativas, se observa una visión del encuentro peor en el profesional que en el paciente.

2.1.3.- Prevalencia de emociones y pensamientos

En la parte cualitativa del estudio llama la atención la coincidencia entre las emociones priorizadas en los dos grupos de médicos en los que usamos las técnicas cualitativas. El agobio-impotencia ocupó el primer lugar en Jaén y Málaga; la ansiedad el 2º en Jaén y la angustia el 3º en Málaga; la incertidumbre el 4º en Jaén y la inseguridad el 5º en Málaga; el cabreo el 6º en Jaén y la Ira el 6º también en Málaga; sentirse utilizado el 3º en Jaén y sentirse maltratado el 4º en Málaga. Este paralelismo puede ser una prueba de la consistencia de los resultados obtenidos. En el estudio cuantitativo de los 421 ED, pertenecientes a 421 pacientes, 45 MF y 8 centros de salud, entre las primeras aparecieron ordenadas de modo parecido al estudio cualitativo, entre ellas estaban ansiedad, agobio, impotencia, sentirse utilizado-manipulado, sentimiento de no saber qué hacer, y cansancio. Esta comparación debe entenderse en sentido amplio en la medida en que las listas de emociones a puntuar eran un poco diferentes entre las elaboradas por los grupos cualitativos y las que formaron el cuestionario de emociones del médico. Además coincide que las emociones positivas (“simpatía” en el cualitativo, y “simpatía, empatía, sentimiento de estar a gusto, alegría” en el cuantitativo) ocuparon los últimos lugares.

Cuando observamos la prevalencia de las escalas de emociones construidas con los análisis factoriales y de fiabilidad de los cinco grupos de emociones, el orden de prevalencia fue: ansiedad, impotencia, desconfianza-ira, inseguridad, depresión, y emociones positivas. Estos resultados vuelven a coincidir en gran parte con las emociones más prevalentes en el estudio cualitativo. Las semejanzas entre los resultados obtenidos con diferentes metodologías y estudios aportan consistencia a las conclusiones derivadas de ellos. Coexisten emociones positivas junto a las negativas, aunque las primeras son las menos prevalentes. La ansiedad y la impotencia destacan entre las primeras emociones (entre 2,6 y 2,7 de puntuación

media ajustada por el número de ítems de la escala), en un punto intermedio estaría la desconfianza-ira (2,0) y en el rango inferior de prevalencia la inseguridad, la depresión y las emociones positivas (entre 1,4 y 1,5). Más adelante, al discutir el análisis factorial, se comentará sobre la simultaneidad de la emoción de desconfianza e ira.

No se puede afirmar que determinadas emociones se den en el tiempo con prevalencia diferentes. Por ejemplo, una hipótesis podría ser que las emociones depresivas, que son menos prevalentes, se podrían dar en fases más tardías del ED. Para responder a ello, se tendría que hacer un estudio prospectivo con diversas evaluaciones en el tiempo.

El trabajo que Schwenk realizó en Michigan (EEUU) investigó, por un lado las motivaciones de los 25 MF participantes cuando decidieron estudiar y practicar la medicina, y por otro, estudió las características de los pacientes de relación difícil, mediante un cuestionario que el propio médico aplicó pensando en un paciente difícil cada día, durante diez días seguidos de consulta. El cuestionario del paciente constaba de 40 ítems con escalas de respuesta de cinco puntos según el grado de acuerdo con el enunciado de cada ítem. Éstos se referían a tres aspectos diferentes de la relación: problemas médicos del paciente, comportamientos o actitudes de los pacientes y la reacción o efecto que produce sobre el médico. Además se incluyó una puntuación global de dificultad para ese paciente comparado con otros pacientes difíciles de ese día y el sexo del paciente. Sin embargo el análisis factorial realizado sólo explicaba el 35% de la variabilidad con dos factores, habiendo eliminado previamente numerosos ítems, lo cual alimenta las dudas sobre la idoneidad del modelo resultante.

En el estudio Cualitativo de Mas (MAS X, 2003) en el discurso de los médicos aparecen emociones de "irritabilidad" (*me pongo nervioso/a*», «... *me acelero*», «... *sin querer veo que les hablo más alto de lo normal*), "frustración" («... *son como una lapa*», «... *se enganchan a todos*») y *sentimiento de cansancio*, («... *el día que vienen te dejan hecho polvo*») y también de *inseguridad* («*a pesar de tus años de experiencia puede que te lleguen incluso a producir inseguridad al no solucionarles el problema*»). En una investigación cuantitativa (HAHN S, 1994) realizada con médicos de atención primaria en Nueva York, utilizaron un cuestionario que incluyó, entre otras cosas, preguntas sobre las emociones de agotamiento, tensión, rabia, frustración, alegría, optimismo, entusiasmo, esperanza, emociones negativas. Lamentablemente en este

artículo no aportaron cifras de prevalencia, limitándose al análisis factorial. Por último, en un estudio (BELLÓN JA, 2002) sobre las emociones de los MF con pacientes hiperfrecuentadores, predominaron las emociones de “*impotencia*” y el “*no saber qué hacer*”. Aunque existe cierto paralelismo entre hiperfrecuentador y paciente difícil, estos últimos, en algunas ocasiones, no son hiperfrecuentadores. Por tanto su comparación con nuestro estudio debe hacerse con cautela.

Respecto a los pensamientos, en general existe más variabilidad en cuanto a su prevalencia. Esto se puede deber en parte, a los diferentes significados que puede tener un mismo pensamiento (definido por una frase muy concreta) para diferentes personas. El hecho de que un pensamiento sea definido por un número más elevado de palabras que una emoción, ya alimenta la variabilidad en su significado. Si además incluimos expresiones idiosincrásicas, giros de palabras singulares e interacciones entre las palabras que modifican su significado, contribuiría aún más a las diferentes interpretaciones de una misma frase que defina a un pensamiento.

En cuanto a la prevalencia de pensamientos en el estudio cualitativo, llama la atención que en Jaén el más prevalente fuera “¡Cuidado que se me puede pasar algo gordo!”; también entre los diez primeros, aparecen otros pensamientos con cierta connotación positiva (“¿Porqué no encuentro la solución?, ¿tiene solución lo que plantea? ¿Quién va a atender a este pobre pelma?”). Sin embargo en el grupo de Málaga, entre los veinte primeros pensamientos sólo aparece uno de connotaciones positivas en el puesto número cuatro (“Quieta, no pierdas los papeles”). Una posible explicación a estas diferencias sería que la dinámica de grupo que se creó en Jaén fue más positiva. Además, tal como se discutirá más adelante, en el estudio cuantitativo hubo diferencias significativas de menor percepción de dificultad entre los MF de Jaén respecto a los de Málaga, reforzando la misma línea argumental. En cuanto a los pensamientos de connotaciones negativas existe más coincidencia entre los grupos de Jaén y Málaga con pensamientos de rechazo (“¿qué querrá hoy?”, en 4º lugar en Jaén, “Horror, otra vez aquí” en 2º lugar en Málaga) y de malestar (“esto no tiene fin” y “¡qué coñazo!”, el 5º y 6º en Málaga y “situaciones difíciles” “este no lo aguanto”, 3º y 14º, en Jaén) entre los más prevalentes.

Tras el análisis factorial, y obtenido la prevalencia de las escalas de pensamientos, aparece en último lugar las emociones de rechazo, lo que parece coherente con lo que cabría esperar en el modo natural de suceder las relaciones, en

las que pensamientos de rechazo, ocuparían el último lugar en una relación y casi el punto y final de ésta. Los pensamientos de bloqueo relacional y desesperación (entre 2,6 y 2,8 de puntuación media) se destacan entre los primeros, bajando a puntuaciones entre 1,8 y 1,9 para las siguientes escalas, (cuestionando soluciones y fracaso-maltrato profesional).

Respecto a las frecuencias de las puntuaciones de los pensamientos en el estudio cuantitativo los cinco primeros fueron: “¿Qué querrá hoy?”, “¡Dios mío otra vez aquí!”, “Este paciente me va a retrasar la consulta”, “Este me ha tocado a mí” y “¡Qué coñazo!”, los dos primeros se situaron en el análisis factorial dentro de los pensamientos de desesperación que fue de las más prevalentes. Estos datos coinciden con los pensamientos predominantes en los encuentros con hiperfrecuentadores (BELLÓN JA, 2002). La sintonía de pensamientos del profesional ante encuentros difíciles y pacientes hiperfrecuentadores habla a favor de la hipótesis de que, el hecho de que un mismo paciente acuda reiteradamente a la consulta, se comporta en sí mismo como un factor estresante.

2.2.- RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL DE LAS ESCALAS Y SUS CORRELACIONES ENTRE SI.

Prácticamente desde los años 50 se han desarrollado cuestionarios para medir emociones basados en “listas de adjetivos” que reflejen el humor. Entre las primeras se hallan “The Mood Adjective Checklist” (MACL) que contenía 130 adjetivos y el análisis factorial separó 12 factores. Posteriormente se desarrolló una versión corta de 36 adjetivos (STONE 1995). “The Multiple Affect Adjective Checklist” (MAACL) cuya primera versión constaba de 132 adjetivos; la versión revisada (MAACL-R) incluyó cinco escalas unipolares: ansiedad, depresión, hostilidad, afecto positivo y buscando sensaciones. Análisis posteriores permitieron identificar dos factores mayores: Afecto positivo y Afecto negativo (GOTLIB & MEYER, 1986). The Profile of Mood States (POMS) incluyó 165 adjetivos con una escala de respuesta de 5 puntos en la que encontraron seis factores: Ira-hostilidad, Vigor-actividad, Fatiga-inercia, Confusión-desconcierto, Tensión-ansiedad, y Depresión–abatimiento; posteriormente se desarrollaron versiones más breves (entre 24 y 37 ítem) (LANE&LANE, 2002). The Differential Emotions Scale (DES) cuya versión más reciente (DES-IV), incluye 12

escalas, (IZARD, 1993). Esta escala diferenciaba entre emoción de estado y de rasgo, referidas respectivamente a la percepción de la emoción en el momento actual y al mantenimiento de la misma en el tiempo. The Positive Affect and Negative Affect (PANAS), (WATSON & CLARK, 1994-A), que inicialmente fue desarrollado sobre 60 adjetivos, tiene con respuestas Lickert de cinco puntos, distinguiendo entre medidas de estado y de rasgo. En las versiones iniciales se encontraron 4 escalas de afectos negativos: Miedo (6 ítems), Tristeza (5 ítems), Culpa (6 ítems) y Hostilidad (6 ítems), y tres escalas de afectos positivos Jovialidad (8 ítems), Autoconfianza (6 ítems) y Estar atento (4 ítems). La última versión (WATSON, 2000) consta de 20 ítems con una escala de Afectos positivos (10 ítems) y otra de afectos negativos (10 ítems).

En general todas estas escalas de emociones han sido validadas sobre diferentes poblaciones: personas sanas, enfermos, pacientes psiquiátricos, etc. Sin embargo, nunca se han usado en médicos de familia que tienen encuentros difíciles. Por lo tanto, se puede comparar los resultados del estudio REMEDyO con algunos de los realizados con las escalas de emociones antes citadas pero, en cualquier caso, sería difícil hallar un paralelismo riguroso. Los factores encontrados en las emociones en el estudio REMEDyO son bastante parecidos a los hallados con las escalas de emociones antes citadas. Al fin y al cabo, se ha usado de la misma forma, una lista más o menos exhaustiva de adjetivos que definieron las emociones.

2.2.1.- Afectos positivos y negativos

Llama la atención el continuo hallazgo en tales estudios de la polaridad en las emociones (positivas y negativas), al igual que se ha encontrado en el estudio REMEDyO, en el que hemos podido construir, con criterios psicométricos, una única escala global de emociones negativas y otra global de pensamientos negativos. La polaridad en los afectos, positivos y negativos, cuando se miden mediante cuestionarios, es un hallazgo suficientemente contrastado (GOTLIB & MEYER, 1986; WATSON & CLARK, 1994-A; WATSON, 2000). La diferencia estaría en que ante una situación claramente “negativa” (al menos para el profesional) como el ED, era de esperar que hubiera pocas emociones positivas, como así sucedió. Sin embargo, las emociones negativas convivieron con las positivas. Este fenómeno de “ambivalencia emocional” en el ED también se pudo observar en el cuestionario de Hahn (HAHN

1993), en el que dentro del factor “Physician dysphoria” se incluyeron ítems tales como “sentir optimismo, placer, esperanza o estar a gusto”. Se trata de un hallazgo relevante que pudiera ser clave.

Se encontró una correlación prácticamente cero entre las escalas de emociones positivas y la de desconfianza-ira, mientras que con las de impotencia, ansiedad y depresión los coeficientes variaron entre 0,26 y 0,32. Esto se puede interpretar como que es prácticamente imposible que un MF en una situación de desconfianza-ira, pueda tener la más mínima emoción positiva, mientras que otro tipo de emociones, que se podrían interpretar como “menos negativas”, admitirían tal posibilidad. La correlación entre emociones positivas e inseguridad fue de 0,46, lo cual se podría interpretar como que las emociones de inseguridad serían las menos negativas, al menos desde el punto de vista de permitir la coexistencia de emociones positivas y negativas en el mismo ED (ambivalencia emocional). La emoción de inseguridad admitiría la posibilidad de que el MF pudiera tener dudas, incertidumbre, o sentirse más torpe; lo que podría llevarlo a plantearse incluso que estuviera equivocado. Esto podría predisponer a la aparición de emociones positivas.

No hubo correlación significativa de las emociones positivas con las escalas de pensamientos de bloqueo relacional, rechazo, y la escala global de pensamientos negativos. La correlación de las emociones positivas con los pensamientos de desesperación y fracaso-maltrato profesional fueron 0,16 y 0,24 respectivamente, que aunque fueron bajas, alcanzaron la significación. La correlación más alta de las emociones positivas con pensamientos negativos se produjo con la escala “cuestionar soluciones” ($r=0,39$); lo cual es bastante similar a lo ocurrido con la escala de emociones de positivas y las de inseguridad, e incluso la interpretación podría ser muy similar: la duda da entrada a las emociones positivas.

Las altas correlaciones entre sí de las escalas de emociones negativas y las escalas de pensamientos negativos, justificaron la creación de las respectivas escalas globales de emociones y pensamientos. Además las medidas de consistencia interna de estas escalas globales, rechazaron la posibilidad de eliminar algún ítem de ellas. A esto hay que sumarle las altas correlaciones (0,70-0,90) entre las diferentes escalas componentes de sus respectivas escalas globales. Todo ello justificó en gran medida la creación de las escalas globales de emociones y pensamientos negativos.

2.2.2.- Emociones y pensamientos

Se podría discutir que, tal como se ha medido en este estudio, existe cierto solapamiento entre la medida de las emociones y pensamientos. Es más, que las escalas globales de emociones y pensamientos negativos tengan un coeficiente de correlación de 0.90, deja pocas dudas. Algunos pensamientos podrían haber sido asignados a determinadas emociones y algunas emociones podrían estar incluidas en determinados pensamientos. Por otra parte el análisis factorial de los pensamientos, fue diferente del de las emociones, aunque sin duda, también se encuentran semejanzas: pensamientos de desesperación con emociones de impotencia ($r=0,85$), pensamientos de bloqueo relacional y de rechazo con sentimientos de desconfianza-ira ($r=0,83$, y $r=0,76$), pensamientos de cuestionar soluciones con emociones de impotencia e inseguridad ($r=0,65$ y $r=0,61$). Desde este punto de vista, se hubieran podido englobar ambos en un único apartado de “respuesta emocional”. Entonces, ¿por qué separarlos? Antes se describió las diferencias entre emociones y pensamientos desde el punto de vista semántico y de activación cerebral. Este es un motivo.

Sin embargo, el principal motivo de separarlos fue más pragmático y tiene que ver con el modelo teórico que desde un principio se asumió en el proyecto REMEDyO, la teoría racional-emotiva de Ellis (ELLIS, 1977). Las técnicas cognitivo-conductuales y de reestructuración cognitiva han demostrado ampliamente su eficacia en personas con depresión y ansiedad (NICE, 2007; NICE, 2009). La terapia racional-emotiva, entre otras cosas pretende cambiar los pensamientos “disfuncionales o irracionales” por otros más adecuados, para afrontar las situaciones estresantes. El cambio de pensamiento conllevaría el cambio emocional, desde el afecto negativo al positivo. El investigar sobre los diferentes pensamientos que tienen los MF en los ED podría ser un primer paso. Su conocimiento permitiría al MF, mediante la reestructuración cognitiva, reducir su malestar emocional en los ED, contribuyendo de ese modo a mejorar las variables de proceso (consumo de pruebas, visitas y otros recursos sanitarios) y resultado, tanto en pacientes como en médicos (satisfacción, salud física y mental).

Siguiendo el análisis de la respuesta al estrés desde la teoría de Ellis (ELLIS, 1997), la respuesta a un determinado factor estresante (en nuestro caso el ED), puede tener una serie de fallos:

a) el fallo puede estar en la **evaluación automática inicial** del MF, lo percibe amenazante cuando no lo es (“seguro que viene por la baja laboral”, “me siento utilizado”, cuando en realidad no venía por la baja laboral), o bien el grado de amenaza es desproporcionada a la situación real (“este paciente siempre viene para sacarle renta a sus dolencias”, me siento “indignado y manipulado”, cuando podría haberlo hecho en una ocasión entre 100 o podría pedir una baja perfectamente justificada).

b) también el fallo puede estar **en la evaluación secundaria**, después de percibir la amenaza, el MF puede llegar a la conclusión de que no tiene recursos para afrontarla (“yo no tengo habilidades para negociar la baja laboral con este paciente”)

c) por último, el fallo puede estar **en el momento de seleccionar u organizar la respuesta** ante la amenaza, en vez de elegir respuestas de afrontamiento adecuado, surgirían, entre otras, respuestas de ira o rechazo (“vete a la mierda”) o auto-devaluadoras (“yo no sirvo para esta profesión”).

2.2.3.-.- Desconfianza-Ira

No se ha encontrado antecedentes de factores parecidos a la escala de “desconfianza-ira” del estudio REMEDyO. En cambio sí es constante el hallazgo de algún factor relacionado con la ira-hostilidad (LANE&LANE, 2002), pero no simultáneamente con la desconfianza (sentirse utilizado, manipulado, engañado, acusado, desconfianza,...). Los MF que perciben “malas intenciones” de sus pacientes, podrían sentir que su persona, su reputación, su profesionalidad, han sido atacadas, o que de alguna manera, se les ha mostrado desconsideración. Ante esta situación de desconfianza, puede haber una respuesta, entre otras, de ira. Cabría también la posibilidad de que en una situación de ira, la respuesta fuera de desconfianza. Incluso las dos opciones (desconfianza lleva a la ira, y la ira a la desconfianza) serían posibles. En cualquier caso, el análisis factorial realizado sólo con los 11 ítems de esta escala de desconfianza-ira, justificó la unidimensionalidad de esta escala.

2.3.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE ANALISIS DE LAS VARIABLES ASOCIADOS A LAS ESCALAS DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS

2.3.1.- Fracaso y maltrato profesional

Factores como los pensamientos de fracaso y maltrato profesional se podrían englobar en los pensamientos denominados “autodevaluadores” que, según Ellis, se situarían en la fase de “organización de la respuesta al estrés”. Son evidentes las semejanzas conceptuales entre esta dimensión del burnout y la escala de pensamientos de fracaso y maltrato profesional. Ambas se relacionan estrechamente con la actividad profesional y ambas se expresan como malestar emocional dentro de la actividad profesional. La dimensión del burnout “desgaste emocional” tiene que ver con “sentirse agotado, cansado, quemado, frustrado, la sensación de trabajar demasiado, y sentirse acabado”. En el análisis multivariante la dimensión de desgaste emocional del burnout se asoció significativamente con esta escala de pensamientos y no con las otras. Este hallazgo sin duda supone un fuerte argumento sobre validez convergente y discriminante. Mientras que la depresión del médico (escala de Goldberg) se relacionó con todas las demás escalas de pensamientos menos con la de fracaso y maltrato profesional. Este hecho diferencial aporta pistas que orientan sobre la singularidad de esta dimensión. Como el burnout se relaciona con la ansiedad y depresión del profesional (FARAGHER EB, 2005) y algunos rasgos de personalidad (CEBRIA, 2006), hay que resaltar que en el análisis multivariante, ya se ajustó por tales variables; por tanto, la relación del burnout (desgaste emocional) con la escala de pensamientos de fracaso y maltrato profesional, es independiente de la psicopatología del profesional.

2.3.2.- Desesperación

La escala de pensamientos de desesperación en el ED ha sido la única que se relacionó positivamente en los análisis multivariantes con la edad del médico y con la frecuentación de los pacientes. La relación con la edad del médico no se puede explicar por la antigüedad en el cupo, ya que ésta disminuyó los pensamientos de

desesperación en el ED; por tanto debe obedecer a otras razones. La mayoría de los estudios sobre pacientes difíciles encuentran una asociación con mayor frecuentación y uso de servicios (CHANDY J, 1987, HAHN SR, 1996), aunque estas comparaciones deben establecerse con cuidado, ya que en ningún estudio ha usado como variable dependiente los pensamientos de desesperación. Resulta razonable pensar que los pacientes que acuden con más frecuencia desesperan más a sus MF (BELLÓN 2002). Además, es ilustrativo que esta mayor frecuentación no se asocie a otras escalas de pensamientos ni emociones. Es decir, la hiperfrecuentación es exclusiva de la desesperación. Estos resultados se pueden interpretar como argumentos de la validez convergente y discriminante de esta escala

Los pacientes de menor edad, menor nivel cultural y mayor número de eventos estresantes se relacionaron con los pensamientos de desesperación, mientras el ser jubilado los disminuyó. Cuando se han estudiado los pacientes difíciles en general se han relacionado con un bajo nivel cultural (MAS X, 2003), aunque en algún estudio no se ha encontrado tal relación (JACKSON JL, 1999). En un estudio con hiperfrecuentadores se encontró asociación con mayor número de acontecimientos vitales estresantes (BAEZ K, 1998). Se sabe que los pacientes más satisfechos con la relación con su médico de familia son los de mayor edad (MARTÍN J, 2010), desde este punto de vista los ED deberían tener cierta relación con los pacientes de menor edad. No obstante, todos estos estudios no usaron como variable dependiente los pensamientos de desesperación. Llama la atención que la edad del paciente no se relacionó con otros pensamientos negativos en el ED. Por otra parte la mayor edad del paciente se relacionó con las emociones de depresión y con ninguna otra escala de emociones. Esto se puede interpretar como una asociación de la edad específica con determinadas emociones o pensamientos y de diferente signo.

2.3.3.- Bloqueo relacional

La insatisfacción con la convivencia en el hogar fue la única variable del paciente relacionada con los pensamientos de bloqueo relacional. Esta variable también se relacionó en la misma dirección con las emociones de impotencia, ansiedad e inseguridad. Los problemas de relación en el ámbito familiar, de alguna manera y mediante variables intermedias no muy bien conocidas, parecen tener una

influencia en la mala relación médico-paciente. No obstante, se trata de un aspecto poco estudiado sobre los encuentros difíciles, apenas en un estudio cualitativo (CORNEY, 1988), se encontró cierta relación entre disfunción familiar y paciente difícil.

En cuanto a las variables de la interfaz la única variable relacionada fue que el menor apoyo emocional del médico percibido por el paciente se relacionó con mayor presencia de pensamientos de bloqueo relacional en el médico. Resulta relevante que esta variable de la interfaz sólo se relacione con los pensamientos de bloqueo relacional y con las emociones positivas del MF, con sentidos opuestos. Los pensamientos de bloqueo relacional se centran en la falta de entendimiento en la relación e incluso en su ruptura (“no nos entendemos” “no aguanto su actitud” “¿cómo le digo que se cambie de médico?”...); sin embargo la escala de pensamientos de rechazo se enfoca más bien en ideas de “quitarse de en medio al paciente” (“tengo que derivarlo al especialista como sea” “¿dónde querrá que le derive hoy?” “hoy no lo escucho”...). Parece razonable que los dos extremos de la respuesta emocional del MF, las emociones positivas y el bloqueo-ruptura relacional, fueran las escalas asociadas al apoyo emocional percibido por el paciente. Ya hemos comentado previamente la importancia de esta variable como variable resultado. No es una medida del proceso comunicacional médico-paciente como ocurre con aquellos instrumentos que tratan de objetivar habilidades comunicacionales mediante grabaciones en vídeo o audio (ROTTER DL, 2002). Es más bien una medida de satisfacción con el proceso comunicacional, por tanto lo que se pondera es el efecto que la capacidad de comunicación del MF produce en el paciente. Desde este punto de vista, estos resultados también aportan validez convergente y discriminante a las escalas de emociones y pensamientos.

El turno de tarde se asoció con mayores pensamientos de bloqueo relacional y rechazo y con emociones de desconfianza-ira. Es habitual en las conversaciones informales entre los MF comentar las malas emociones que suelen aparecer en las consultas de tarde. Los MF en tales conversaciones suelen atribuirlo al “perfil” de paciente que acude por la tarde y no por la mañana; sobre esto no hay pruebas. Lo que sí hemos encontrado es que en el turno de tarde se confirma la aparición de emociones y pensamientos negativos, e incluso de los más negativos (bloqueo relacional, rechazo, y desconfianza-ira). En general, el turno de tarde es visto por el MF como una “imposición de la organización”, aunque puede haber algún MF que lo

prefiera. Si el turno de tarde fuera de “libre elección”, es probable que la mayoría de los MF no lo eligieran. Se necesitarían investigaciones específicas que permitieran conocer con más profundidad las peculiaridades del turno de tarde.

Esta escala fue la única que se asoció significativamente con el rasgo de personalidad del MF de “extraversión”: mayor extraversión disminuye la aparición de pensamientos de bloqueo relacional. Parece que a más extraversión aumenta la capacidad relacional y aumenta la tolerancia en la relación. Una investigación sobre rasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia españoles también encontró que el rasgo “extraversión” sería protector frente al estrés crónico en las escalas de cansancio emocional y despersonalización (CEBRIÁ J, 2001).

A mayor antigüedad con el mismo cupo de pacientes disminuyó los pensamientos de bloqueo relacional y lo mismo ocurrió con pensamientos de desesperación. De este modo se confirma la hipótesis de que a medida que aumenta el conocimiento de los pacientes del cupo se suavizan la respuesta emocional negativa en los ED. En algunos estudios sobre ED se encontró que los MF con más experiencia profesional tenían menos ED (CARSON J, 1993, y CRUTCHER JE, 1980).

2.3.4.- Cuestionar soluciones

La peor calidad de vida del paciente y mayor número de eventos estresantes y cuando el médico anotó como motivo de consulta “síntomas generales” se asoció a mayores pensamientos de cuestionar soluciones. Es de notar que el motivo de consulta “síntomas generales” no se asoció a ninguna otra de las escalas de pensamientos y emociones. Se podría tratar de pacientes que se sienten en general “muy malos”, aunque objetivamente no hay pruebas de que lo estén; le han pasado sucesos en su vida estresantes, que incluso podrían contribuir a una expresión sintomática ambigua para su médico (¿quizás psicósomática?). Ante esta situación es razonable que el médico se cuestione la solución clínica de este paciente (“¿por qué no encuentro la solución?” “¿tiene solución lo que plantea?” “...o lo abordo ahora o...”).

El rasgo de personalidad de neuroticismo resultó asociado a los pensamientos de cuestionar soluciones y no a otros pensamientos. El rasgo de neuroticismo, tal y

como está medido en el cuestionario EPI tiene que ver con personas con tendencia a preocuparse, sentir inseguridad, desdicha, con labilidad emocional, a ver el futuro en negativo y con baja autoestima. El neuroticismo con las únicas emociones que se asoció fue con la depresión. En este sentido se han encontrado pruebas de que el neuroticismo se relaciona tanto con el inicio como con el mantenimiento de la depresión (BOCK, 2010).

2.3.5.- Emociones positivas

La escala de emociones positivas, después del ajuste, correlaciona significativamente con la escala de percepción por parte del paciente de buena comunicación en el ED. Esto lo hace en su apartado de entrevista centrada en el paciente (“apoyo emocional y tener en cuenta la visión del paciente”). Lo cual apoyaría la hipótesis de que “inyectar” emociones positivas en el ED podría ser la clave del cambio. Es decir, podría ser el primer paso para conseguir que la percepción de un ED, percibido como amenazante, fuera cambiada a otro tipo de percepción más constructiva. Y lo que es todavía mejor, la aparición de emociones positivas en el ED se traduciría en un mejor resultado, la satisfacción del paciente. No obstante es necesario subrayar que, dado el diseño de nuestro estudio, no podemos dilucidar con claridad la relación de esta asociación, ¿el paciente percibe una mayor satisfacción en la comunicación porque el MF tiene emociones positivas o éste las tiene porque el paciente tiene mayor satisfacción en la comunicación?

El mayor apoyo familiar y de amigos percibido por el MF se relacionó únicamente con las emociones positivas del médico; lo cual sería un nuevo argumento de validez convergente y discriminante de la escala de emociones positivas. Parece lógico que el MF que disponga de un mayor apoyo social (no profesional) tenga más probabilidades de percibir más emociones positivas en los ED. Siguiendo las teorías sobre las relaciones entre el apoyo social y los eventos estresantes (HELGESON, 2003), se podría argumentar que el MF que disponga de un mayor apoyo social, amortiguaría el efecto negativo de los ED. Esto, además, contribuiría directamente a la mayor aparición de emociones positivas. La presencia de emociones positivas también se podría entender como una primera fase de un afrontamiento adecuado al ED. Desde este punto de vista el apoyo social del MF sería más bien un factor

predisponerte del mejor afrontamiento del MF al ED. Este hallazgo subraya la importancia de las circunstancias de la vida personal del MF en la vida profesional. Por tanto, cualquier médico que quiera aumentar sus emociones positivas en los ED podría comenzar, entre otras cosas, por cuidar su mundo relacional personal. (VINCENT , 1981)

2.3.6.- Factores externos

Hubo dos variables entre los factores externos significativamente asociados al ED, la percepción de salas de espera no confortables y la dificultad en obtener la cita con el médico. La primera se asoció con los pensamientos de rechazo y emociones de desconfianza-ira y la segunda con emociones desconfianza-ira y ansiedad. Ambos factores externos pertenecerían a la interfaz paciente-organización, dentro de la dimensión de la accesibilidad percibida por el paciente; en este caso percibidos como barreras en la atención. El paciente que percibe estas barreras (dificultad para conseguir la cita, salas de espera no confortables) de forma más o menos próxima al ED, podría llegar a enfadarse lo suficiente como para que en el encuentro médico-paciente, de forma latente o manifiesta, muestre su ira. El enfado del paciente podría condicionar el ED. A este tipo de hostilidad del paciente se la conoce como “hostilidad institucional” (BORREL F, 2004), siendo un grado menor de ira, pero pudiendo influir, como si de una enfermedad contagiosa se tratara, en la aparición de los pensamientos y emociones negativos del médico. Las relaciones entre este tipo de factores externos y ED habían sido desde el punto de vista teórico (TALARICO, 1998), pero hasta ahora no había referentes de estudios empíricos.

2.3.7.- Intensidad del malestar emocional

La intensidad del malestar emocional del MF se relacionó prácticamente con todos los pensamientos y emociones, incluyendo las emociones positivas, excepto con las emociones de depresión e inseguridad y los pensamientos de cuestionar soluciones. Quizás porque estas tres escalas pudieran estar relacionadas más estrechamente con factores internos del profesional. Por ejemplo, los pensamientos de

cuestionar soluciones y las emociones de depresión, fueron los únicos relacionados con el neuroticismo y las emociones de inseguridad dependerían grandemente de los recursos clínicos y de afrontamiento de cada profesional. También hubo cierta relación dosis-respuesta, cuanto más elevado el malestar emocional, la asociación con emociones y pensamientos fue más fuerte. En las emociones de desconfianza-ira, ansiedad y emociones positivas, la relación de la intensidad del malestar emocional fue del tipo “todo o nada”, no fue significativa en malestar muy grande pero si en el malestar extremo.

2.3.8.- Eventos estresantes del médico

En los análisis bivariantes los eventos “ansiógenos” se relacionaron positivamente con diversas escalas de emociones y pensamientos negativos; mientras que los eventos de “pérdida” (muerte o enfermedad grave o de algún familiar) se relacionaron negativamente con tales escalas. Esto último podría explicarse porque los eventos de pérdida podrían estimular la empatía del MF (BARRET- LENNARD, 1993). Sin embargo, después del ajuste por el resto de variables, solamente los problemas con la justicia y la policía se relacionaron con mayores pensamientos de fracaso profesional, desesperación y bloqueo relacional y la enfermedad familiar grave con menos pensamientos de cuestionar soluciones.

2.3.9.- Centro de salud

La variable centro de salud fue significativa en todas las escalas de pensamientos y en todas las de emociones, excepto en las emociones positivas. Hubo dos centros de salud, el Valle en Jaén y Delicias en Málaga que con más frecuencia se asociaron a menor aparición de pensamientos y emociones negativas; el centro de salud Federico del Castillo de Jaén también lo hizo pero con menos frecuencia. En primer lugar hay que subrayar que dentro de los centro de salud existe cierta correlación entre los perfiles profesionales de sus MF, pero lo que aquí se destaca es la variabilidad entre los centros de salud. Sin olvidar que la selección de los MF en cada centro de salud estaría sesgada, se podría afirmar que el centro de salud modula

la respuesta emocional de los MF en los ED. Esto podría tener una aplicación práctica relacionada con la enseñanza de habilidades en el manejo de los ED por los MF, la cual se podría hacer teniendo en cuenta al equipo de cada centro de salud. En un estudio (KREBS 2006) en el que se les preguntó a los médicos por sus pacientes difíciles, se recogió una muestra de 1391 MF de USA y se midieron determinadas variables de la organización; pero desafortunadamente no se incluyó la variable centro de salud ni como efecto fijo ni aleatorio. En el resto de estudios sobre los ED tampoco se incluyó la variable centro de salud.

2.3.10- Morbilidad crónica

Hubo cinco problemas de morbilidad crónica que se relacionaron con las emociones de impotencia: Locomotor, nervioso, problemas de la sangre, psicológico y social, problemas psicológicos y sociales. Los problemas crónicos del aparato locomotor se relacionaron además de con las emociones de impotencia con las de ansiedad y la escala global de emociones negativas. Los problemas crónicos respiratorios, en cambio condicionaron una menor aparición de emociones positivas y de inseguridad. Se debe resaltar que los problemas psicosociales se relacionaron con la escala global de pensamientos negativos y los sociales con la escala global de emociones negativas. En muchos estudios se han encontrado una alta prevalencia de pacientes difíciles con problemas psicológicos (JACKSON 1999, WALKER 1997) y sociales (CARSON 1993, KREBS 2006, CRUTCHER 1980, HAHN 1994). En nuestro estudio se hallaron prevalencias de ansiedad y depresión de casi el 70% cuando en la población consultante es mucho menor. En los análisis bivariantes, la depresión (escala de Goldberg) del paciente resultó significativamente asociada con las emociones de depresión y de inseguridad del MF, y la ansiedad (escala de Goldberg) sólo con las emociones de inseguridad del MF. Sin embargo, en los análisis multivariantes se perdió tal significación. Es decir, el hecho de que un paciente en el encuentro difícil se encuentre deprimido o ansioso, no se relacionó con las emociones y pensamientos del MF. No obstante, si el MF tiene registrado a ese paciente en su lista de problemas como que padece problemas psicológicos y sociales (morbilidad crónica), entonces si existe relación significativa con las emociones y pensamientos negativos del MF en e ED.

Los problemas crónicos del aparato locomotor, generalmente se expresan en forma de dolor crónico e incapacidad, produciendo una gran desesperación en los pacientes y solicitando a sus MF reiteradamente soluciones o explicaciones sobre la persistencia del dolor. Lo cierto es que estos problemas producen en los MF emociones de impotencia, ansiedad y emociones negativas en general.

2.3.11.- Salud Mental del profesional

La depresión del médico (escala de Goldberg) se asoció con emociones de impotencia, inseguridad, y la escala global de emociones negativas. Además se asoció con pensamientos de desesperación, bloqueo relacional, rechazo, de cuestionar soluciones y la escala global de pensamientos negativos. Por el contrario, la ansiedad, después del ajuste, no se relacionó con las emociones ni pensamientos del MF en el ED. En un estudio (KREBS 2006) se encontró asociación de la mayor frecuencia de pacientes difíciles con ansiedad, depresión y el estrés del profesional, aunque sólo esta última resistió al análisis multivariante. En otro estudio (MATHERS 1995) no se encontró asociación entre el GHQ-12 y la personalidad tipo A del médico con la mayor frecuencia de pacientes difíciles. Debemos tener en cuenta que las dimensiones del burnout, la personalidad, la ansiedad y la depresión del médico tienen cierta información compartida que puede producir algún grado de solapamiento. Al ajustar por ello en los análisis multivariantes hace que se pierda la significación de algunas de ellas. Teniendo en cuenta esto último, a parte de la presencia en las ecuaciones de la depresión del médico, el desgaste emocional y el neuroticismo aparecieron relacionados con determinadas emociones o pensamientos del MF; lo cual ya se ha comentado previamente.

VII.-CONCLUSIONES

1.- Se ha identificado un conjunto de emociones y pensamientos de los MF en los ED.

2.- Se han obtenido una serie de escalas de emociones y pensamientos de los MF en los ED que son válidas y fiables.

3.- Los grupos de emociones de los MF en los ED fueron en orden de mayor a menor frecuencia: Impotencia, desconfianza-ira, ansiedad, inseguridad, depresión y emociones positivas.

4.- Los grupos de pensamientos de los MF en los ED fueron en orden de mayor a menor frecuencia: Bloqueo relacional, desesperación, fracaso-maltrato profesional, cuestionando soluciones y rechazo.

5.- Se confirmó la existencia de la polaridad de los afectos, construyéndose una escala global de emociones negativas, una de emociones positivas y otra de pensamientos negativos.

6.- Se halló un fenómeno de ambivalencia emocional en el ED, donde coexiste junto a las emociones y pensamientos negativos, las emociones positivas.

7.- Se ha confirmado que el ED puede explicarse mediante un modelo que incluya variables del médico, del paciente, la organización y su interfaz.

8.- Los factores asociados a las distintas escalas de emociones y pensamientos de los MF en los ED fueron diferentes según las escalas, aportando criterios de especificidad y de validez convergente y discriminante.

9.- Entre las principales variables del paciente asociadas a las escalas de emociones y pensamientos del MF en el ED señalamos: los problemas crónicos psicosociales y del aparato locomotor, la insatisfacción con la convivencia en el hogar, los eventos estresantes, y algunas categorías del estado civil y la situación laboral del paciente.

10.- El turno de tarde y el centro de salud y la ciudad fueron las variables de la organización asociadas a las escalas de emociones y pensamientos del MF en el ED señalamos.

11.- Las variables del médico asociadas a las escalas de emociones y pensamientos del MF en el ED fueron: el neuroticismo, la extraversión, el desgaste emocional, la realización personal, la depresión, el apoyo social, antigüedad en el cupo, los eventos estresantes y el tener residente de MFyC asignado.

12.- Las variables de la interfaz asociadas a las escalas de emociones y pensamientos del MF en el ED fueron: La intensidad del malestar emocional, la dificultad para obtener citas, la percepción de salas de espera no confortables, frecuentación, motivos de consulta según el paciente y según el médico y percepción de comunicación médico-paciente por parte del paciente.

13.- La introspección emocional del médico de familia podría ser un elemento clave para mejorar los encuentros difíciles.

VIII.-BIBLIOGRAFÍA

ADLER G. The physician and the hypochondrical patient. *N Eng J Med* 1981, 304:1394-1396

AHMAD AW, DAG E, KURT S. The influence of sociodemographic characteristics on health care utilization in a Swedish municipality. *Ups Med Sci* 2004;109:33-42

AINSWORTH MA, ROGERS LP, MARKUS JF, DORSEY NK, BLACKWELL TA, PETRUSA ER. Standardized patient encounters. A method for teaching and evaluation. *JAMA* 1991;266:1390-6

ALONSO J, PÉREZ P, SÁEZ M, MURILLO C. Validez de la ocupación como indicador de la clase social, según la clasificación del 'British Registrar General'. *Gac Sanit* 1997; 11: 205-213

AMEZCUA M, La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica* 2003;13:112-17).

ANSTETT R: The difficult patient and the physician-patient relationship. *J Fam Pract* 1980; 11: 281.286.

ARBOLEIUS E, BREMBERG S. What can Doctors do to achieve a successful consultation? Videotaped interviews analysed by yhe "consultation map" method. *J Fam Pract* 1992; 9: 61-66

ARILLO A, VILCHES C, MAYOR M, GURPEGUI JR, ARROYO C Y ESTREMER A V. Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿cómo se sienten tratados por sus médicos/as?". 2005, XVI Congreso Nacional de Entrevista Clínica, Pamplona del 14 al 16 de Mayo de 2005.

ASTIN JA, SOEKEN K, SIERPINA, CLARRIDGE BR, Barriers to the Integration of Psychosocial Factors in Medicine: Results of a National Survey of Physicians. *Jam Board Fam Med* 2006; 19(6): 557-567

BADÍA X, SALAMERO M, ALONSO J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español (2ª ed.). Barcelona: Edimac, 1999.

BAEZ K, AIARZAGUENA J, GRANDES G, PEDRERO E, ARANGUREN J, RETOLAZA A. Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case-control study 1998;48:1824-27.

BAIN, J.A.(1928).Thought control in everyday life. Nueva york. Funk y Wagnales.

BAKER R, Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract.* 1996 October; 46(411): 601-605.

BALINT M. The doctor, his patient and the illness. New York: International University Press Inc, 1957.

BALINT M. The doctor, his patient and the illness. Rev ed. New York, NY: International Universities Press;1964.

BAR-ON R, The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): a test of emotional intelligence. 1997. Toronto: Multi-Health Systems.

BAR-ON R. The Bar-On model of emotional intelligence. *Psicothema* 2006; 18 supl: 13-25.

BARRET- LENNARD GT. The phases and focus of empathy. *Br J Psychol* 1993;66:2-14.

BARRY CA, BRADLEY CP, BRITTEN N, STEVENSON FA, BARBER N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *Br Med J* 2000 May 6;320 (7244):1246-50.

BARSKY AJ. Hidden reasons some patients visit doctors. *Ann Intern Med.* 1981, 94:492-499.

BASS MJ, BUCK C, TURNER L, DIKIE G, PRATT G, ROBINSON C. The physician's actions and outcomes of illness in family Practice. *J Fam Pract* 1986; 23:43-47.

BATESON G, RUESCH J. Comunicación. Matriz social de la psiquiatría. Barcelona, Paidós, 1984.

BEACH MC, INUI T and the Relationship-Centered Care Research Network. Relationship-Centered Care: A constructive reframing. *J Gen Intern Med* 2006; 21:S3-S8.

BEAULIEU MD, LECLERE H, BORDAGE G. Taxonomy of difficulties in General Practice. *Can Fam Phys* 1993; 39:1369-1375.

BECKMAN HB, FRANKEL RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med.* 1984;101:692-6.

BELLON JA. La consulta del Médico de Familia: cómo organizar el trabajo (1). La consulta a demanda. En: Gallo FJ. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. I.M & C. 1993;275-86.

BELLÓN JA. La consulta del médico de familia: Cómo organizar el trabajo (2). Consulta programada y otras actividades. En: Gallo FJ. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. I.M & C. 1993:287-94.

BELLÓN JA, DELGADO A, LUNA JD, LARDELLI P. Psychosocial and health belief variable associated with frequent attendance in primary care. *Psychol Med* 1999;29:1347-1357.

BELLÓN JA, LARDELLI P, LUNA JD, DELGADO A. Validity of self-reported utilisation of primary health care services in an urban population in Spain. *J Epidemiol Com Health* 2000; 54:544-652.

BELLÓN JA. Habilidades de Comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. *Anales Sis San Navarra* 2001;24 (Supl.2):7-13.

BELLON JA, FERNANDEZ ASENSIO ME. Emotional profile of physicians interviewing to frequent attendees. *Patient Educ Couns* 2002; 48:33-41.

BELLON JA. Pacientes difíciles, médicos difíciles, encuentros difíciles. XXIV congreso de semFYC. *Aten Prim* 2004; 34 (Extraord 1):17-22.

BELLÓN JA, DELGADO A, LUNA JD, LARDELLI P. Patient psychosocial factors and primary care consultation: a cohort study. *Family Practice* 2007;24:562-569.

BELLÓN JA, RODRÍGUEZ-BAYÓN A. ¿Qué hay de cierto en que es posible reducir la utilización de las consultas de los pacientes hiperutilizadores?. *Aten.Prim* 2008;40(12):591-3.

BENSON J, MAGRAITH K. Compassion fatigue and burnout. The role of Balint groups. *Australian Fam Physician* 2005 Jun; 34(6): 497-498.

BERG H, MARKLUND B. Characteristics of frequent attenders in different age and sex groups in primary Health care. *Scand J Prim Health Care* 2003;21:171-7.

BERTALANFFY LV. *Teoría General de los Sistemas*. México: FCE, 1976.

BLANEY P. Affect and Memory: A review. *Psychological Bulletin*. 1986;99:229-246.

BLAXTER M: *Health and Lifestyles*. Routledge, London; 1990.

BOCK C, BURKH JD, VINBERG M, GETHER U, KESSING LV. The influence of comorbid personality disorder and neuroticism on treatment outcome in first episode depression. *Psychopathology* 2010; 43:197-204).

BOERMA WGW, VAN DEN BRINK A. Gender-related differences in the organization and allocation of services among general practitioners in Europe. *Med Care* 2000;38:993-1002.

BONAL P. Factores influenciadores del médico. En: *Monografías clínicas en atención primaria nº 7. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud*. Barcelona. Doyma 1991;29-37.

BORKOVEC TD, WEERTS TC, y BERNSTEIN DA. Assessment of anxiety. En: Caminero AR, Calhoun KS, y Adams HE, (Eds): *Handbook of Behavioural assessment*. N. York: 1977.

BORRELL F, ALBAIGES L, MORANDI T, SAMBOLA JR, RAMOS J, APARICIO D. Relación asistencial y modelo biopsicosocial. En: Martín A, Cano JF. *Manual de Atención Primaria*. Barcelona, Doyma, 1986.

BORRELL F. *Manual de entrevista clínica para la atención primaria de salud*. Barcelona. Doyma 1989.

BORRELL F. *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: semFYC; 2004.

- BORRELL F. La competencia emocional del médico. *JANO* 2004; 66(1512):994-97.
- BORRELL F, EPSTEIN R Y PARDELL-ALENTÀ H. Profesionalidad y profesionalismo: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. *Med Clin (Barc)*. 2006;127(9):337-42.
- BOWER GH. Mood and Memory. *Am Psychologist*, 1981;36:129-148.
- BOWER GH, GILLIGAN SG, MONTEIRO KP. Selectivity of learning caused by affective states. *Journal of Experimental Psychology: General*. 1981;110:451-473.
- BOWER GH, COHEN PR. Emotional influences in memory and thinking: Data and theory. En FISKE S, CLARK M (Eds.), *Affect and cognition: The 17th annual Carnegie symposium on cognition*. Hillsdale, NJ. Erlbaum. 1982.
- BOWER GH. Affect and cognition. *Philosophical Transactions of the Royal Society London*. 1983;302(b):387-402.
- BOYATZIS R, GOLEMAN D, RHEE K. Clustering competence in emotional intelligence: insights from the emotional competence inventory (ECI). In Bar-On R and Parker J D A (eds.): *Handbook of emotional intelligence*. 2000:343-362. S. Francisco: Jossey-Bass.
- BROWN JB, WESTON WW, STEWART MA: Patient-Centred Interviewing Part II: Finding Common Ground. *Can Fam Physician* 1989; 35: 153-157.
- BRUGHA T, BEBBINGTON P, TENNANT C, HURRY J. The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychol Med* 1985, 15:189-1.
- BURFORD S.F, KELLER V, PLATT F. Difficult patient or difficult situation? *Patient Care* 1998, 15: 167-180.
- BUTLER CC, EVANS M. The "heartsink" patient revised. *J Gen Pract* 1999;49:230-33.
- BYRNE PS, LONG BEL. Doctors talking to patients. Exeter, Roy Coll Gen Pract 1984.
- CANNON W B. The James-Lang theory of emotions: a critical examination and alternative. *Am.Jour. of Psychology*. 1927; 39:106-124.
- CAPE J, BARKER C, BUSZEWICZ M, PISTRANG N. General practitioner psychological management of common emotional problems (I): definitions and literature review. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 313-318.
- CAPLAN RP. Stress, anxiety and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *Br Med J* 1994;309:1261-1263.
- CARLSON JG, HATFIELD E. *Psychology of Emotion*. 1992. Orlando, FL, Holt, Rinehart and Wiston.
- CARSON J, NORRIS G, HAWORTH R: The difficult patient. *The Practitioner* 1993, 237:313-317.

- CASAJUANA J. 10 minutos: los gozos y las sombras. FMC 2004;11(8):476-481.
- CASTILLA DEL PINO C. Teoría de los sentimientos. 3ª edición. Tusquets editores. Barcelona, dic. 2000.
- CATALDO KP, PEEDEN K, GEESEY ME, DICKERSON L. Association between Balint Training and physician empathy and work satisfaction. *Fam Med* 2005 May; 37(5): 328-31.
- CEBRIÁ J, SEGURA J, CORBELLA S, SOS P, COMAS O, GARCIA M, et al. Rasgos de la personalidad y Burnout en los médicos de familia. *Aten Primaria* 2001; 27(7):459-468.
- CEBRIÀ J, PALMA C, SEGURA J, GRACIA R, PÉREZ J. El entrenamiento en habilidades de comunicación podría ser un factor preventivo del síndrome de *burnout* en médicos de familia *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2006;33(1):34-40.
- CHAMBERS R, CAMPBELL I. Anxiety and depression in general practitioners: Associations with type of practice, fundholding, gender and other personal characteristics. *Family Practice* 1996; 13:170-73.
- CHANDY J, SCHWENK TL, ROI LD, COHEN M. Medical care and demographic characteristics of "difficult" patients. *The Journal of Family Practice*, 1987;24(6):607-610.
- CHOUDHRY NK, FLETCHER R, SOUMERAI S. Systematic Review: The Relationship between Clinical Experience and Quality of Health Care. *Ann Intern Med*. 2005;142:260-273.
- CLEMENT WM, HADDY R, BACKSTROM B. Managing the difficult patient. *J Fam Pract* 1980; 10:1079-1083.
- COAN JA & ALLEN JBJ, *Handbook of Emotion Elicitation and Assessment*. 2007. Oxford Univ, Press, 2007.
- CORNEY RH, STRATHDEE GK, HIGGS R, KING M, WILLIAMS MD, SHARP D, PELOSI AJ. Managing the difficult patient: practical suggestions from a study day. *Journal of the royal College of General Practitioners*, 1988, 38: 349-352.
- CORREDERA A. En busca del médico difícil. Mesa redonda congreso Semfyc, Sevilla 2004.
- CORTESE A. 2003 ¿Qué es la inteligencia emocional? [www. Sht.com.ar](http://www.sht.com.ar). Extraído el 28 de marzo de 2003.
- CORTESE, A. 2003. La Inteligencia Emocional en la empresa. www.sht.com.ar. Extraído el 28 de marzo de 2003-04-07.
- COUDEYRE E, RANNOU F, TUBACH F, BARON G, CORIAT F, BRIN S, et al. General practitioner's fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain* 2006; 124:330-337.

COULEHAN JL. Tenderness and steadiness: emotions in medical practice. *Lit Med*. 1995;14: 222-36.

CRUTCHER JE, BASS MJ The difficult patient and the troubled physician. *J Fam Pract*. 1980 Nov;11(6):933-8.

D'ZURILLA T, GOLDFRIED M. Problem-solving and behaviour modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 1971; 78:107-126.

DAMASIO A R. El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano. Crítica S. L. Tercera Edición. Barcelona 2004. (Trad. versión original: DAMASIO A R. Descartes' Error. Emotion, reason, and the human brain. 1994. New York: Grosset/Putnam).

DAMASIO H. Human Neuroanatomy from Computerized Images. Oxford University Press, New York. 1994.

DAVID A. A "hopeless" patient. *Am Fam Physician*. 2001;63:575-576, 579.

DE LA REVILLA L, DE LOS RIOS AM. La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar *Aten Primaria* 1994;13:73-6.

DELGADO A, LOPEZ FERNÁNDEZ LA. Práctica profesional y género en atención primaria. *Gac.Sanit* 2004;18:112-117.

DELGADO A, LOPEZ LA, LUNA JD. Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Med Care* 1993;31:795-800.

DELGADO M, LLORCA J. BIAS. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58:635-41.

DIAZ JL, FLORES E. La estructura de la emoción humana: un modelo cromático del sistema afectivo. *Salud Mental* 2001;24 (4):20-35.

DIMBERG U, THUNBERG M, ELMEHED K. Unconscious facial reactions to emotional facial expressions. *Psychol Sci* 2000 Jan; 11(1): 86-9.

DIXON T. Heartsink. *Can Fam Phys* 1989; 35:2381-2382.

DOKTER HJ, DUIVENVOORDEN HJ, VERHAGE F. Changes in the attitude of general practitioners as a result of participation in a Balint group. *Fam Pract*. 1986;3:155-63.

DOWRICK C, MAY C, RICHARADSON M, BUNDRED P. The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality? *Br J Gen Pract* 1996;46:105-7.

DOWRICK C, BELLÓN JA, GOMEZ MJ. (a) Frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *Br J Gen Pract* 2000;50:361-5.

DOWRICK C, RING A, HUMPHRIS GM, SALMON P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *British Journal of General Practice* 2004;54:165-70.

DRYDEN W, GOLDEN W. Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy. 1986. London. Harper and Row, Publishers.

DSM-IV- AP (Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Atención Primaria). 1997. Barcelona ed. Masson S.A.

EDWARDS N, KORMACKI J, SILVERSIN J. Unhappy doctors: What are the causes and can be done? *Br Med J* 2002;324(7341):835-39.

ECONOMETRIC SOFTWARE INC. LIMDEP 9.0, Econometric Modelling guide, Volume 2, New York 2010.

EISENBERG JM. Physician utilization. The state of research about physicians' practice patterns. *Med Care* 1985;23:461-83.

EISENBERG, J. Physician Utilization: The State of Research about Physicians' Practice Patterns. *Med Care* 2002;40(11):1016-35.

EKMAN P, LEVENSON RW, FRIESEN WV. Autonomic nervous system activity distinguishes between emotions. *Science* 1983;221:1208-1210.

EKMAN P. Facial expressions of emotion: New findings, new questions. *Psychological Science*. 1992; 3:34-38.

EKMAN P, DAVIDSON R. Questions About Emotion. Oxford University Press. New York. 1994.

EKMAN P, ROSENBERG E. What the face reveals: Basic and applied studies of spontaneous facial expression using the Facial Action Coding System (FACS) (2nd edition). New York: Oxford University Press, 2005

ELLIS A, DRYDEN W. Racional-Emotive Therapy (RET). En DRYDEN W, GOLDEN W. Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy. 1986. London. Harper and Row, Publishers.

ELLIS A, BERNARD ME. ¿Qué es la terapia racional-emotiva (RET)? En Bernard ME y Ellis A (Eds.): Aplicaciones clínicas de la Terapia Racional Emotiva. Bilbao. Desclée de Brouwer, 1990. (Original en inglés, 1985).

ELLIS A, GRIEGER R. (Eds.): Manual de terapia racional-emotiva. 1990. Bilbao, Desclée de Brouwer.

ELLIS A. Handbook of rational-emotive therapy. New York: Springer-Verlag. 1997.

ELY JW, LEVINSON W, ELDER N, MAINOUS AG, VINSON DC: Perceived Causes of Family Physicians' Errors. *J Fam Pract* 1995;40:337-344.

EPSTEIN RM, CAMPBELL TL, COHEN-COLE SA, MCWHINNEY IR, SMILKSTEIN G. Perspectives on patient-doctor communication. *J Fam Pract* 1993;37:377-88.

EPSTEIN RM. Mindful practice. *JAMA* 1999;282:833-839.

EPSTEIN RM, HUNDER EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002;287:226-35).

ESCRIBÀ V, ARTAZCOZ L Y PÉREZ S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria* Volume 22, Issue 4, July 2008, Pages 300-308.

FARAGHER EB, CASS M, COOPER CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *J Occup Environ Med* 2005; 62(2):105-112.

FERNANDEZ-BALLESTEROS R. Los Autoinformes. En Fernández-Ballesteros (Ed): *Introducción a la evaluación psicológica*. (volumen 1) 1992. Madrid: Pirámide.

FERNANDEZ-BERROCAL P, EXTREMERA N. Emotional intelligence: A theoretical and empirical review of its first 15 years of history. *Psicothema*. 2006; 18 supl:7-12.

FERRIMAN A. Doctors explain their unhappiness. *Br Med J* 2001;322:1197-8.

FIGLEY C. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol* 2002;58:1433-41.

FRANKEL RM. Relationship-centered care and the patient-physician relationship. *J Gen intern Med*. 2004;19(11):1163-5.

FREIXA M, SALAFRANCA LL, GUARIDIA J, FERRER R, TURBANY J. Análisis exploratorio de datos: nuevas técnicas estadísticas. Barcelona: PPU, 1992).

FREUDENBERG HJ. Staff Burnout. *Journal of Social Issues* 1974; 30: 159-175).

FRIEDMAN H, BOOTHBY-KEWLY S. The Disease-Prone Personality: a Meta-Analytic View. *Am Psychologist*. 1987; 42.

FUERTES J N, MISLOWACK A, BENNETT J, PAUL L, GILBERT T, FONTAN G, BOYLAN L: The physician-patient working alliance. *Patient Ed and Counseling*; 66 (2007) 29-36.

FUSTER JM. *The prefrontal Cortex: anatomy, Physiology, and Neuropsychology of the Frontal Lobe*. (2ª ed)Raven Press, N. York, 1989.

GABBARD GO 1985. The role of compulsiveness in the normal physician. *JAMA*. 1985;254:2926-2929.

GABBARD GO, MENNINGER RW. The psychology of postponement in the medical marriage. *JAMA*. 1989; 261:2378-2381.

GADNER H. *Frames of Mind: Theory of Multiple intelligences*. N York: Basic Books. 1983:40-42.

GADNER H, *Multiple Intelligences Go to School*. *Educational Researcher*, 1989;18, 8.

GADNER H. Multiple Intelligences: The Theory in practice. N York: Basic Books Inc. (1993).

GANDEK B, WARE JE, AARONSON NK, APOLONE G, BJORNER JB, BRAZIER JE ET AL.: Cross-Validation of item selection and scoring for the SF-12 Health survey in nine countries: Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol* 1998; 11:1171-1178.

GARCIA CAMPAYO J. La práctica del “estar atento” (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. *Aten Prim.* 2008; 40(7): 363-6.

GARCIA M. Teoría de la organización. Conceptos generales sobre la organización. En: Gallo FJ. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. Madrid. Ed I.M. & C. 1993:239- 49.

GAVINO A. Guía de técnicas de terapia de conducta. Madrid: Pirámide 2006.

GERRARD TJ, RIDDELL JD. Difficult patient: black holes and secret. *BMJ* 1988; 297: 530-533.

GIRÓN M, MANJÓN P, PUERTO J, SÁNCHEZ E, GÓMEZ-BENEYTO M. Clinical Interview Skills and Identification of Emotional Disorders in Primary Care. *Am J Psychiatry* 1998; 155:530–535.

GOLDFRIED MR. Systematic desensitization as training in self-control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1971;37,228-234.

GOLDMAN-RAKIC. La memoria funcional y la mente. *Investigación y ciencia.* 1992;194:68-75.

GOLEMAN D H.1998. Inteligencia Emocional en la empresa www.inteligenciaemocional.com. Extraído el 28 de marzo de 2003.

GOLEMAN D. Emotional Intelligence. 1995 New York: Bantam Books.

GOLEMAN D. Emotional intelligence: perspectives on a theory of performance. In C. Cherniss & Goleman (eds.): The emotionally intelligent workplace. San Francisco: Jossey-Bass. 2001.

GOLEMAN D. Inteligencia Emocional. Ed. En Español. Kairos. Barcelona 1996.

GÓMEZ-CALCERRADA D, HERNÁNDEZ DEL POZO F, GOMEZ BERROCAL M. La Investigación en la Utilización de Servicios Sanitarios. *FMC* 1996;3(4):229-42.

GOODWIN JM, GOODWIN JS, KELLNER R. Psychiatric Symptoms in disliked medical patient. *JAMA* 1979; 241: 1117-1120.

GORLIN R, ZUCKER HD. Physician's reactions to the patients. *N Eng J Med* 1983;308:1059-1063.

GOTLIB I H, and MEYERJP. Factor analysis of the Multiple Affect Adjective Check List: A separation of positive and negative affect. *Journal of Personality and social Psychology*, 1986; 50:1161-1165.

GREENLAND S. Modeling variables selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health* 1989; 79:340-9).

GROL R, DE MAESENEER J, WHITFIELD M, MOKKINK H. Disease-centred versus patient-centred attitudes: comparison of general practitioners in Belgium, Britain and Netherlands. *Family Practice* 1990;7:100-3.

GROVES JE. Taking care of the hateful patient. *N Eng J Med* 1978; 298:883-887.

HAAS LJ, LEISER JP, MAGILL MK, SANYER O. Management of the Difficult Patient *Am Fam Physician*, 2005 Nov 15, 72 (10): 2063-8.

HACIENDA Anuario Andaluz de las mujeres 2001-2004 con perspectiva de género. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/anuarioMujer/anuarioMujer04/index.htm>

HAHN SR, THOMSON KS, WILLS TA, STERN V, BUDNER N. The difficult doctor-patient relationship: communication, personality and psychopathology *J Clin Epidemiol*. 1994 Jun; 47 (6): 647-58.

HAHN SR, KROENKE K, SPITZER RL, BRODY D, WILLIAMS JB, LUNZER M, de GRUY FV 3rd. The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment *JGIM*;1996; 11: 1-8

HAHN SR. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Ann intern Med* 2001 May 1; 134 (9 Pt2): 897-904.

HALL JA, IRISH JT, ROTER DL, EHRLICH CM, MILLER HL. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Med Care* 1994;32(12):1216-31.

HALPERN J. What is Clinical Empathy? *J Gen Intern Med*. 2003 August; 18(8): 670-674.

HALPERN J Empathy and Patient-Physician Conflicts. *Society of General Internal Medicine* 2007;22:696-700.

Handling the angry patient. Healthcare Providers Service Organization Risk Advisor [newsletter on the Internet]. 1999;2(1). Available at: <http://www.hpsso.com/newsletters/1-99/pharm3.shtml>. Accessed March 31, 2005.

HARRISON. Principios de Medicina interna. BRAUNWALD E, ISSELBACHER KJ, PETERSDORF RG, WILSON JD, MARTIN JB, FAUCI AS (EDITORES) Edit Interamericana McGraw Hill, Séptima edición en Español, 1987.

HARTMAN TC, HASSINK-FRANKE LJ, LUCASSEN P, VAN SPAENDONCK K and VAN WEEL C. Explanation and relations. How do general practitioners deal with

patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Family Practice* 2009, 10:68 doi:10.1186/1471-2296-10-68.

HEGGENHOUGEN HK, SHORE L. Cultural components of behavioural epidemiology: implications for primary health care. *Soc Sci Med* 1986;22:1235-45.

HELGESON VS, social support and quality of life. *Qual life Res.* 2003;12 Suppl 1:25-31

HENDERSON JT, WEISMAN CS. Physician gender effects on preventive screening and counselling: an analysis of male and female patients' health care experiences. *Med Care* 2001; 2001;39:1281-92.

HERMAN J. Anger in the consultation. *Br J Gen Pract* 1990, May: 176-177.

HILBE JM. *Negative Binomial Regression*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

HOOPER EM, COMSTOCK LM, GOODWIN JM, GOODWIN JS. Patient characteristics that influence physician behaviour. *Med Care.* 1982 Jun; 20(6):630-8.

HOWIE JGR, HOPTON JL, HEANEY DJ, PORTER AM. Attitudes to medical care, the organization of work, and stress among general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992;42:181-85.

ILLINWOTH RS. Why irritated? *Arch Dis Child* 1988;63:567-568.

INSTITUTO DE ESTADISTICA DE ANDALUCIA. CONSEJERÍA DE ECONOMIA Y

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Censo Poblacional . Madrid, 1991.

INUI TS, YOURTEE EL, WILLIAMSON JW: Improved outcomes in hypertension after physician tutorials. A controlled trial. *Ann Intern Med* 1976; 84:646-651.

ISEN AM. The influence of positive and negative affect on cognitive organization. En : Stein NL, Leventhal E, Trabasso T (eds), *Psychological and Biological Approaches to Emotion*. 1990 :75-94. Hillsdale, NJ LEA.

IZARD CE, LIBERO DZ, PUTMAN P, y HAYNES OM. Stability of emotion expression experiences and their relations to traits of personality. *Journal of social and Personality Psychology*, 1993; 64:847-860.

JACKSON JL, KROENKE K. Difficult Patient encounters in the Ambulatory Clinic. *Clinical Predictors and Outcomes*. *Arch Intern Med* 1999; May; 159: 1069-1075.

JACKSON JL, KROENKE K. The effect of unmet expectations among adults presenting with physical symptoms. *Ann Intern Med.* 2001 May 1;134(9 Pt 2):889-97.

JACOBSON, E . *Progressive relaxation*. Chicago. University of Chicago Press. 1929.

JAIN A, OGDEN J. General practitioners' experiences of patients' complaints: a qualitative study. *Br Med J* 1999;318:1596-1599

JERSEN A. Verbal mediation and educational potential. *Psychology in the schools*. 1996. 3, 99-100.

JOHN C, SCHWENK TL, ROI LD, COHEN M. Medical Care and Demographic characteristics of Difficult Patients. *J.Fam Pract* 1987; 24:607-610.

JOHNSON A, BROCK C, HAMADEH G, STOCK R. The current status of Balint groups in US family practice residencies: a 10-year follow-up study, 1990–2000. *Fam Med* 2001;33(9):672-7.

JOHNSON RL, ROTER D, POWE NP and COOPER LA. Patient Race/Ethnicity and Quality of Patient–Physician Communication During Medical Visits (*Am J Public Health*. 2004;94:2084–2090).

KALIN N. Aspects of emotion conserved across species. Mac Arthur Affective Neuroscience Meeting. Wisconsin 1992.

KAPLAN SH, GREENFIELD S, WARE JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27 (supl3): 110-127.

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.

KEENEN K. Physician *burnout* –why it happens &what to do about it-. *Missouri Medicine* 2003;100:128-31.

KEENEY BP, A aesthetic of change.1983 New York: Guilford. Trad cast: Estética del cambio. Barcelona Ed. Paidós 1991.

KERINS G, PETROVIC K, GIANESINI J, KEILTY B, BRUDER MB. Physician attitudes and practices on providing care to individuals with intellectual disabilities: an exploratory study. *Conn Med*. 2004 Sept; 68(8):485-90.

KLUVER H, BUCY PC. “Psychic blindness” and the other symptoms following bilateral temporal lobe lobotomy in rhesus monkeys. *American Journal of Physiology*. 1937; 119:352-353

KORZYBSKI A. An Introduction to Non-Aristotelian Systems and General Semantics Chapter: Evolution of Consciousness. 1973:Institute of General Semantics/CN

KRAVITZ RL, CALLAHAN EJ, PATERNITI D, ANTONIUS D, DURHAM M, LEWIS CE. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Ann Intern Med* 1996; 125:730-37.

KREBS EE, GARRETT J, KONRAD TR. The difficult Doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. *BMC Health Services Research* 2006, 6: 128

- KÜBLER-ROSS E. *Vivir hasta despedirnos*. Edit. Luciérnaga, Barcelona, 1991
- LABRADOR FJ, VALLEJO MA. Técnicas de Biofeedback. En Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M. *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*: 627-55, 2001, Madrid: Pirámide.
- LANE AM & LANE HJ. Predictive effectiveness of mood measures. *Perceptual and Motor Skills*. 2002, 94:785-791.
- LANG F, FLOID MR, BEINE KL. Clues to patients' explanations and concerns about their illness. A call for active listening. *Arch Fam Med* 2000;9:222-227.
- LANGE,R.D AND JAMES,W. *The emotions*. Baltimore: Williams & Wilkins Co. 1922.
- LANGEWITZ W, DENZ M, KELLER A, KISS A, RÜTTIMANN S, WÖSS-MER B. Spontaneous talking time of consultation in outpatient clinic: cohort study. *MGJ*. 2002;325:682-2.
- LAPLANE D, DEGOS JD, BAULAC M, GRAY F. Bilateral infarction of the anterior cingulate gyri and the fornices. *Journal of the Neurological Sciences*. 1981; 51:289-300
- LAW SAT. BRITTEN N. Factors that influence the patient centeredness of a consultation. *Br J Gen Pract* 1995;45:520-524.
- LAZARUS RS. *Psychological stress and the coping process*. 1966. New York: McGraw-Hill.
- LAZARUS RS. Thoughts on the relations between emotion and cognition. *Am. Psychologist*. 1982;37:1019-1024.
- LE DOUX J. How Scary Things Get That Way. *Science*: Nov. 1992.
- LE DOUX J. Emotion and the Limbic System Concept. En *Concepts in Neuroscience*; 1992, 2.
- LE DOUX J. Emotional Memory systems in the brain. *Behavioural and Brain research*, 1993; 58.
- LE DOUX J. How Scary Things Get That Way. *Science*: Nov. 1992.
- LE DOUX JE. "Emotion and the Amygdala" en Aggleton JP ed. *The Amygdala Neurobiological Aspects of Emotion, Memory and Dysfunction*, Wilwy-Liss, N. York: 339-351.
- LEVINSON W, ROTER D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med*. 1995;10:375-9.
- LEVINSON W, ROTER DL, MULLOOLY JP, DULL VT, FRANKEL RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277: 553-59.

LEVINSON W, GORAWARA-BHAT R, LAMB J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA*. 2000;284:1021-1027.

LEWIN SS, SKEA ZC, ENTWISTLE V, DICK J, ZWARENSTEIN M. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. *Cochrane Library* (4). Oxford, Update Software, 2001.

LI HZ, KRYSKO M, DESROCHES NG, DEAGLE G. Reconceptualizing interruptions in physician-patient interviews: cooperative and intrusive. *Commun Med*. 2004; 1(2):145-57.

LICK JR, KATKIN ES. Assessment of anxiety and fear. En *Hersen M y Bellack A* (eds.). *Behavioral Assessment: a practical Handbook*. 1976 New York: Pergamon Press.

LIEBERMAN JA. Medical education and patient's psychosocial needs. *J Fam Pract* 1999;48:675-6.

LIN EH, KATON W, VON KORFF M, BUSH T, LIPSCOMB P, RUSSO J, WAGNER E. Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *J Gen Intern Med* 1991;6:241-6.

LIN CT, ALBERTSON GA, SCHILLING LM, CYRAM EM, ANDERSON SN, WARE L, et al. Is patients's perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? *Arch Intern Med* 2001; 161:1437-42.

LIPKIN M, PUTMAN SM, LAZARE A, eds. *The Medical Interview. Clinical Care, Education and Research*. New York NY: Springer-Verlag NY Inc; 1995.

LOPEZ EA. Necesidades básicas insatisfechas. *Aten Primaria* 2005;35(5):258-9.

LOPEZ LA, SANCHEZ – CANTALEJO E, CALZAS A, SILES D, SEVILLA E, OLEAGA I. Elaboración de un cuestionario para el estudio del clima organizacional de los centros de salud. *Aten Primaria* 1988;5:531-5.

LURIA, A. (1961). *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. New York. Liveright.

LURIA, A. (1963). *Psychological studies of mental deficiency in the Soviet Union*. En N.R. Ellis (dir). *Handbook of mental deficiency*. New York, Mc Graw-Hill.

MAAZOR SS, HAMPERS LC, CHANDE VT, KRUG SE. Teaching Spanish to Pediatric Emergency Physicians Effects on Patient Satisfaction *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156:693-695.

MACLEAN P D. *The Triune Brain in Evolution*. Plenum Publishing. New York, 1990.

MAHONEY M, ARKNOFF D. Cognitive and self-control therapies. En: GARFIELD SL, GERGIN AE. (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. 1978: N York. Wiley.

MALTERUD K, HOLLNAGEL H. The Doctor Who Cried: A Qualitative Study about the Doctor's Vulnerability. *Ann Fam Med* 2005; 3:348-352.

MANCERA J, MUÑOZ F, PANIAGUA F, FERNANDEZ C, FERNANDEZ ML, BLANCA J. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. *Aten Primaria* 2001;27:658-662.

MANDLER G, KREMEN I. Autonomic feedback: a correlational study. *Journal of personality*. 1958; 26:388-399.

MANDLER G. *Mind and emotion*. New York: John Wiley and sons. 1975.

MARTIN A, CANO JF. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona, Doyma 1997.

MARTIN E, RUSSELL D, GOODWIN S, CHAPMAN R, MICHAEL N, SHERIDAN P. Why patients consult and what happens when they do. *BMJ* Aug 1991; 303: 292-94.

MARTÍN J, DEL CURA MI, Y GÓMEZ T, satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor- Relationship Questionnaire. *Aten Primaria* 2010; 42:196-203).

MARTÍNEZ-CAÑAVATE T, BELLÓN JA, DELGADO A, LUNA J, LOPEZ L, LARDELLI P. Modelo multinivel explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria a partir de los factores del profesional y de la organización. *Aten Primaria* 2004;34(extra1):119-55.

MARTÍNEZ-CAÑAVATE MT. *Modelo multinivel de utilización en atención primaria*. [Tesis doctoral]. Univ. Granada, 2007.

MASLASCHE C, JACKSON SE. *The Maslach Burnout Inventory (2ª ed.)*. University of California Palo Alto. Consulting Psychologists Press. 1986. (Versión Española adaptada por Nicolás Seisdedos Cubero. TEA. 1987.

MATHERS N, JONES N, HANNAY D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995;45:293-96.

MAYER J, STEVENS A. An emerging understanding of the reflective (meta) experience of mood. *Manuscrito inédito*. 1993

MAYER J.D, SALOVEY P. The Intelligence of emotional intelligence. *Intelligence (EU)* 1993;17: 433-442 .

MAYER JD, SALOVEY P. What is emotional intelligence? En Salovey and Sluyter (eds.): *Emotional development and emotional intelligence: educational applications*. 1997:3-31. New York: Basic Books.

McCUE J D. The effects of stress on physicians and their medical practice. *N Engl J Med* 1982; 306: 458-463.

McDONALD PS, O'DOWD TC. The Heartsink Patient: a preliminary study. *Fam Pract An Intern J* 1991;m8:112-116.

McMURRAY JE, LINZER M, KONRAD TR, et al. The work lives of women physicians. *J Gen Intern Med*. 2000;15:372-380.

MEAD N, BOWER P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.

MEICHENBAUM D. Cognitive-behaviour modification. 1977 N.York. Plenum.

MEIER D, BACK A, MORRISON R: The inner life of physicians and care of seriously ill. *Journal of American Medical Association*. 2001; 286: 3007-14.

MERCER S, REYNOLDS W. Empathy and quality of care. *Br J Gen Practice*. 2002; 52: S9-S13.

MIGUEL-TOBAL JJ, CANO-VINDEL A. Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). (2ª edición) 1988. Madrid: TEA.

MIGUEL-TOBAR JJ Emociones negativas I: Ansiedad y Miedo, en Fernández- Abascal EG. Manual de Motivación y emoción. 1995, Madrid: centro de estudios Ramón Areces.

MIRA JJ, et al: Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Aten Primaria*, 1994; 14 (10): 1135-1140.

MIRA JJ, VITALLER J, BUIL JA, RODRÍGUEZ-MARIN J: Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Aten Primaria* 1999;14:67-74.

MOLINA A, GARCIA MA, ALONSO M, CECILIA P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria* 2003; 31(9): 564-74.

MOLINER M. Diccionario de uso del español. Edición abreviada. Ed. Gredos. Madrid 2008.

MONTÓN C, PÉREZ MJ, CAMPOS R, GARCÍA CAMPAYO J, LOBO A. Escalas de Ansiedad y Depresión de Goldberg: una eficiente guía de entrevista para detectar malestar psicológico. *Aten Primaria* 1993;12:345-9.

MOORE PJ, ADLER NE, ROBERTSON PA. Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *West J Med*. 2000; 173:244-50.

MORRIS MK. El caso del paciente feliz. International Neurophysiological Society Meeting. Feb. 1991, San Antonio.

MUÑOZ ALAMO M, RUIZ MORAL R, PÉRULA DE TORRES L. Evaluation of a patient-centered approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns* 2002;48:23-31.

MUÑOZ SECO E, COLL BENEJAM T. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *El Medico*.2005;9-12.

NICE (2007). Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care: www.nice.org.uk/CG022.

NICE (2009). Depression: the treatment and management of depression in adults: www.nice.org.uk/CG91.

NISSELL P. Difficult doctor-patient relationships. *Aust Fam Physician* 2000 Jan; 29(1): 47-49.

NORTON K. Problems with patients: managing complicated transactions. Cambridge University Press. 1994.

O'DOWD T. Five years of heartsink patients in general practice. *BMJ* 1988;297:528-32.

O'DOWD TC. Heartsink patients. Optimising care. *The practitioner* 1992;236:941-2.

OHTAKI S, OHTAKI T, FETTERS MD. Doctor-patient communication: a comparison of the USA and Japan. *Fam Pract*. 2003 Jun;20(3):276-82.

OJEDA JJ, FREIRE JM, GÉRVAS J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit*. 2006;4(2):357-82.

OLIVAR C, GONZÁLEZ S, MARTÍNEZ MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias, *Aten Primaria* 1999; 24: 352-359.

ONG LML, DE HAES JCJM, HOOS AM, LAMMES FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995;40:903-918.

ORTH SE, STILES WB, SCHERWITZ L, HENNRİKUS D, VALBONA C. Interviews and hypertensive patient's blood pressure control. *Health Psych* 1987; 6: 29-42.

PALACIO F, MARQUET R, OLIVER A, CASTRO A, BEL A. Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 2003 (a); 31(5):307-14.

PALACIO F, MARQUET R, OLIVER A, CASTRO P, BEL M. Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cuantitativo. *Aten Primaria* 2003 (b);32(3):135-43.

PAPEZ J. A proposed mechanism of emotion. *Archives of Neurology and psychiatry*. 1937; 79:217-224.

PARK JY, GU BM, KIANG DH, SHIN YW, CHOI CH, LEE JM, KWON JS. Integration of cross-modal emotional information in the human brain: an fMRI study. *Cortex* 2010; 46(2):161-9.

PASCAL B. 2003. Inteligencia Emocional. www.inteligenciaemocional.com. Extraído 28 de marzo de 2003

PAUL GL. Insight versus desensitization in psychotherapy: an experiment in anxiety reduction. Stanford: Stanford university press. 1966.

PEALE, N.V. (1960). The power of positive thinking. Engledwood Cliff. Preintice Hall.

PEDRERA V, GIL V, OROZCO D, PRIETO I, SCHWARZ G, MOYA I. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. Aten Primaria 2005;35:82-8.

PENDELTON D. The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford university press, Oxford 1984.

PILOWSKY I. A general classification of abnormal illness behaviours. Br J Med Psychol 1978; 51:131-7.

PLATT F. Patience. Health and Communication International Conference. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2000.

PLATT FW, GASPAR DL. Tell me about yourself: the patient-centered interview. *Ann Intern Med*. 2001;134:1079-1085.

PLATT FW, GORDON GH. Field Guide to the Difficult Patient Interview. Lippincott Williams&Wilkins. (second ed.) 2004.

POIRAUDEAU S, RANNOU F, BARON G, HENANFF AL, COUDEYRE E, ROZENBERG S et al. Fear-avoidance beliefs about back pain in patients with subacute low pain. *Pain* 2006; 124:305-311.

POWERS JS. Patient-physician communication and interaction: a unifying approach to the difficult patient. *South Med J* 1985;78:445-7.

PRADOS JA, PEREZ A, MUÑOZ F, GAMEZ F, GALVEZ L, GUERRA C. Frecuencia y características socioculturales del Paciente Problema en las consultas a demanda. Comunicación congreso WONCA I European Regional Conference on Family Medicine. Barcelona, 1990.

PRIETO A. ¿Se puede gestionar la presión asistencial en los servicios de atención primaria?. *Rev San Hig Púb* 1990;64:329-41.

PRIETO M. El proceso de feminización de la medicina imparable. *El médico* 2005;933:56-63.

QUILL TE. Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication. *Ann Intern Med*. 1989 Jul 1; 111: 51-7.

RABINOWITZ S, KUSHNIR T, RIBAK J. Preventing burnout: increasing professional self efficacy in primary care nurses in a Balint Group. *AAOHN J*. 1996;44:28-32.

RAINVILLE J, BAGNALL D, PHALEN L. Health care providers' attitudes and beliefs about functional impairments and chronic back pain. *Clin J Pain* 1995; 11:287-295.

RALEIGH MJ, BRAMMERGL. Individual differences in serotonin-2 receptors and social behaviour in monkeys. *Society for Neuroscience Abstracts*. 1993;19:592.

RANKIN HJ, SERIEYS NM, ELLION-BINNS CP. Determinants of mood in general practitioners. *Br Med J* 1987; 294: 618-620.

RASHID A, FORMAN W, JAGGER C, MANNR. Consultations in general practice: a comparison of patients' and doctors' satisfaction. *Br Med J* 1989; 299: 1015-15.

REALINI T, KALET A, SPARLING J. Interruption in the medical interaction. *Arch Fam Med* 1995 Dec; 4(12): 1028-33.

REEVE J. Motivación y emoción. 1995:321. Madrid: McGraw-Hill.

RHOADES DR, McFARLAND KF, FINCH WH, JOHNSON AO. Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med*. 2001 Jul-Aug; 33(7):528-32.

RODRÍGUEZ FJ, BLANCO MA, ISSA S, ROMERO L, GAYOSO P. Relación de la calidad de vida profesional y el Burnout en médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 36(8): 442-7.

RODRÍGUEZ, A. Intervención sobre los pacientes hiperutilizadores de atención primaria. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada. 2006.

ROSENDAL M, OLESEN F, FINK P. Management of medically unexplained symptoms Includes diagnosis, specific treatments, and appropriate communication. *BMJ* 2005;330:4-5.

ROTER DL, HALL JA, AOKI Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA* 2002 Aug 14; 288(6):756-64.

ROTER DL, LARSON S. The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Educ. Couns*. 2002, Apr 46; 4: 233-4).

ROTER DL, HALL JA. Physician Gender and patient-centered communication: a Critical Review of Empirical Research. *Ann Rev Pub Health*.2004; 25: 497-519.

ROTER DL, FRANKEL RM, HALL JA, SLUYTER D. The Expression of Emotion Through Nonverbal Behavior in Medical Visits Mechanisms and Outcomes. *J GEN INTERN MED* 2006; 21:S28-34.

ROVINSON JW, ROTHER DL. Counselling by primary care physicians of patients who disclose psychosocial problems. *J Fam Pract* 1999;48:698-705.

RUIZ R. Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. 1.ª ed. Barcelona: semFYC-Ediciones; 2004.

RUIZ R, PARRAS JM, ALCALÁ JA, CASTRO E Y PÉRULA LA. ¿Bienvenido y hasta luego u hola y adiós?: conductas comunicativas de los médicos residentes en los momentos iniciales y finales de las consultas. *Aten Primaria*. 2005;36 (10):537-43.

SAEZ C, SATURNO P, URREA A, LLOR B, LÓPEZ A. Dirección de las relaciones causales entre clima organizacional, satisfacción laboral y Burnout en equipos de atención primaria. 2003. <http://www.um.es/~emca/congcomu/poster18.htm>.

SALOVEY P, ROSENHAN DL. Mood states and prosocial behavior. En Wagner HL y Manstead ASR (eds). *Handbook of social Psychophysiology*. 1989:369-389. Reino Unido, John Wiley and Sons.

SALOVEY P, MAYER JD. *The Intelligence; Intelligence*, (EU), 1990;17: 433-442.

SALOVEY P, MAYER J D. Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*. 1990;9:185-211.

SÁNCHEZ TURET M. *Cuestionario de Personalidad EPI, Manual*. (7ª edición), TEA Ediciones SA, Madrid, 1994.

SCHACHTER S. The interaction of cognitive and physiological determinants of emotion. In L. Berkowitz's (Ed.) *Advances in experimental social psychology*. 1964. Vol 1:49-80. New York: Academic Press.

SCHAFER S, NOWLIS DP. Personality Disorders Among Difficult Patients *Arch Fam Med*. 1998;7:126-129.

SCHLUTZ, J.H. (1972). *El entrenamiento autógeno*. Barcelona. Científico-médica (12ªed).

SCHORE A. *Affect Regulation and the Origin of Self*. 1994 Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

SCHWENK TL, MARQUEZ JT, LEFEVER D, COHEN M. Physician and patient determinants of difficult physician-patient relationship. *J Fam Pract* 1989;28:59-63.

SCHWENK TL, ROMANO SE. Managing the difficult physician-patient relationship. *Am Fam Physician* 1992;46:1503-9.

SEISDEDOS N. *Maslach Burnout Inventory, Manual*. TEA Ediciones SA, Madrid, 1997.

SHARPE DT: *The Psychology of Color and Design*. Littlefield Adams, 1979.

SIERRA R. *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid. Ed Paraninfo. 1985.

SIMPSON M, BUCKMAN R, STEWART M et al: Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1993; 303: 1385-1387.

SMITH RC. Teaching interviewing skills to medical students: the issue of "countertransference". *J Med Ed* 1984; 59:582-588.

SMITH RC, ZYMNI GH. Physician's emotional reactions to patients. *Psychosomatics* 1988; 29.

SMITH RC, HOPPE RB. The patient's story: Integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. *Ann Intern Med* 1991; 115:470-477.

SMITH RC. Why are doctors so unhappy? *Br Med J* 2001;332:1073-4.

SMITH RC, Patient-centred interviewing: an evidence-based method. 2d ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002.

SMITH RC. The difficult patient. *UpToDate* Online. Available at: <http://www.Uptodate.com>. Accessed March 29, 2005.

SMITH S. Dealing with the difficult patient. *Postgrad Med J*, 1995;71:653-7.

SMYTH FS. The place of the humanities and social sciences in the education of physicians. *Journal of Medical Education*. 1962; 37:495-9.

SNIJEDERS TAB, BOSKER RJ. Multilevel analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modelling. London. Sage Publications, 1999.

SOBREQUES J, CEBRIA J, SEGURA J, RODRIGUEZ C, GARCIA M, JUNCOSA S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 31(4):227-233.

SOX HC, MARGULIES I, SOX CH. Psychologically mediated effects of diagnostic test. *Ann Intern Med* 1982;95:680-5.

STANLEY IM, PETERS S, SALMON, P. A primary care perspective on prevailing assumptions about persistent medically unexplained physical symptoms. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2002;32:125-40.

STARFIELD B, WRAY C, HESS K, GROSS R, BIRK PS, D'LUGOFF BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public health* 1981, 71: 127-131.

STATA Corporation. Stata Statistical Software. College Station. Texas, USA: Stata Press Publication, 2009.

STEINMETZ D, TABENKIN H. The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Fam Pract*. 2001 Oc; 18 (5): 495-500.

STEWART MA, BROWN JB, WESTON WW. Patient-Centered Interviewing part III: Five Provocative questions. *Can Fam Phys* 1989; 35:159-161.

STEWART M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review *Canadian Medical Association Journal* 1995 May 1;152 (9): 1423-1433.

STEWART M, ET AL. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control* 1999;3:25-30.

STEWART M, BROWN JB, DONNER A, MCWHINNEY IR, OATES J, WESTON WW, JORDAN J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; Sep 49(9):796-804.

STONE A. Measurement of affective response. In S. Cohen, RC Kessler, & L Underwood Gordon (Eds.), *Measuring stress* (148-171) New York: Oxford University Press. 1995.

STREINER DL Y NORMAN GR. *Health measurement scales. A practical guide to their development and use.* N.York: Oxford University Press, 1991.

SUCHMAN AL, ROTER D, GREEN M, LIPKIN M JR. Physician satisfaction with primary care office visits. Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Med Care.* 1993;31:1083-92.

SVAB I, KATIK M, CUK C. The time used by the patient when he/she talks without interruptions. *Aten Primaria* 1993 Mar 15; 11(4):175-7.

TALARICO LD. Difficult patient or difficult situation? *Patient Care.* 1998;15:167-80.

THORNDIKE E L. Intelligence and its use. *Harper's Magazine,* 1920; 140:227-235.

TIZÓN JL. *Componentes psicológicos de la práctica médica.* Barcelona, Doyma. 1988.

TIZÓN, L. Los grupos de reflexión en atención primaria de salud. I. Su origen *Aten Primaria* 1993 Apr; 11(6):309-12.

TIZÓN, L. Los grupos de reflexión en atención primaria de salud. II. Algunos elementos teóricos y técnicos. *Aten Primaria* 1993 Apr; 11(7):361-66.

TIZÓN JL. ¿Profesionales «quemados», profesionales «desengañados» o profesionales con trastornos psicopatológicos? *Aten Primaria* 2004;33(6):326-30.

TIZÓN J L. Sobre los Grupos Balint, el movimiento Balint y el cuidado de la relación médico-paciente. *Aten Primaria.* 2005;36(8)453-5.

TORÍO J, GARCÍA MC *Relación médico-paciente y entrevista clínica (II): opinión y preferencias de los médicos.* *Aten Prim* 1997; 19: 27-34.

TURABIAN JL, PEREZ FRANCO B. El médico con tres cabezas. *Aten Primaria.* 2006;38:570-3.

TURABIAN JL, PÉREZ-FRANCO B. Grandes misterios. ¿Puedes ver al monstruo del lago Ness?: El modelo biopsicosocial y las actividades comunitarias. *Aten Primaria* 2007; 39(5):261-4.

VALLEJO MA, DIAZ MI. Técnicas de biofeedback. En Vallejo, MA y Ruiz MA. *Manual práctico de modificación de conducta.* Madrid 1993. Fundación Universidad - Empresa.

- VALORI R, WOLOSHYNOWYCH M, BELLENGER N, ALUVIHARE V, SALMON P. The patient requests form: a way of measuring what patients want from their general practitioner. *J Psychosom Res* 1996; 40:87.
- VAN DEN BRINK-MUINEN A, VERHAAK PFM, BENSING JM, BAHRS O, DEVEUGELE M, GASK L, et al. Doctor-patient communication in different European health care systems: Relevance and performance from the patients' perspective. *Patient Education and Counseling* 2000; 115-127.
- VANDERFORD ML, STEIN T, SHEELER R, SKOCHELAK S. Communication challenges for experienced clinicians: topics for an advanced communication curriculum. *Health Common* 2001; 13:261-84.
- VEDSTED O, SORENSEN HT, MORTENSEN JT. Drug prescription for adult frequent attenders in Danish general practice: a population-based study. *Pharmacoepidemiology & Drug Safety*. 2004;13(10):717-24.
- VEGNI E, MAURI E, MOJA EA: Stories of doctors with patients in pain. A qualitative research on physicians' perspective. *Supportive Care in Cancer*. 2004.
- VINCENT MO. A Well Doctor's Family: The Struggle for Intimacy. (*Can Fam Physician* 1986; 32:580-584.
- VINCENT MO. The physician's own well-being. *Annuals RCPSC. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*. 1981; 14:277-281- The Ontario college of family physicians.
- VIRSHUP BB, OPPENBERG AA, COLEMAN MM. Strategic risk management: reducing malpractice claims through more effective patient-doctor communication. *Am J Med Qual* 1999; 14:153-9.
- VLAEYEN JWS, LINTON SJ. Are we "fear-avoidant"? *Pain* 2006 Oct; 124(3):240-41.
- WAGNER PJ, MOSELEY GC, GRANT MM, GORE JR, OWENS C. Physicians' emotional intelligence and patient satisfaction. *Fam Med* 2002 Nov-Dec; 34(10):750-4.
- WALK RD. Self-ratings of fear in fear-invoking situations. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1956;52:171-178.
- 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 Sep;19(5):315-23.
- WALLBOTT HG, SCHERER KR. Assessing emotion by questionnaire. En Plutchik R, Kellerman (eds.), *emotion. Theory, Research and Experience*, vol. 4, the measurement of emotions: 55-82. 1989. San Diego, CA, Academic Press.
- WATSON D and CLARK LA. The PANAS-X: Manual for the positive and Negative Affect Schedule-Expanded form. 1994-a. Unpublished manuscript, University of Iowa, Iowa City.

WATSON D, CLARK LA. Measurement and mismeasurement of mood: recurrent and emergent issues. *Journal of Personality Assessment* 1997; 68:267-96.

WATSON D, HUBBARD B, y WEISE D. Self-other agreement in personality and affectivity: The role of acquaintanceship, trait visibility, and assumed similarity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2000; 78:546-558.

WENG HC. Does the physician's emotional intelligence matter? Impacts of the physician's emotional intelligence on the trust, patient-physician relationship, and satisfaction. *Health Care Manage Rev*, 2008, 33(4), 280-288.

WESTON WW, BROWN JB, STEWART MA. Patient-Centred Interviewing Part I: Understanding Patients' Experiences. *Can Fam Phys* 1989; 35: 147.151.

WHITENACK DD, McGAGHIE WC. Toward an empirical description of Problem Patients. *Fam Med* 1984; 16:13-16.

WILLIAMS S, WEINMAN J, DALE J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract*. 1998; 15:480-492.

WOLPE J, LAZARUS AA. *Behaviour Therapy Techniques*. N York: Pergamon Press. 1966.

WONCA. Comité de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria: CIAP-2. Barcelona: Masson;1999.

ZANDBELT LC, SMETS E, OORTF J, GODFRIED MH, HANNEKE MD. Satisfaction with the outpatient encounter. *JGIM* 2004; 19:1088-1095.

ZELLARS J, KELLY D, LEE C. Vulnerable to job burnout. The influence of personality, social support, role stressors, and moods. *Humanities and Social Sciences*1999; 59:2611.

ZINN WM. Doctors have feelings too. *JAMA*. 1988 Jun 10;259 (22):3296-8.

ZYZANSKI SJ, STANGE KC, LANGA D, FLOCKE SA. Trade-offs in high-volume primary care practice. *J Fam Pract* 1998;46:397-402.

IX.-TABLAS

Tabla 1: Distribución de los encuentros, médicos de familia y centros de salud.

Centro de Salud	Población adscrita (ZBS)	Médicos de Familia del Centro de Salud	Médicos de Familia incluidos en la muestra	Encuentros valorados en dificultad	Encuentros valorados en emociones y pensamientos	Encuentros con entrevistas a pacientes
El Palo	35.943	20	7	1.175	59	46
Portada Alta	17.159	11	3	802	25	22
Delicias	22.395	13	2	531	22	19
San Andrés	19.786	12	2	452	19	19
Limonar	29.322	11	7	734	28	27
Total Málaga	124.605	67	21	3.694	153	133
Federico del Castillo	28.986	18	13	3.894	151	116
El Valle	16.260	10	5	1.548	54	36
San Felipe	19.173	13	6	2.548	74	51
Total Jaén	64.419	41	24	7.990	279	199
Total Málaga + Jaén	189.024	108	45	11.684	432	336

Tabla 2.- Motivos de pérdida de la muestra de pacientes puntuados como difíciles. N=80

Motivo de Pérdida	Frecuencia	Porcentaje válido
Carece de teléfono	4	4,7
No localizable	17	20,0
No desea participar	41	48,2
No acude a las citas	9	10,6
Desconcidas	9	10,6
Otros	5	5,9
Total	85	100

Tabla 3.- Listado de PENSAMIENTOS con sus puntuaciones y priorización obtenidas en el Grupo de MF de Jaén

PENSAMIENTOS	PUNTUACIONES	TOTAL	PRIORIZACION
Cuidado que se me puede pasar algo gordo	5,4,7,5	21	1
¿Qué le digo yo hoy a este?	6,5,7,2	20	2
Situaciones difíciles	2,7,3,6	18	3
¿Qué querrá hoy?	6,7	13	4
Esto es culpa mía	7,5	12	5
¿Por qué no encuentro la solución?	4,6	10	6
Tengo que ahorrar y gestionar tiempo	3,7	10	7
¡Si tuviera tiempo...!	4,6	10	8
¿Tiene solución lo que plantea?	4,2,3	9	9
¿Dónde querrá que le derive hoy?	6,3	9	10
¿Quién va a atender a este pobre pelma?	5,3	8	11
¿No se cansa nunca?	2,6	8	12
Este me ha tocado a mí	2,4	6	13
¡Este no lo aguanto!	1,4	5	14
No aguanto su actitud	3	3	15
Si empezara otra vez no me pasaría esto	3	3	16
¡No tiene otra cosa que hacer...!	1,2	3	17
¡Este no me amarga hoy la vida!	2	2	18
Esta empresa le todo a ellos	1,1	2	19
Hay amores que matan	2	2	20
¿Tan sola está esta persona?	1	1	21
Me toca tragar	1	1	22
¿Qué haría o pensaría otro en este momento?	1	1	23
Ahora toca teatro	-	-	24
Seguro que viene a por la baja	-	-	25
¿Qué problema traerá hoy?	-	-	26
El mismo de siempre	-	-	27
¡Qué pena, tantos años estudiando...y ahora recogiendo cartones!	-	-	28
Por este también me pagan, hazlo lo mejor que puedas	-	-	29
¡... y encima les caigo simpático!	-	-	30
Es necesario que haya gente así.	-	-	31
El gordito soy yo (dedos mano)	-	-	32
¿Es que hoy no hay nadie para recetas?	-	-	33
¿Por qué haría M.F.?	-	-	34
¿Cómo le voy a decir que se cambie de médico?!!	-	-	35
¡Y encima la impresora!!	-	-	36
Intento un pensamiento positivo	-	-	37
Estoy perdiendo el tiempo	-	-	38
Impotencia	-	-	39
¿Por qué no me dicen cuando se ponen buenos?	-	-	40
¿Sacaré algo bueno a cambio?	-	-	41
¡Este no puede conmigo!	-	-	42
¡Pues no ha sido tan difícil!!	-	-	43
O lo abordo ahora...	-	-	44
La realidad supera la ficción.	-	-	45
A ver si se va pronto	-	-	46

Tabla 4.- Listado de EMOCIONES con sus puntuaciones y priorización obtenidas en el Grupo de MF de Jaén.

EMOCIONES	PUNTUACION	TOTAL	PRIORIZACION
Agobio	4-7-6-6-5	28	1
Ansiedad	7-3-7-5	22	2
Sentirme utilizada	6-5-1-6	18	3
Incertidumbre	6-3-7	16	4
Tristeza	7-4-3	14	5
Cabreo	1-4-6	11	6
Distanciamiento	4-7	11	7
Inseguridad	5-4	9	8
Impaciencia	2-5-2	9	9
Nerviosismo	7	7	10
Duda	6	6	11
Sentirme manipulada	5-1	6	12
Impotencia	1-2-3	6	13
Respeto	3-2	5	14
Alegría	5	5	15
Piernas inquietas	4	4	16
Desconfianza	3-1	4	17
Rabia	4	4	18
Frialdad	1-2	3	19
Aburrimiento	2-1	3	20
Incompatibilidad	3	3	21
Rechazo	2	2	22
Palpitaciones	-	-	23
Nudo	-	-	24
Asco	-	-	25
Sentirme Engañada	-	-	26
Afonía	-	-	27
Simpatía	-	-	28
Manejada	-	-	29
Supercabreo	-	-	30
Intranquilidad	-	-	31
Confianza	-	-	32
Miedo	-	-	33
Prisa	-	-	34
Repulsa	-	-	35

Tabla 5. Listado de PENSAMIENTOS con sus puntuaciones y priorización obtenidas en el Grupo de MF de Málaga

PENSAMIENTOS	PUNTUACION	TOTAL	PRIORIZACION
No te aguanto más, no lo soporto	6+4+5+2+4+6+3	30	1
¡Horror! Otra vez aquí	2+4+2+5+6+6+5	30	2
Nos maltrata la empresa, esto es inhumano	4+3+4+5+6	22	3
¡Quieta no pierdas los papeles!	4+3+3+6+2+3	21	4
Esto no tiene fin	2+5+2+2+5+2	18	5
¡Qué coñazo!	6+5+5	16	6
¡Lo que quiera pero que se vaya!	6+3+2+1+1	14	7
¡Vete la mierda!	5+6	11	8
¡Qué gilipollas que he vuelto a caer!	5+6	11	9
Cuanto más quiero que se vaya más me lío	4+6	10	10
No merece la pena dedicarle tiempo	3+5	8	11
No nos entendemos	1+4+2	7	12
¿Y esto contra quién irá?	3+3+1	7	13
Me temo que da exactamente igual	1+4	5	14
Esto no se paga	4	4	15
¿Para esto estoy yo aquí?	4	4	16
Cabronazo el que se lo ha quitado	3	3	17
Haga el favor de irse de la consulta	3	3	18
¿Que he hecho yo para merecer esto?	1+1	2	19
Esto es cualquier cosa menos aburrido	2	2	20
Hoy no le escucho	1	1	21
Contrólate que te sube la tensión	1	1	22
Lo tiraría por la ventana	1	1	23
Tranquila, van a ser 5 minutos nada más	1	1	24
Le tengo que aguantar la gracia	-	-	25
Seguro que vuelve a entrar	-	-	26
Si pudiera le escupía	-	-	27
¡Y encima el Proceso, la lista de problemas, el ordenador, la impresora, el diraya...!	-	-	28
Si me pide 5 le doy 10	-	-	29
Y luego dicen que les tratemos bien	-	-	30
¿Por qué habré elegido este trabajo?	-	-	31
Hoy, sólo por esto merece la pena	-	-	32
En el fondo es un desgraciado	-	-	33
Que no me diga que él paga	-	-	34
¿Por qué me tiene que pasar?	-	-	35

Tabla 6. Listado de EMOCIONES con sus puntuaciones y priorización obtenidas en el Grupo de MF de Málaga

EMOCIONES	PUNTUACION	TOTAL	PRIORIZACION
Impotencia	5+5+4+3+1+6+1+6	31	1
Cansancio	6+1+3+6+4+5+5	30	2
Angustia	3+6+3+4+6	22	3
Sentirse maltratado	4+3+6+3+3+3	22	4
Inseguridad	6+1+5+5	17	5
Ira	4+5+3+4+1	17	6
Bloqueo mental	5+5+6	16	7
Desbordada	4+6	10	8
Aburrimiento	3+2+5	10	9
Alegría cuando se va	6+1	7	10
Esto no cambiará nunca	5+1	6	11
Sensación de torpe	1+1+4	6	12
Desesperanza	4	4	13
Incomodidad	1+2	3	14
Cubo de basura	3	3	15
Tristeza	2+1	3	16
Las tripas pueden más que el cerebro	2	2	17
Ganas de agredir	2	2	18
Ganas de gritar	2	2	19
mala leche	2	2	20
Soledad	2	2	21
Pena de mí	1	1	22
Ganas de llorar	-	-	23
Venganza	-	-	24
Asco	-	-	25
Lástima	-	-	26
Atrapado	-	-	27
Engañado	-	-	28
Tristeza por el sufrimiento	-	-	29
Miedo	-	-	30
Duda	-	-	31
Pena del paciente	-	-	32
Vomitero	-	-	33
Escepticismo	-	-	34
Chantajeado	-	-	35

Tabla 7.-Distribución de los encuentros médico-paciente por ciudad y centro de salud. N= 11684

Ciudad	N	%	Centro de salud	Frecuencia	Porcentaje
Jaén	7.990	68,4	Federico del Castillo	3894	33,3
			San Felipe	2548	21,8
			El Valle	1548	13,2
			El Palo	1175	10,1
			Portada Alta	802	6,9
			Limonar	734	6,3
Málaga	3.694	31,6	Delicias	531	4,5
			San Andrés-Torcal	452	3,9
			Total	11684	100,0

Tabla 8.- Número de pacientes vistos y valorados por los médicos en grado de dificultad emocional, cada día, durante los días de observación del estudio. N= 11.684 encuentros

	Media	Mediana	Desviación Típica	MAXIMO	MINIMO
Total de citas concertadas	40,4	41	9.065	69	17
Nº de citas valoradas	35,47	36	11.210	62	1

Tabla 9.- Distribución de los encuentros médico-paciente a lo largo de los días de la semana y según se dieran en turno de trabajo de mañana o tarde. N=11.684

Día de la semana y turno	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
lunes	2.732	23,4	23,4
martes	2.748	23,5	46,9
miércoles	2.012	17,2	64,1
jueves	2.254	19,3	83,4
viernes	1.938	16,6	100,0
Total	11.684	100,0	
Mañana	9.173	78,5	78,5
Tarde	2.511	21,5	100,0
Total	11.684	100	

Tabla 10. Edad de los pacientes que protagonizaron los encuentros médico-paciente. (N= 11.684)

	Frecuencia	Media	Mediana	Moda	Des. Tip.
Válidos	10.268	52,5	54	61	18,92
Perdidos	1.416				
Total:	11.684				

Tabla 11.- Sexo de los pacientes que protagonizaron los encuentros médico-pacientes. (N= 11.684)

Sexo paciente	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	7.094	60,7
Hombre	4.589	39,3
Total	11.683	100,0
Perdidos	1	,0
Total	11.684	100,0

Tabla 12. Puntuación del grado de dificultad de los encuentros médico-paciente según la valoración de los médicos (N=11.684 encuentros, 45 médicos)

Grado de Dificultad	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Extrema (6)	300	301	2,6	2,6
Muy grande (5)	423	724	3,6	6,2
Grande (4)	835	1.559	7,1	13,3
Media (3)	1.365	2.924	11,7	25
Poco (2)	2.509	5.433	21,5	46,5
Muy poco (1)	2.658	8.090	22,7	68,2
Nada (0)	3.594	11.684	30,8	99
Total	11.684	11.684	100,0	100

Tabla 13. Frecuencia de las puntuaciones de los 53 PENSAMIENTOS referidos por los médicos de familia en los encuentros difíciles (0= ningún malestar; 6= malestar extremo). (N = 421 encuentros difíciles, 421 pacientes, 45 médicos de familia y 8 centros de salud).

PENSAMIENTO	Media	Mediana	Des. Típ.	Mín.	Máx
¿Que querrá hoy?	3,31	4	1,991	0	6
¡Dios mío otra vez aquí!	3,28	4	2,039	0	6
Este paciente me va a retrasar la consulta	3,26	4	2,006	0	6
Este me ha tocado a mi	3,25	4	2,078	0	6
¡Qué coñazo!	3,02	3	2,161	0	6
¿Qué he hecho yo para merecer esto?	2,88	3	2,098	0	6
No aguanto su actitud	2,85	3	2,044	0	6
¿Qué le digo yo hoy a este?	2,81	3	1,958	0	6
¿Tiene solución lo que plantea?	2,80	3	1,944	0	6
Esto no tiene fin	2,75	3	1,997	0	6
No se cansa nunca	2,72	3	1,972	0	6
Me temo que da exactamente igual	2,62	3	1,867	0	6
No nos entendemos	2,61	3	1,891	0	6
El mismo de siempre	2,58	3	1,947	0	6
Me toca tragar	2,56	3	2,046	0	6
Lo que quiera pero que se vaya pronto	2,55	2	1,953	0	6
Y encima le caigo simpático	2,54	2	1,974	0	6
Tranquilo, van a ser 5 minutos	2,49	2	1,852	0	6
Esto no se paga	2,41	2	2,172	0	6
¿Quién va a atender a este pelma?	2,37	2	1,944	0	6
Intento un pensamiento positivo	2,36	2	1,805	0	6
Esta entrevista tiene que acabar lo antes posible	2,34	2	1,877	0	6
Cuidado que se me puede pasar algo gordo	2,30	2	1,833	0	6
Estoy perdiendo el tiempo	2,27	2	1,880	0	6
No tiene otra cosa que hacer	2,26	2	1,918	0	6
Tengo que ahorrar y gestionar el tiempo	2,23	2	1,884	0	6
Este no me amarga hoy la vida	2,13	2	1,877	0	6
No merece la pena dedicarle tiempo	2,13	2	1,858	0	6
¿Dónde querrá que lo derive hoy?	2,12	2	2,015	0	6
Pues no ha sido tan difícil	2,12	2	1,652	0	6
Esta empresa les da todo a ellos	2,03	2	2,104	0	6
La empresa nos maltrata, esto es inhumano	2,02	2	2,074	0	6
Para esto estoy aquí?	1,99	2	1,956	0	6
¿Por qué no encuentro la solución?	1,92	2	1,760	0	6
Contrólate que te sube la tensión	1,90	2	1,939	0	6
Quieto, no pierdas los papeles	1,86	2	1,812	0	6
Ahora toca teatro	1,81	1	1,897	0	6
Por este también me pagan	1,79	1	1,824	0	6
Tantos años estudiando para esto	1,79	1	1,976	0	6
Hoy no le escucho	1,71	1,5	1,684	0	6
Si tuviera tiempo	1,71	1	1,909	0	6
O lo abordo ahora o ...	1,70	1	1,744	0	6
Y esto, ¿contra quién va?	1,52	1	1,752	0	6
¿Cómo le digo que se cambie de médico?	1,44	1	1,808	0	6
Si empezara otra vez no me pasaría esto	1,42	1	1,631	0	6
¿Por qué haría medicina de familia?	1,39	0	1,851	0	6
Vete a la mierda	1,34	0	1,727	0	6
Tengo que derivarlo al especialista como sea	1,31	1	1,554	0	6
Que gilipollas que he vuelto a caer	1,27	1	1,566	0	6
¿Sacaré algo bueno a cambio?	1,24	1	1,475	0	6
Seguro que viene por la baja	1,18	0	1,853	0	6
Esto es culpa mía	1,15	1	1,405	0	6
Cabronazo el que se lo ha quitado	1,02	0	1,662	0	6
Otros	5,19	6	1,167	3	6

Tabla 14.- Frecuencia de las puntuaciones de las 51 EMOCIONES referidos por los médicos de familia en los encuentros difíciles (N = 421 encuentros difíciles, 421 pacientes, 45 médicos de familia y 8 centros de salud).

EMOCIONES	Media	Mediana	Des. Tip.	Mín.	Máx
Rechazo	3,16	3	1,968	0	6
Incomodidad	3,12	3	1,767	0	6
Agobio	3,10	3	1,865	0	6
Impaciencia	3,03	3	1,766	0	6
Cansancio	2,95	3	1,881	0	6
Esto no cambiará nunca	2,90	3	1,914	0	6
Distanciamiento	2,83	3	1,865	0	6
Impotencia	2,83	3	1,971	0	6
Ansiedad	2,81	3	1,850	0	6
Frialdad	2,58	3	1,802	0	6
Sentirse utilizado	2,58	3	2,062	0	6
Desesperanza	2,52	3	1,787	0	6
Aburrimiento	2,52	3	1,837	0	6
Nerviosismo	2,47	2	1,888	0	6
Sentirse manipulado	2,47	3	2,005	0	6
Intranquilidad	2,44	3	1,694	0	6
Desbordado	2,36	2	1,894	0	6
Angustia	2,32	2	1,843	0	6
Sentimiento de "no saber que hacer"	2,28	2	1,833	0	6
Inutilidad	2,04	2	1,886	0	6
Falta de concentración	2,04	2	1,805	0	6
Desconfianza	2,04	2	1,731	0	6
Mala leche	2,01	2	1,932	0	6
Ganas de gritar	2,00	2	1,969	0	6
Respeto	1,99	2	1,595	0	6
Tristeza	1,90	2	1,769	0	6
Pena de mi	1,80	1	1,971	0	6
Indignación	1,79	1	1,784	0	6
Incertidumbre	1,72	2	1,513	0	6
Cubo de basura	1,68	1	1,812	0	6
Engañado	1,67	1	1,805	0	6
Compasión del paciente	1,64	1	1,627	0	6
Sentirse maltratado	1,60	1	1,732	0	6
Bloqueo mental	1,59	1	1,610	0	6
Ira	1,58	1	1,600	0	6
Profesionalmente bien	1,57	1	1,716	0	6
Duda	1,54	1	1,340	0	6
Inseguridad	1,49	1	1,432	0	6
Sentirse "acusado"	1,40	1	1,640	0	6
Sentimiento de "estar juzgado y condenado"	1,34	1	1,584	0	6
Soledad	1,30	1	1,445	0	6
Torpe	1,27	1	1,356	0	6
Empatía	1,23	1	1,372	0	6
Querer protegerlo	0,97	1	1,247	0	6
Culpabilidad	0,86	0,00	1,174	0	6
Simpatía	0,84	0,00	1,128	0	6
Ganas de agredir	0,80	0,00	1,208	0	6
Sentimiento de "estar a gusto"	0,67	0,00	0,965	0	4
Alegría	0,62	0,00	0,988	0	6
Otros	3,88	5	2,475	0	6

Tabla 14 bis.-Días desde el encuentro difícil hasta la entrevista al paciente

	Días hasta entrevista	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	39	11,6	11,8	11,8
	1	34	10,1	10,3	22,1
	2	43	12,8	13,0	35,0
	3	41	12,2	12,4	47,4
	4	25	7,4	7,6	55,0
	5	32	9,5	9,7	64,7
	6	28	8,3	8,5	73,1
	7	89	26,5	26,9	100,0
	Faltante	6	1,8	0,0	
	Total	336	100,0	100,0	

Tabla 15.- Edad y sexo de los pacientes de los encuentros difíciles. N= 336

Sexo paciente	Frecuencias, %
Mujer (n, %)	245 (72,9)
Hombre (n, %)	91 (27,1)
Edad paciente (media y d.s.)	57,51 (15,492)

Tabla 16.- Estado Civil de los pacientes de los encuentros difíciles N= 336

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	223	66,4
Viviendo en pareja	10	3
Separado	6	1,8
Viudo	47	14
Divorciado	11	3,3
Soltero	39	11,6
Total	336	100

Tabla 17.- Cualificación académica alcanzada por el paciente de los encuentros difíciles. N=336

CUALIFICACION	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No sabe leer ni escribir	28	8,4	8,4
Sin estudios (lee y escribe)	110	32,8	41,2
Educ.primaria (8ºEGB, ESO, FP1)	121	36,1	77,3
Educ.Secundaria (bachiller, COU, FP2)	50	14,9	92,2
Diplomado	16	4,8	97,0
Licenciado	10	3,0	100,0
Total	335	100,0	
Datos faltantes	1		
TOTAL	336		

Tabla 18.- Situación laboral de pacientes de los encuentros difíciles (INE 1991). N= 336

Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Jubilado	99	29,5	29,5
Cuidando familia /hogar	94	28,0	57,5
Contratado o autónomo	92	27,4	84,9
Incapacitado enferm o discapacidad	28	8,3	93,2
En paro y buscando empleo	17	5,1	98,3
Estudiando (jornada completa)	4	1,2	99,4
Otra	2	0,6	100,0
Total	336	100,0	100

Tabla 19.- Tiempo transcurrido desde el último empleo en los pacientes de los encuentros difíciles. N= 336

Tiempo del último empleo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Últimos 12 meses	37	11,0	15,5
1-5 años	29	8,6	12,1
6-10 años	25	7,4	10,5
11 años o más	67	19,9	28,0
Nunca tuvo empleo remunerado	81	24,1	33,9
Total	239	71,1	100,0
Datos faltantes	97	28,9	
Total	336	100,0	

Tabla 20.- Clase Social actual de los pacientes difíciles entrevistados, (basada en la ocupación como indicador de clase social (Alonso, 1997). N= 336

Clase Social	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
1	2	0,6	0,6
2	15	4,5	4,8
3	39	11,6	12,4
4	89	26,5	28,3
5	96	28,6	30,6
6	73	21,7	23,2
Total	314	93,5	100,0
Datos faltantes	22	6,5	
TOTAL	336	100,0	

1= Directivos de la administración y de las empresas. Altos funcionarios. Profesionales liberales y técnicos superiores.

2= Directivos y propietarios gerentes del comercio y de los servicios técnicos (no superiores), artistas y deportistas

3= Cuadros y mandos intermedios. Administrativos y funcionarios en general. Personal de los servicios de protección y seguridad

4= Trabajadores Cualificados y semicualificados de la industria, el comercio y servicios. Idem del sector primario. Trabajadores autónomos, sin asalariar, de la industria y los servicios.

5= Trabajadores no cualificados

6= Otros casos mal especificados o no consta (estudiantes, sacerdotes, militares, trabajadores autónomos agrarios o la pesca).

Tabla 21.- Percepción de la economía familiar del paciente difícil. N= 336

Economía Familiar	Frecuencia	Porcentaje válido
vive cómodamente	23	6,9
vive bien	203	60,8
dificultades económicas	89	26,6
muchas dificultades económicas	19	5,7
Datos faltantes	2	
TOTAL	336	100,0

Tabla 22.- Presencia de enfermedad, minusvalía y dolencia larga evolución en los pacientes de los encuentros difíciles. N= 336

	Frecuencia	Porcentaje
SI	256	76,2
NO	79	23,5
Total	335	99,7
Datos faltantes	1	,3
TOTAL	336	100,0

Tabla 23.- Percepción General de Salud de los pacientes de los encuentros difíciles N= 336

Salud general	N	%	Porcentaje acumulado
excelente	4	1,2	1,2
muy buena	11	3,3	4,5
buena	76	22,6	27,2
regular	158	47,0	74,6
mala	85	25,3	100,0
Total	334	99,4	
Datos faltantes	2	,6	
Total	336	100,0	

Tabla 24.- Percepción de calidad de vida general de los pacientes de los encuentros difíciles N=336

Calidad de Vida	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado inverso
Muy buena	11	3,3	100
Buena	94	28,6	96,7
Ni buena ni mala	148	45,0	68,1
Mala	62	18,8	23,1%
Muy mala	14	4,3	4,3
Total	329	100,0	
Datos faltantes	7		
Total	336		

Tabla 25.- Puntuaciones medias de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud Física y Mental de los pacientes (SF-12) (Gadek, 1998). N= 336

	Salud física	Salud mental
Media	36,3440	41,7034
Mediana	34,7967	41,6996
Moda	23,44	21,33
Desv. típ.	11,32588	12,97131
Mínimo	10,55	10,49
Máximo	61,94	72,00

Tabla 26.- Distribución de las enfermedades crónicas que requieren seguimiento en los pacientes de los encuentros difíciles. N= 336

Morbilidad crónica	Frecuencias	Porcentajes
(A) Problemas generales e inespecíficos	55	3,8
(B) Sangre-S.Inmunitario	13	0,9
(D) Aparato Digestivo	118	8,1
(F) Ojos y anejos	43	3
(H) Aparato auditivo	20	1,4
(K) Aparato circulatorio	235	16,2
(L) Aparato locomotor	270	18,6
(N) Sistema nervioso	53	3,7
(P) Problemas psicológicos	197	13,6
(R) Aparato respiratorio	74	5,1
(S) Piel y faneras	22	1,5
(T) Aparato endocrino, metabólico y nutrición	205	14,2
(U) Aparato urinario	49	3,4
(X) Aparato genital femenino y mamas	44	3
(W) Embarazo-parto-puerperio	1	0,07
(Y) Aparato genital masculino	20	1,4
(Z) Problemas sociales	30	2
TOTAL	1448	100

Tabla 27.- Percepción de satisfacción con la convivencia en el hogar del paciente de los encuentros difíciles N= 336

Satisfacción con la convivencia	Frecuencia	Porcentaje válido
Muy satisfecho	112	33,7
Bastante satisfecho	110	33,1
Ni satisfecho ni insatisfecho	84	25,3
Bastante insatisfecho	20	6,0
Muy insatisfecho	6	1,8
Total	332	100,0
No consta	4	
TOTAL	336	

Tabla 28.- Puntuaciones para Ansiedad y Depresión en los pacientes de los encuentros difíciles. (Escala de ansiedad y depresión de Goldberg, 1988). N= 336

	Ansiedad		Depresión	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
SI	228	67,9	243	72,3
NO	100	29,8	83	24,7
Datos faltantes	8	2,4	10	3

Tabla 29.- Acontecimientos vitales estresantes en los últimos 6 meses, en los pacientes de los encuentros difíciles (Cuestionario de Brugha). N=336

Acont Vit Estr Paciente	Frecuencia	Porcentaje
0	135	40,2
1	72	21,4
2	52	15,5
3	37	11,0
más de tres	34	10,1
Total	330	98,2
Datos faltantes	6	1,8
Total	336	100,0

Tabla 30.- Apoyo social de familia y amigos en los pacientes de los encuentros difíciles. N= 336

Puntuaciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
7	5	1,5	1,5
8	5	1,5	3,0
9	3	,9	4,0
11	1	,3	4,3
12	6	1,8	6,1
13	10	3,0	9,1
14	18	5,4	14,6
15	10	3,0	17,6
16	10	3,0	20,7
17	15	4,5	25,2
18	18	5,4	30,7
19	25	7,4	38,3
20	34	10,1	48,6
21	169	50,3	100,0
Total	329	97,9	
Datos faltantes	7	2,1	
Total	336	100,0	

Tabla 31.- Número de problemas consultados y número de problemas nuevos consultados el día del encuentro difícil, según los pacientes. N= 336

N ^a problemas consultados	Frecuencia	Porcentaje válido
1	171	50,9
2	113	33,6
3	47	14,0
Datos faltantes	5	1,5
Total	336	100,0
Nº problemas NUEVOS consultados		
0	241	72,8
1	79	23,9
2	8	2,4
3	3	,9
Datos faltantes	5	1,5
Total	336	100

Tabla 32.- Motivos de consulta el día del encuentro difícil (Clasificación Internacional de Atención Primaria, CIAP-2, según lo referido por los pacientes. N=336

Motivo consulta	Frecuencias	% sobre motivos CIAP	% sobre el total de motivos de consulta
(A) Problemas generales e inespecíficos	34	11,4	6,4
(B) Sangre-S. Inmunitario.	1	0,3	0,2
(D) Aparato Digestivo	17	5,7	3,2
(F) Ojos y anejos	10	3,3	1,9
(H) Aparato auditivo	7	2,3	1,3
(K) Aparato circulatorio	27	9,1	5,1
(L) Aparato locomotor	62	20,8	11,6
(N) Sistema nervioso	19	6,4	3,6
(P) Problemas psicológicos	33	11,1	6,2
(R) Aparato respiratorio	53	17,8	9,9
(S) Piel y faneras	10	3,3	1,9
(T) Aparato endocrino, metabólico y nutrición	10	3,3	1,9
(U) Aparato urinario	6	2,0	1,1
(X) Aparato genital femenino y mamas	5	1,7	0,9
(Z) Problemas sociales	4	1,3	0,7
Sub-Total CIAP :	298	100%	
Otros motivos de consulta	Frecuencias	% sobre otros motivos de consulta	% sobre el total de motivos de consulta
(1) Pedir recetas	123	52,1	23,0
(2) Pedir impreso de baja laboral	26	11,0	4,5
(3) Llevar o pedir informes clínicos	15	6,4	2,8
(4) Recoger resultados análisis	27	11,4	5,1
(5) Pedir análisis	17	7,2	3,2
(6) Pedir derivación a especialista	17	7,2	3,2
(7) Revisión Clínica	11	4,7	2,1
Subtotal Otros motivos:	236	100%	
TOTAL	534		100%

Tabla 32-Bis.- Otros motivos de consulta según el paciente

Motivo consulta	Frecuencias	% sobre otros motivos de consulta	% sobre el total de motivos de consulta
(1)+(2)+(3)= Burocráticas	164	69,5	30,7
(5)+(6)= Petición análisis o derivación	34	14,4	6,4
(4)+(7)= Seguimiento clínico	38	16,1	7,1
TOTAL	236	100	

Nota: total de motivos de consulta =534

**Tabla 33.- Número de Motivos de consulta del paciente el día del encuentro difícil, según lo registrado en la historia clínica.
N= 336 E.D.**

Número de motivos consulta	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	250	76,0	76,0
2	64	19,5	95,4
3	12	3,6	99,1
4	3	,9	100,0
Total	329	100,0	
Datos faltantes	7		
Total	336		

Tabla 34.- Motivos de consulta el día del encuentro difícil (Clasificación Internacional de Atención Primaria, CIAP-2, según lo registrado por los médicos de familia. N=336

Motivo consulta	Frecuencias	% sobre motivos CIAP	% sobre el total de motivos de consulta
(A) Problemas generales e inespecíficos	34	18,2	8,0
(B) Sangre-S.Inmunit.	-	-	-
(D) Aparato Digestivo	9	4,8	2,1
(F) Ojos y anejos	7	3,7	1,6
(H) Aparato auditivo	4	2,1	0,9
(K) Aparato circulatorio	9	4,8	2,1
(L) Aparato locomotor	34	18,2	8,0
(N) Sistema nervioso	13	6,9	3,0
(P) Problemas psicológicos	16	8,6	3,7
(R) Aparato respiratorio	35	18,7	8,2
(S) Piel y faneras	5	2,7	1,2
(T) Aparato endocrino, metabólico y nutrición	5	2,7	1,2
(U) Aparato urinario	3	1,6	0,7
(X) Aparato genital femenino y mamas	1	0,5	0,2
(Z) Problemas sociales	2	1,1	0,5
Sub-Total CIAP :	187	100	
Otros motivos de consulta	Frecuencias	% sobre otros motivos de consulta	% sobre el total de motivos de consulta
(1) Pedir recetas	90	37,5	21,1
(2) Pedir impreso de baja laboral	31	12,9	7,3
(3) Llevar o pedir informes clínicos	31	12,9	7,3
(4) Recoger resultados análisis	30	12,5	7,0
(5) Pedir análisis	13	5,4	3,0
(6) Pedir derivación a especialisata	26	10,8	6,1
(7) Revisión Clínica	19	7,9	4,4
Subtotal Otros motivos:	240	100%	
TOTAL	427		100%

Tabla 35.- Otros motivos de consulta según el médico

Motivo consulta	Frecuencias	% sobre otros motivos de consulta	% sobre el total de motivos de consulta
(1)+(2)+(3)= Burocráticos	152	63,3	35,6
(5)+(6)= Petición análisis o derivación	39	16,2	9,1
(4)+(7)= Seguimiento clínico	49	20,5	11,5
TOTAL	240	100	

Nota: total de motivos de consulta =427

Tabla 36.- Petición de analítica, derivaciones y prescripciones realizadas a los P.D. N= 336 encuentros difíciles

	SI		NO		Datos faltantes		Total
	N	%	N	%	N	%	
Petición pruebas complementarias	45	13,6	286	85,1	5	1,5	336
Realización de derivaciones	47	14	284	84,5	5	1,5	336
Realización de recetas	260	77,4	72	21,4	4	1,2	336

Tabla 37.- Distribución de las variables de los médicos de familia (N = 45).

VARIABLES	(N, %)
Sexo del médico (Hombre)	29 (64,4)
Edad del médico en años (media y d.t.)	47,36 (5)
Acreditación docente	27 (60)
Residente MFyC asignado	24 (53,3)
Formación MFC vía MIR	24 (53,3)
Personalidad del médico (EPI) (media y d.t.)	
Neuroticismo	7.7 (3,64)
Extraversión	8,71 (3,61)
Impulsividad	2,38 (1,8)
Sociabilidad	
Escala de burnout (Maslach) (media y d.t.)	
Desgaste emocional	24,60 (11,46)
Despersonalización	9,53 (5,3)
Realización personal	36,6 (6,29)
(EADG) Ansiedad positiva	14 (31,1)
(EADG) Depresión positiva	14 (31,1)
Buen apoyo social de familia y amigos del médico	40 (88,9)
Número de AVE sufridos por el médico (media y d.t.)	1,04 (1,39)
<u>Puntuación de malestar emocional del médico (N=432)</u>	
Bastante (4)	154 (35.6%)
Mucho (5)	116 (26.9%)
Extremo (6)	162 (37.5%)
Antigüedad en los centros de salud	
0- 4 años	15 (33,3)
5-8 años	11 (24,4)
9- 14 años	11 (24,4)
>= 15 años	7 (15,6)
Datos faltantes	1 (2,2)

Nota: d.t.= desviación típica

Tabla 39.- Distribución de las variables de la organización. (N = 336 encuentros difíciles)

VARIABLES	Número de Encuentros
<u>Día de la semana. N (%)</u>	
Lunes	78 (23.2%)
Martes	74 (22.0%)
Miércoles	65 (19.3%)
Jueves	64 (19.0%)
Viernes	55 (16.4%)
Hora del encuentro (media, d.t.)	11,56 (3,09)
Número de orden del paciente (media, d.t.)	19 (12.1)
Turno de tarde. N (%)	72 (21,4%)
Número de citas por día (media, d.t.)	38.6 (9,5)
Encuentros valorados por día (media, d.t.)	27,8 (14,7)
Ciudad Jaén. N (%)	203 (60,4)
<u>Centro de Salud. N (%)</u>	
Federico del Castillo	116 (34,5%)
San Felipe	51 (15,2%)
El Palo	46 (13,7%)
El Valle	36 (10,7%)
El Limonar	27 (8,0%)
Portada Alta	22 (6,5%)
Delicias	19 (5,7%)
San Andrés	19 (5,7%)

Nota: d.t.= desviación típica

Tabla 40.-Puntuaciones del malestar emocional del paciente. (N= 336 encuentros difíciles).

Puntuación de dificultad del paciente	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
nada	161	48,5	48,5
muy poco	69	20,8	69,3
poco	37	11,1	80,4
media	39	11,7	92,2
grande	17	5,1	97,3
muy grande	5	1,5	98,8
extrema	4	1,2	100,0
datos faltantes	4	100,0	
Total	336		

Tabla 41.-Puntuaciones de la comunicación percibida por el paciente basada en la escala ‘Eurocommunication Scale’ (Van den Brink-Muinen, 2000) de 16 ítems agrupados en 3 factores. N= 336 encuentros difíciles.

Estadísticos	Apoyo Emocional ¹	Habilidades Fase Resolutiva ²	Satisfacción Global ³
Media	24,69	18,40	13,82
Mediana	25,00	19,00	14,00
Moda	28	20	16
Desv. típ.	6,423	4,304	2,322
Mínimo	7	5	4
Máximo	35	25	17

1- Sentirse apoyado emocionalmente con 7 ítems

2- Sentirse informado con 5 ítems

3- Sentirse tenido en cuenta con 4 ítems

Tabla 42.-Cumplimiento de las expectativas de los pacientes (“Eurocommunication scale”). N=336 encuentros difíciles

	totalmente en desacuerdo, desacuerdo		de acuerdo, totalmente de acuerdo		no aplicable		Datos faltantes	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Me ha recetado lo conveniente	22	6.6%	291	86.6%	19	5.7%	4	1.2%
Me ha solicitado las pruebas oportunas	36	10.7%	164	48.8%	132	39.3%	4	1.2%
Me ha enviado al especialista convenientemente	11	3.3%	64	19.0%	257	76.5%	4	1.2%
Me ha dado la baja solicitada <input type="checkbox"/>	59	17.6%	123	36.6%	150	44.6%	4	1.2%

Tabla 43.-Percepción del paciente de los aspectos del entorno. (N=336 encuentros difíciles)

	Totalmente en desacuerdo		De acuerdo, totalmente de acuerdo		No aplicable		Datos faltantes	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Fue difícil conseguir cita	252	75.0%	78	23.2%	3	0.9%	3	0.9%
Permanecí poco tiempo en la sala de espera	121	36.0%	209	62.2%	3	0.9%	3	0.9%
Me sentí cómodo en la sala de espera	95	28.2%	235	70.0%	3	0.9%	3	0.9%
Sufrió interrupciones dentro de la consulta	264	78.6%	62	18.4%	7	2.1%	3	0.9%
Me sentí cómodo dentro de la consulta	27	7.1%	303	90.2%	3	0.9%	3	0.9%

Tabla 44-1.- Análisis factorial de las emociones del profesional. Factor 1: Sentimiento de desconfianza-ira. N= 421 encuentros difíciles.

FACTOR 1: SENTIMIENTOS DE DESCONFIANZA-IRA						
	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Sentirse utilizado	.77					
Sentirse manipulado	.74					
Indignación	.72					
Sentirse maltratado	.72					
Mala leche	.65					
Engañado	.62					
Sentimiento de “ser juzgado y condenado”	.62				.43	
Sentimiento de “estar acusado”	.60				.43	
Ira	.55			.48		
Desconfianza	.54	.41				
Rechazo	.47	.41				

Nota: Sólo se presentan los pesos factoriales superiores a 0.35

Tabla 44-2.- Análisis factorial de las emociones del profesional. Factor: 2 Impotencia. N= 421 encuentros difíciles.

FACTOR 2: IMPOTENCIA						
	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Aburrimiento		.68				
Esto no cambiará nunca		.63				
Impotencia		.63				
Impaciencia		.62				
Inutilidad		.59				
Falta de concentración		.57				
Distanciamiento		.56				
Frialdad		.55				
Incomodidad	.43	.55				
Cansancio		.53				
Desesperanza		.52				
Sentimiento de “no saber que hacer”		.52				
Desbordado		.47	.40			
Bloqueo mental		.44			.43	
Ganas de gritar		.44	.41	.40		

Nota: Sólo se presentan los pesos factoriales superiores a 0.35

Tabla 44-3.- Análisis factorial de las emociones del profesional. Factor 3: Ansiedad. N= 421 encuentros difíciles.

FACTOR 3: ANSIEDAD						
	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Ansiedad			.75			
Angustia			.72			
Nerviosismo			.71			
Agobio			.66			
Intranquilidad		.44	.43			

Nota: Sólo se presentan los pesos factoriales superiores a 0.35

Tabla 44-4.- Análisis factorial de las emociones del profesional. Factor 4: Depresión. N= 421 encuentros difíciles.

FACTOR 4: DEPRESIÓN						
	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Soledad				.61		
Ganas de agredir				.56		
Pena de mi				.52		
“Cubo de basura”				.52		
Culpabilidad				.50	.45	
Tristeza				.49		

Nota: Sólo se presentan los pesos factoriales superiores a 0.35

Tabla 44-5.- Análisis factorial de las emociones del profesional. Factor 5: Inseguridad. N= 421 encuentros difíciles.

FACTOR 5: INSEGURIDAD						
	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Duda					.75	
Incertidumbre					.66	
Inseguridad					.64	
Torpe				.40	.48	

Nota: Sólo se presentan los pesos factoriales superiores a 0.35

Tabla 44-6.- Análisis factorial de las emociones del profesional. Factor 6: Emociones positivas. N= 421 encuentros difíciles.

FACTOR 6: EMOCIONES POSITIVAS						
	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Empatía						.84
Querer protegerlo						.76
Simpatía						.72
Compasión del paciente						.70
Respeto						.50
Profesionalmente bien						.41

Nota: Sólo se presentan los pesos factoriales superiores a 0.35

Tabla 45-1.- Análisis Factorial de los Pensamientos del profesional. Factor 1: Fracaso y maltrato profesional. N= 421 encuentros difíciles.

FACTOR 1: FRACASO Y MALTRATO PROFESIONAL					
	F1	F2	F3	F4	F5
22 -¿Por qué haría medicina de familia?	.99				
23- Si tuviera tiempo	.94				
27- Si empezara otra vez no me pasaría esto	.91				
46- La empresa nos maltrata, esto es inhumano	.88				
24- Esta empresa le da todo a ellos	.85				
33- Tantos años estudiando para esto	.79				
45- ¿Para esto estoy aquí?	.67				
14- Por este también me pagan	.60				
10- Tengo que ahorrar y gestionar el tiempo	.55				
51- Y esto, ¿contra quién va?	.51				
53- Contrólate que te sube la tensión	.50				
9- Esto es culpa mía	.48				.41
50- Esto no se paga	.43	.41			

Nota: Sólo se presentan los pesos factoriales superiores a 0.35

Tabla 45-2.- Análisis factorial de los pensamientos del profesional. Factor 2: Pensamientos de desesperación. N= 421 Encuentros difíciles.

FACTOR 2: PENSAMIENTOS DE DESESPERACIÓN					
	F1	F2	F3	F4	F5
32-¡El mismo de siempre!		.87			
38-¡Dios mío, otra vez aquí ¡		.86			
18-No se cansa nunca		.82			
49-Esto no tiene fin		.71			
44-Y encima le caigo simpático		.65	.49		
12-¿No tiene otra cosa que hacer?		.64			
52-¡Que coñazo!		.63			
48-¿Quién va a atender a este pelma?		.61			
40-Esta entrevista tiene que acabar lo antes posible		.54			
8-¿Qué querrá hoy?		.53			
11-Lo que quiera pero que se vaya pronto		.53			
39-Me temo que da exactamente igual		.48			
2-¿Qué he hecho yo para merecer esto?		.45			
1-¿Qué le digo yo hoy a este?		.42			

Nota: Sólo se presentan los pesos factoriales superiores a 0.35

Tabla 45-3- Análisis factorial de los pensamientos del profesional. Factor 3: pensamientos de bloqueo relacional. N= 421 Encuentros difíciles.

FACTOR 3: PENSAMIENTOS DE BLOQUEO RELACIONAL					
	F1	F2	F3	F4	F5
19- No aguanto su actitud *			.95		
6-No nos entendemos			.70		
13-Este no me amarga hoy la vida			.46		
43-Quieto, no pierdas los papeles			.45		
25-Me toca tragar	.44		.45		
42-¿Cómo le digo que se cambie de médico?			.44		.43

Nota: Sólo se presentan los pesos factoriales superiores a 0.35

**= Este ítem fue suprimido por criterios de fiabilidad (cuando se extraía de la escala aumentó la consistencia interna de forma relevante).*

Tabla 45-4.- Análisis Factorial de los Pensamientos del profesional. Factor 4: Cuestionando soluciones. N= 421 encuentros difíciles.

FACTOR 4: CUESTIONANDO SOLUCIONES					
	F1	F2	F3	F4	F5
21-¿Tiene solución lo que plantea?				.73	
20-O lo abordo ahora o...				.70	
15-¿Por qué no encuentro la solución?				.60	
26-¿Sacaré algo bueno a cambio?	.41			.43	

Nota: Sólo se presentan los pesos factoriales superiores a 0.35

Tabla 45-5- Análisis Factorial de los Pensamientos del profesional. Factor 5: pensamientos de rechazo del paciente. N= 421 encuentros difíciles.

FACTOR 5: PENSAMIENTOS DE RECHAZO DEL PACIENTE					
	F1	F2	F3	F4	F5
36-Cabronazo el que se lo ha quitado					.93
4-¿Dónde querrá que lo derive hoy?					.80
35-Vete a la mierda					.63
17-Tengo que derivarlo al especialista como sea					.61
47-Hoy no le escucho					.44

Nota: Sólo se presentan los pesos factoriales superiores a 0.35

**Tabla 46: Prevalencia de las escalas de emociones de los médicos.
N= 421 encuentros difíciles**

ESCALA DE EMOCIONES	Nº ítems	Rango	Media	Rango*	Media*	Puntuación <1 (%)*
Esc. Emociones negativas	41	4-197	88,4	0-6	2,16	19,6%
• Ansiedad	5	0-29	13,4	0-6	2,68	17,0%
• Impotencia	15	0-81	38,3	0-6	2,55	15,1%
• Desconfianza - Ira	11	0-60	21,9	0-6	2,0	25,9
• Inseguridad	4	0-20	6,18	0-6	1,54	31,4%
• Depresión	6	0-32	8,60	0-6	1,43	38,8%
Esc. Emociones positivas	6	0-36	8,36	0-6	1,39	37,4%

*: Ajustado por el número de Items

**Tabla 47: Prevalencia de las escalas de pensamientos de los médicos.
N= 421 encuentros difíciles.**

ESCALAS DE PENSAMIENTOS	Nº ítems	Rango	Media	Rango*	Media*	Puntuación <1*(%)
Bloqueo relacional	5	0-36	13,8	0-6	2,76	13,7%
Desesperación	14	0-76	35,8	0-6	2,56	5,7%
Cuestionando soluciones	4	0-22	7,73	0-6	1,93	14,5%
Fracaso y maltrato	13	0-210	80,9	0-6	1,84	28,1%
Rechazo	5	0-30	7,56	0-6	1,51	27,9%
Esc. Global de pensamientos negativos	41	0-223	87,16	0-6	2,13	3%

*: Ajustado por el número de Items

Tabla 48.- Análisis de fiabilidad de las escalas de Pensamientos y de Emociones del profesional durante los encuentros difíciles. N=421.

<u>Escalas Pensamientos</u>	Alfa
FRACASO Y MALTRATO PROFESIONAL	.95
PENSAMIENTOS DE DESESPERACIÓN	.92
PENSAMIENTOS DE BLOQUEO RELACIONAL	.82
CUESTIONANDO SOLUCIONES	.74
PENSAMIENTOS DE RECHAZO DEL PACIENTE	.76
<u>Escalas de Emociones</u>	
DESCONFIANZA-IRA	.93
IMPOTENCIA	.93
ANSIEDAD	.88
DEPRESIÓN	.84
INSEGURIDAD	.83
EMOCIONES POSITIVAS	.83

Tabla 49-F1.- Análisis de FIABILIDAD de la escalas de PENSAMIENTOS de FRACASO Y MALTRATO PROFESIONAL del médico durante los encuentros difíciles. $r = 0,946$, N= 407.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Coefficiente de determinación al cuadrado (R ²)	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
¿Por qué haría medicina de familia?	22,10	316,933	,777	,660	,941
Si tuviera tiempo...	21,79	319,589	,713	,567	,943
Esta empresa les da todo a ellos	21,44	305,429	,840	,750	,939
Si empezara otra vez no me pasaría esto	22,07	323,093	,784	,673	,941
Tantos años estudiando para esto	21,71	312,035	,801	,731	,940
Para esto estoy aquí?	21,50	314,049	,779	,665	,941
La empresa nos maltrata, esto es inhumano	21,45	303,982	,874	,802	,938
Esto no se paga	21,05	310,012	,747	,617	,942
Y esto, ¿contra quién va?	21,99	324,155	,710	,581	,943
Contrólate que te sube la tensión	21,59	318,301	,718	,592	,943
Por este también me pagan	21,69	325,713	,649	,466	,945
Esto es culpa mía	22,33	338,320	,610	,460	,946
Tengo que ahorrar y gestionar el tiempo	21,25	327,939	,591	,441	,946

Tabla 49-F1 A.- Análisis factorial de la escala de Pensamientos de FRACASO Y MALTRATO PROFESIONAL.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7,979	61,377	61,377	7,979	61,377	61,377
2	,863	6,636	68,013			
3	,665	5,117	73,130			
4	,636	4,891	78,021			
5	,576	4,432	82,453			
6	,435	3,344	85,797			
7	,361	2,777	88,574			
8	,329	2,532	91,106			
9	,285	2,192	93,298			
10	,271	2,085	95,383			
11	,254	1,950	97,333			
12	,192	1,477	98,811			
13	,155	1,189	100,000			

Kaiser-Meyer-Olkin= 0,951; Bartlett: $\chi^2 = 3966,583$, gl= 78, p= 0,000

Tabla 49-F2.- Análisis de FIABILIDAD de la escalas de PENSAMIENTOS de DESESPERACIÓN del médico durante los encuentros difíciles. $r = 0,920$; N= 411.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Coefficiente de determinación al cuadrado (R ²)	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
¿Qué le digo yo hoy a este?	32,48	299,060	,548	,376	,918
Lo que quiera pero que se vaya pronto	32,78	294,592	,626	,440	,915
No se cansa nunca	32,60	289,201	,701	,551	,912
¡Dios mío otra vez aquí!	32,02	288,222	,688	,513	,913
Me temo que da exactamente igual	32,70	294,393	,657	,484	,914
Esto no tiene fin	32,56	289,501	,685	,520	,913
No tiene otra cosa que hacer	33,05	291,775	,687	,534	,913
¿Qué he hecho yo para merecer esto?	32,40	286,817	,691	,528	,913
¿Que querrá hoy?	32,01	293,817	,619	,434	,915
¿Quién va a atender a este pelma?	32,96	291,103	,688	,541	,913
Esta entrevista tiene que acabar lo antes posible	32,99	289,741	,739	,581	,911
Y encima le caigo simpático	32,76	302,817	,487	,290	,920
¡Qué coñazo!	32,31	283,679	,716	,574	,912

Tabla 49-F2 A.- Análisis factorial de la escala de Pensamientos de DESESPERACIÓN del médico durante los encuentros difíciles.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6,693	51,487	51,487	6,693	51,487	51,487
2	,896	6,891	58,378			
3	,789	6,067	64,445			
4	,705	5,423	69,867			
5	,646	4,968	74,836			
6	,554	4,265	79,101			
7	,500	3,846	82,947			
8	,468	3,603	86,549			
9	,420	3,228	89,777			
10	,395	3,036	92,813			
11	,335	2,574	95,386			
12	,319	2,453	97,839			
13	,281	2,161	100,000			

Kaiser-Meyer-Olkin = 0,941; *Bartlett*: = χ^2 2663,998, *gl*= 78, *p*= 0,000

Tabla 49-F3.- Análisis de FIABILIDAD de la escalas de PENSAMIENTOS de BLOQUEO RELACIONAL del médico durante los encuentros difíciles.

$\alpha = 0,817$ ($\alpha = 0,860$)*; N= 412.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Coefficiente de determinación al cuadrado (R ²)	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
No nos entendemos	10,94	65,883	,619	,396	,782
Este no me amarga hoy la vida.	11,41	65,250	,649	,465	,776
No aguanto su actitud.*	10,62	57,687	,423	,190	,860
Me toca tragar	11,01	62,927	,657	,514	,772
¿Cómo le digo que se cambie de médico?	12,12	65,184	,683	,522	,771
Quieto, no pierdas los papeles	11,70	65,569	,670	,549	,774

*Nota: *= Este ítem fue extraído de la escala porque su extracción aumentaba de forma relevante el α de Cronbach*

Tabla 49-F3 A.- Análisis factorial de la escala de Pensamientos de BLOQUEO RELACIONAL del médico durante los encuentros difíciles

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,453	57,544	57,544	3,453	57,544	57,544
2	,793	13,212	70,757			
3	,547	9,125	79,881			
4	,468	7,798	87,680			
5	,440	7,337	95,017			
6	,299	4,983	100,000			

Kaiser-Meyer-Olkin= 0,864; Bartlett: $\chi^2 = 972,604$, gl= 15, p= 0,000

Tabla 49-F4.- Análisis de FIABILIDAD de la escalas de PENSAMIENTOS de CUESTIONAR SOLUCIONES del médico durante los encuentros difíciles.
 $\alpha = 0,740$ N= 411.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Coefficiente de determinación al cuadrado (R ²)	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
¿Por qué no encuentro la solución?	5,72	16,009	,571	,327	,658
O lo abordo ahora o ...	5,94	16,029	,577	,333	,655
¿Tiene solución lo que plantea?	4,82	15,244	,538	,299	,682
¿Sacaré algo bueno a cambio?	6,41	19,233	,458	,218	,722

Tabla 49-F5.- Análisis de FIABILIDAD de la escalas de PENSAMIENTOS del médico de RECHAZO DEL PACIENTE durante los encuentros difíciles.
 $\alpha = 0,764$ N= 411.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Coefficiente de determinación al cuadrado (R ²)	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Tengo que derivarlo al especialista como sea	6,16	28,470	,505	,310	,732
¿Dónde querrá que lo derive hoy?	5,32	24,614	,503	,280	,739
Vete a la mierda	6,14	26,304	,572	,364	,708
Cabronazo el que se lo ha quitado	6,44	27,286	,525	,347	,724
Hoy no le escucho	5,76	26,302	,582	,356	,705

Tabla 50-F1.- Análisis de FIABILIDAD de la escala de la EMOCION de DESCONFIANZA-IRA del médico durante los encuentros difíciles. **$r = 0,928$. N= 411.**

Ítem	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Sentirse maltratado	19,92	191,909	,747	,614	,919
Sentirse manipulado	19,08	185,896	,751	,725	,919
Desconfianza	19,51	194,963	,682	,510	,922
Sentimiento de "estar acusado"	20,15	198,380	,651	,652	,923
Sentimiento de "ser juzgado y condenado"	20,19	198,588	,667	,644	,923
Engañado	19,86	192,069	,708	,603	,921
Ira	19,96	196,789	,709	,598	,921
Indignación	19,75	189,538	,784	,654	,917
Rechazo	18,40	194,699	,587	,380	,927
Mala leche	19,49	187,797	,724	,602	,920
Sentirse utilizado	18,96	183,793	,765	,740	,918

Tabla 50-F2.- Análisis de FIABILIDAD de la escala de la EMOCIÓN DE IMPOTENCIA del médico durante los encuentros difíciles. **$r = 0,933$ N= 408**

Ítem	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Distanciamiento	34,66	352,644	,532	,456	,932
Desesperanza	34,96	346,618	,648	,444	,929
Bloqueo mental	35,85	351,767	,639	,502	,929
Impaciencia	34,44	344,532	,697	,544	,927
Aburrimiento	34,96	344,595	,666	,485	,928
Desbordado	35,08	339,827	,708	,569	,927
Ganas de gritar	35,45	339,654	,685	,528	,928
Cansancio	34,51	341,317	,695	,541	,927
Esto no cambiará nunca	34,57	339,057	,715	,554	,927
Impotencia	34,65	337,544	,717	,585	,927
Inutilidad	35,41	338,832	,731	,574	,926
Sentimiento de "no saber que hacer"	35,18	346,489	,633	,474	,929
Falta de concentración	35,44	341,166	,732	,614	,927
Frialdad	34,91	352,778	,554	,463	,931
Incomodidad	34,38	346,107	,671	,494	,928

Tabla 50-F3.- Análisis de FIABILIDAD de la escala de la EMOCIÓN DE ANSIEDAD del médico durante los encuentros difíciles. **$r = 0,876$ N= 411**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ansiedad	10,38	37,066	,768	,640	,834
Agobio	10,07	39,525	,602	,364	,875
Nerviosismo	10,71	36,159	,762	,588	,835
Angustia	10,87	37,365	,757	,622	,837
Intranquilidad	10,76	40,905	,649	,438	,863

Tabla 50-F4.- Análisis de FIABILIDAD de la escala de la EMOCIÓN DE DEPRESIÓN del médico durante los encuentros difíciles. **$r = 0,840$ N= 410**

Ítem	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Tristeza	6,48	35,546	,528	,308	,834
Cubo de Basura	6,68	32,760	,659	,469	,806
Ganas de Agredir	7,58	39,101	,611	,410	,819
Culpabilidad	7,51	38,749	,658	,463	,813
Soledad	7,08	36,082	,665	,444	,805
Pena de mí	6,56	31,974	,673	,478	,804

Tabla 50-F5.- Análisis de FIABILIDAD de la escala de la EMOCIÓN DE INSEGURIDAD del médico durante los encuentros difíciles.

$r = 0,833$ N= 411

Ítem	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Inseguridad	4,52	12,367	,699	,494	,773
Torpe	4,75	13,968	,557	,314	,834
Incertidumbre	4,30	11,831	,699	,505	,773
Duda	4,48	12,884	,703	,517	,773

Tabla 50-F6.- Análisis de FIABILIDAD de la escala de la EMOCIONES POSITIVAS del médico durante los encuentros difíciles.

$r = 0,825$ N= 411

Ítem	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Respeto	6,27	28,723	,586	,373	,799
Querer protegerlo	7,30	31,209	,625	,451	,793
Empatía	7,02	29,709	,653	,503	,785
Profesionalmente bien	6,67	28,578	,532	,334	,815
Simpatía	7,41	32,101	,624	,447	,796
Compasión del paciente	6,61	28,135	,609	,388	,794

Tabla 51.- Correlaciones entre sí de las escalas de EMOCIONES del profesional durante los encuentros difíciles.

	Desconfianza- ira	Impotencia	Ansiedad	Depresión	Inseguridad	Emociones positivas	Escala global emociones negativas
Desconfianza- ira	1						
Impotencia	,757*	1					
Ansiedad	,595*	,732*	1				
Depresión	,721*	,717*	,634*	1			
Inseguridad	,507*	,637*	,608*	,630*	1		
Emociones positivas	,011	,265*	,277*	,322*	,459*	1	
Escala global emociones negativas	,889*	,943*	,809*	,840*	,716*	,249*	1

* $p < 0,01$

Tabla 52.- Correlación entre sí de las subescalas de PENSAMIENTOS del profesional en los encuentros difíciles.

	Fracaso y maltrato profesional	Desesperación	Bloqueo relacional	Cuestionar soluciones	Rechazo	Escala global pensamientos negativos
Fracaso y maltrato profesional	1					
Desesperación	,730*	1				
Bloqueo Relacional	,741*	,749*	1			
Cuestionar soluciones	,631*	,584*	,536*	1		
Rechazo	,668*	,702*	,700*	,457*	1	
Escala global pensamientos negativos	,919*	,915*	,874*	,688*	,808*	1

* $p < 0,01$

Tabla 53. Correlaciones entre las escalas de emociones y pensamientos del profesional en los encuentros difíciles.

	Desconfianza- Ira	Impotencia	Ansiedad	Depresión	Inseguridad	Emociones Positivas	Global Emociones negativas	Global pensamientos negativos
Fracaso y maltrato profesional	,711*	,778*	,614*	,799*	,558*	,239*	,822*	,917*
Pensamientos de desesperación	,701*	,849*	,639*	,653*	,498*	,163*	,825*	,918*
Pensamientos de bloqueo relacional	,828*	,784*	,607*	,632*	,506*	,038	,832*	,872*
Cuestionar soluciones	,464*	,647*	,485*	,557*	,609*	,394*	,637*	644*
Pensamientos de rechazo del paciente	,763*	,667*	,513*	,672*	,497*	,105	,754*	,807*
Gobal pensamientos negativos	,811*	,881*	,676*	,772*	,588*	,098	,906*	1
Global emociones negativas	,894*	,941*	,800*	,841*	,722*	,156*	1	,906*

* $p < 0,01$

Tabla 54.- Análisis de FIABILIDAD de la escala GLOBAL de EMOCIONES NEGATIVAS del médico durante los encuentros difíciles. $\alpha = 0.968$

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
agobio	83,34	2175,927	,571	,968
ansiedad	83,64	2165,753	,633	,967
nerviosismo	83,99	2153,524	,691	,967
angustia	84,12	2159,987	,671	,967
intranquilidad	84,01	2161,142	,729	,967
distanciamiento	83,63	2187,944	,500	,968
desesperanza	83,93	2169,462	,635	,967
bloqueo mental	84,85	2176,333	,666	,967
frialidad	83,87	2183,725	,544	,968
impaciencia	83,42	2166,954	,661	,967
aburrimiento	83,94	2171,337	,610	,967
desbordado	84,07	2149,702	,712	,967
ganas de gritar	84,45	2143,852	,717	,967
cansancio	83,51	2159,961	,657	,967
esto no cambiará nunca	83,54	2154,955	,675	,967
incomodidad	83,33	2164,058	,676	,967
impotencia	83,62	2149,222	,686	,967
inutilidad	84,39	2146,949	,732	,967
sentimiento de "no saber que hacer"	84,17	2171,719	,605	,967
falta de concentración	84,41	2152,804	,732	,967
sentirse maltratado	84,84	2165,095	,685	,967
sentirse manipulado	83,99	2146,439	,688	,967
sentirse utilizado	83,88	2144,461	,676	,967
mala leche	84,43	2153,719	,676	,967
desconfianza	84,41	2167,841	,668	,967
rechazo	83,47	2162,651	,597	,967
sentimiento de "estar acusado"	85,05	2178,504	,639	,967
sentimiento de "estar juzgado y condenado"	85,10	2181,384	,640	,967
ira	84,86	2173,835	,685	,967
engañado	84,77	2163,884	,664	,967
indignación	84,66	2160,990	,690	,967
inseguridad	84,95	2199,179	,575	,967
torpe	85,18	2199,411	,607	,967
incertidumbre	84,72	2190,622	,604	,967
duda	84,90	2215,546	,484	,968
tristeza	84,55	2190,548	,511	,968
cubo de basura	84,75	2158,522	,692	,967
soledad	85,15	2187,862	,654	,967
pena de mi	84,63	2155,923	,685	,967
ganas de agredir	85,64	2216,921	,527	,968
culpabilidad	85,58	2212,249	,586	,967

Nota: Alfa de Cronbach= 0.968 (41 ítems)

Tabla 55.- Análisis de FIABILIDAD de la escala GLOBAL de PENSAMIENTOS NEGATIVOS del médico durante los encuentros difíciles. **$r^2 = 0.967$**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
qué le digo yo hoy a este?	84,32	2478,105	,528	,470	,967
qué he hecho yo para merecer esto?	84,26	2436,586	,693	,604	,966
que querrá hoy?	83,85	2469,493	,562	,550	,966
lo que quiera pero que se vaya pronto	84,60	2464,550	,598	,522	,966
no tiene otra cosa que hacer	84,90	2457,164	,651	,571	,966
no se cansa nunca	84,46	2457,672	,628	,619	,966
Dios mío otra vez aquí	83,88	2461,183	,586	,577	,966
me temo que da exactamente igual	84,54	2457,837	,666	,565	,966
el mismo de siempre	84,59	2457,811	,638	,598	,966
esta entrevista tiene que acabar lo antes posible	84,81	2446,069	,728	,633	,966
y encima le caigo simpático	84,61	2480,452	,509	,442	,967
quién va a atender a este pelma?	84,79	2452,451	,666	,615	,966
esto no tiene fin	84,40	2446,715	,677	,654	,966
¡qué coñazo!	84,14	2431,497	,697	,636	,966
no nos entendemos	84,55	2473,071	,573	,493	,966
este no me amarga hoy la vida	85,03	2452,926	,692	,625	,966
me toca tragar	84,59	2429,051	,750	,683	,966
cómo le digo que se cambie de médico?	85,72	2467,963	,630	,620	,966
quieto, no pierdas los papeles	85,30	2458,330	,684	,670	,966
o lo abordo ahora o ...	85,45	2497,430	,480	,471	,967
tiene solución lo que plantea?	84,36	2499,305	,418	,411	,967
sacaré algo bueno a cambio?	85,91	2504,493	,525	,457	,967
por este también me pagan	85,36	2465,083	,639	,559	,966
esto es culpa mía	86,01	2498,431	,603	,563	,966
tengo que ahorrar y gestionar el tiempo	84,92	2471,771	,582	,549	,966
porqué haría medicina de familia	85,77	2458,629	,666	,735	,966
si tuviera tiempo	85,46	2468,534	,594	,628	,966
esta empresa le da todo a ellos	85,12	2421,450	,766	,775	,965
si empezara otra vez no me pasaría esto	85,74	2469,266	,695	,695	,966

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
tantos años estudiando para esto	85,38	2435,307	,749	,769	,966
para esto estoy aquí?	85,16	2431,666	,772	,719	,965
la empresa nos maltrata, esto es inhumano	85,14	2422,620	,773	,810	,965
esto no se paga	84,75	2410,136	,798	,739	,965
y esto, ¿contra quién va?	85,66	2460,875	,698	,681	,966
contrólate que te sube la tensión	85,27	2443,002	,721	,686	,966
donde querrá que lo derive hoy?	85,04	2475,754	,523	,522	,967
tengo que derivarlo al especialista como sea	85,84	2499,905	,528	,433	,967
vete a la mierda	85,83	2488,041	,547	,540	,966
cabronazo el que se lo ha quitado	86,16	2505,514	,463	,422	,967
hoy no le escucho	85,46	2462,462	,718	,603	,966
por qué no encuentro la solución?	85,25	2477,960	,590	,522	,966

Nota: Alfa de Cronbach= 0.967 (41 ítems)

Tabla 56.- Distribución comparativa de las variables cuantitativas de los pacientes de los encuentros difíciles entrevistados y no entrevistados.

Variable	No entrevistados			Entrevistados			p
	N	Media	IC 95%	N	Media	IC 95%	
-Número visitas en el año anterior al encuentro	46	12,8	10,6-15,0	316	13,2	12,3-14,1	0,743
-Número de problemas en lista	46	4,0	3,4-4,6	320	4,5	4,2-4,8	0,205
-Edad del paciente	94	57,6	54,4-60,7	336	57,6	56-59,1	0,993

Tabla 57.- Distribución comparativa de las variables cualitativas y motivos de consulta de los pacientes difíciles entre los entrevistados y no entrevistados.

Variable	No entrevistados		Entrevistados		p
	N	Frecuencia (%)	N	Frecuencia (%)	
Sexo (mujer)	96	75 (78,1)	336	245 (72,9)	0,304
Petición de pruebas complementarias (SI)	44	5 (11,4)	331	45 (13,6)	0,682
Realización de derivaciones (SI)	44	8 (18,2)	331	47 (14,2)	0,483
Realización de recetas	44	29 (65,9)	332	260 (78,3)	0,067
Puntuación dificultad	96		336		0,131
Malestar Grande		26 (27,1)		128 (38,1)	
Malestar muy grande		28 (29,2)		88 (26,2)	
Malestar extremo		42 (43,8)		120 (35,7)	
Motivos de Consulta el día Encuentro difícil según el médico	96		336		
Problemas generales e inespecíficos		5 (5,2)		37 (11)	0,091
Aparato respiratorio		8 (8,3)		34 (10,1)	0,602
Aparato locomotor		5 (5,2)		31 (9,2)	0,209
Aparato circulatorio		5 (5,2)		9 (2,7)	0,217
Problemas psico-sociales		8 (8,3)		17 (5,1)	0,226
Pedir recetas		19 (19,8)		90 (26,8)	0,164
Pedir impreso de baja laboral		3 (3,1)		31 (9,2)	0,050
Recoger resultados análisis		5 (5,2)		30 (8,9)	0,239
Pedir análisis y pruebas complementarias		2 (2,1)		13 (3,9)	0,399
Pedir derivación a especialisata		4 (4,2)		26 (7,7)	0,225
Seguimiento clínico		4 (4,2)		19 (5,7)	0,567
Llevar o pedir informes clínicos		6 (6,3)		31 (9,2)	0,358
Asuntos Burocráticos		27 (28,1)		147 (43,8)	0,006
Seguimiento problemas		9 (9,4)		45 (13,4)	0,294
Pedir análisis o derivaciones		5 (5,2)		38 (11,3)	0,078

Tabla 58.- Distribución comparativa de los problemas de salud crónicos de los pacientes de los encuentros difíciles entrevistados y no entrevistados.

Variable	No entrevistados. N= 96		Entrevistados N= 336		p
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	
(A) Problemas generales e inespecíficos	8	8,3	37	11	0,449
(B) Sangre-S.Inmunit.	2	2,1	13	3,9	0,399
(D) Aparato Digestivo	17	17,7	86	15,6	0,110
(F) Ojos y anejos	6	6,3	39	11,6	0,130
(H) Aparato auditivo	3	3,1	18	5,4	0,370
(K) Aparato circulatorio	26	27,1	162	48,2	0,000
(L) Aparato locomotor	22	22,9	169	50,3	0,000
(N) Sistema nervioso	6	6,3	47	14	0,042
(P) Problemas psicológicos	19	19,8	151	44,9	0,000
(R) Aparato respiratorio	11	11,5	62	18,5	0,107
(S) Piel y faneras	6	6,3	21	6,3	1,000
(T) Aparato endocrino, metabólico y nutrición	16	16,7	149	44,3	0,000
(U) Aparato urinario	4	4,2	48	14,3	0,007
(W) Problemas de la mujer	0	0,0	1	0,3	0,593
(X) Aparato genital femenino y mamas	0	0,0	43	12,8	0,000
(Y) Aparato genital masculino	1	1,0	18	5,4	0,069
(Z) Problemas sociales	4	4,2	25	7,4	0,258
(P+Z) Problemas psicosociales	21	21,9	158	47	0,000

Tabla 59.- Análisis bivalente de la escala de EMOCIONES de DESCONFIANZA-IRA del profesional en los encuentros difíciles.

EMO_1_Malt~o	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Día de la semana						
Lunes						
Martes	.0502202	.0816402	0.62	0.538	-.1097918	.2102321
Miércoles	.076598	.0857885	0.89	0.372	-.0915445	.2447404
Jueves	.0184113	.0924658	0.20	0.842	-.1628183	.1996408
Viernes	.0392936	.0811068	0.48	0.628	-.1196729	.1982601
Turno mañana/tarde						
Mañana						
Tarde	.1838337	.0743902	2.47	0.013	.0380316	.3296358
Citas concert	.0036542	.0065274	0.56	0.576	-.0091392	.0164476
Nº citas val	.005635	.0058932	0.96	0.339	-.0059155	.0171856
% citas val	.2485833	.2981365	0.83	0.404	-.3357535	.8329201
x3 % cit val	.0896144	.2181376	0.41	0.681	-.3379274	.5171563
Edad paciente	-.0009938	.0022597	-0.44	0.660	-.0054226	.0034351
Sexo paciente						
Mujer						
Hombre	.0576381	.0827288	0.70	0.486	-.1045074	.2197835
Estado civil del paciente						
Casado						
Vive pareja	.6064479	.0997173	6.08	0.000	.4110055	.8018903
Divorc.separa	-.2198577	.2354296	-0.93	0.350	-.6812912	.2415757
Viudo	-.2476975	.1449388	-1.71	0.087	-.5317724	.0363774
Soltero	-.2258616	.1789874	-1.26	0.207	-.5766705	.1249473
Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro						
Grande						
Muy grande	.2644473	.1364078	1.94	0.053	-.0029071	.5318017
Extremo	.3591042	.15704	2.29	0.022	.0513115	.6668968
Centro de salud						
El Palo						
Portada Alta	-.5135271	.39653	-1.30	0.195	-1.290712	.2636575
Delicias	-.2424299	.2169584	-1.12	0.264	-.6676605	.1828007
San Andrés	.3819826	.2409772	1.59	0.113	-.0903241	.8542892
Federico Cast	-.4143516	.2922268	-1.42	0.156	-.9871057	.1584024
El Valle	-.7737881	.3246013	-2.38	0.017	-1.409995	-.1375812
Limonar	.0346917	.252505	0.14	0.891	-.4602091	.5295925
San Felipe	.0447813	.2610436	0.17	0.864	-.4668547	.5564173
Ciudad						
Jaén						
Málaga	.283594	.1747807	1.62	0.105	-.0589698	.6261578
Número motivos consulta según el médico						
Uno						
Más de uno	.1462594	.086809	1.68	0.092	-.0238831	.3164019

Tabla 59- Cont.1- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de DESCONFIANZA-IRA del profesional en los encuentros difíciles

EMO_1_Malt~o	Coef	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Motivos de consulta según médico						
Prob General	.0342574	.1046518	0.33	0.743	-.1708564	.2393713
Prob Respirat	-.1065482	.1413168	-0.75	0.451	-.383524	.1704276
Prob Locomot	-.0031583	.1512396	-0.02	0.983	-.2995825	.2932659
Prob Circula	-.0684305	.1471648	-0.46	0.642	-.3568682	.2200073
Prob Psicoso	-.0572525	.1277878	-0.45	0.654	-.307712	.193207
Burocrático	.1123964	.0934431	1.20	0.229	-.0707486	.2955415
Seguim Clín	.0532575	.1155684	0.46	0.645	-.1732524	.2797674
Deriv/Anális	.2293185	.1043037	2.20	0.028	.024887	.4337499
Motivo de pérdida de los pacientes no reclutados						
Crecer de teléfono						
No localizab	-.2654941	.3249674	-0.82	0.414	-.9024185	.3714302
No desea part	-.1566192	.3324672	-0.47	0.638	-.808243	.4950046
No acude cita	-.3539314	.4165704	-0.85	0.396	-1.170394	.4625315
Otros	.1694181	.2676336	0.63	0.527	-.3551341	.6939704
Desconocido	-.4064777	.4659813	-0.87	0.383	-1.319784	.5068288
Entrevistados						
No						
Si	.0562697	.0973552	0.58	0.563	-.134543	.2470823
Petición Pruebas complementarias el día del E.D.						
Si						
No	.0664098	.1194627	0.56	0.578	-.1677329	.3005525
Realizar derivaciones el día ED						
SI						
No	-.300137	.0903662	-3.32	0.001	-.4772515	-.1230225
Realizar recetas el día del ED						
Si						
No	.0673347	.0968557	0.70	0.487	-.122499	.2571683
Número de problemas de salud crónicos						
numprobl	.0024011	.0198591	0.12	0.904	-.0365219	.0413242
Morbilidad crónica						
Prob General	.3013083	.1032856	2.92	0.004	.0988722	.5037444
Prob Hematol	.2796927	.1428663	1.96	0.050	-.00032	.5597054
Prob Digestiv	.0019651	.0930107	0.02	0.983	-.1803324	.1842627
Prob Ojos	-.0390211	.12703	-0.31	0.759	-.2879953	.209953
Prob Oídos	.0910241	.1701435	0.53	0.593	-.242451	.4244992
Prob Circulat	.0636675	.0729747	0.87	0.383	-.0793602	.2066953
Prob Locomot	.2038283	.0899731	2.27	0.023	.0274842	.3801724
Prob S. Nerv.	.003242	.0988875	0.03	0.974	-.1905739	.197058
Prob Psicolog	.0178677	.083385	0.21	0.830	-.1455638	.1812993
Prob Respirat	.0244	.1108813	0.22	0.826	-.1929233	.2417234
Prob Piel	.0190744	.1447831	0.13	0.895	-.2646953	.3028441
Prob End/meta	-.0593694	.0654293	-0.91	0.364	-.1876085	.0688698
Prob Urinario	-.0650418	.1178513	-0.55	0.581	-.2960262	.1659425
Prob gen feme	-.0412386	.0963515	-0.43	0.669	-.2300841	.1476069
Prob gen masc	.0286383	.1908015	0.15	0.881	-.3453257	.4026024
Prob social	.2866234	.1329191	2.16	0.031	.0261066	.5471401
Prob psicococ	.0618593	.0880958	0.70	0.483	-.1108054	.2345239

Tabla 59- Cont.2- Análisis bivalente de la escala de EMOCIONES de DESCONFIANZA-IRA del profesional en los encuentros difíciles

EMO_1_Malt~o	Coef	Robust Std. Err.	Z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Nº Visitas el año anterior						
visitas	-.0039557	.005276	-0.75	0.453	-.0142965	.0063851
lg_visitas	-.06337	.0678433	-0.93	0.350	-.1963404	.0696003
Situación laboral del paciente						
Trabajando						
Paro	-.0368477	.2116989	-0.17	0.862	-.4517699	.3780745
Jubilado	.0275893	.1394812	0.20	0.843	-.2457888	.3009675
Incapacitado	.123001	.1450203	0.85	0.396	-.1612335	.4072355
Cuida fam/hog	.0306948	.1214703	0.25	0.801	-.2073827	.2687723
Estudiando	-.4664104	.6151136	-0.76	0.448	-1.672011	.7391901
Otros	-.1635994	.1430553	-1.14	0.253	-.4439826	.1167838
Tiempo sin trabajo remunerado						
Menos 1 año						
1 a 5 años	.1389959	.1437134	0.97	0.333	-.1426772	.4206689
6 a 10 años	-.4394611	.2682331	-1.64	0.101	-.9651883	.086266
Mas 11 años	.016259	.1547364	0.11	0.916	-.2870188	.3195368
Nunca	-.0941602	.1759874	-0.54	0.593	-.4390891	.2507688
Clase social del paciente						
I y II						
III	.0825639	.1695813	0.49	0.626	-.2498093	.4149371
IV	.0267198	.1752779	0.15	0.879	-.3168185	.3702581
V	-.0840698	.1635044	-0.51	0.607	-.4045326	.236393
VI	-.2053376	.1916765	-1.07	0.284	-.5810167	.1703414
Nº convivientes hogar						
numconvi	.0041538	.0356031	0.12	0.907	-.0656269	.0739346
r2_numconvi	.071092	.1210583	0.59	0.557	-.1661779	.3083618
Satisfacción con la convivencia hogar						
Muy o bastante satisfecho/a						
Satis/Insati	-.1497043	.0997214	-1.50	0.133	-.3451546	.0457461
Bastante insa	-.1186286	.1657026	-0.72	0.474	-.4433998	.2061426
Muy Insatisf	-.1135755	.1717259	-0.66	0.508	-.4501521	.2230011
Cualificación académica						
No sabe leer ni escribir						
Sin estudios	.0390975	.1666432	0.23	0.815	-.2875172	.3657122
E. Primarios	-.0106594	.2035773	-0.05	0.958	-.4096635	.3883447
E. Secundario	.0693596	.2270225	0.31	0.760	-.3755964	.5143156
E. Superiore	.2173784	.2590048	0.84	0.401	-.2902617	.7250186
Satisfacción con economía						
Vive cómodamente						
Vive bien	-.0392924	.1200086	-0.33	0.743	-.2745049	.1959201
Dif Económic	-.2310589	.1747243	-1.32	0.186	-.5735123	.1113945
Muchas dific	.0293835	.2214716	0.13	0.894	-.4046929	.4634599
Padece enf./ minusvalía crónica						
Si						
No	.0601912	.0974674	0.62	0.537	-.1308413	.2512238
Salud General						
Excelente, muy buena, buena						
Regular	.0355904	.1106665	0.32	0.748	-.1813119	.2524928
Mala	-.0520208	.1263913	-0.41	0.681	-.2997432	.1957016

Tabla 59- Cont.3- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de DESCONFIANZA-IRA del profesional en los encuentros difíciles

EMO_1_Malt~o	Coef	Robust Std. Err.	Z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Calidad de vida general						
Muy buena, buena						
Ni buen/mala	.1537802	.0962651	1.60	0.110	-.0348959	.3424563
Mala	.0458611	.1251553	0.37	0.714	-.1994388	.2911611
Muy mala	-.0251902	.2162008	-0.12	0.907	-.448936	.3985555
Calidad de vida relacionada con la Salud física						
	.0010217	.0036358	0.28	0.779	-.0061044	.0081478
Calidad de vida relacionada con la salud mental						
	.0067813	.0030399	2.23	0.026	.0008231	.0127394
Número de días desde el encuentro						
Menos de 7 días						
7 días	.2639569	.1178055	2.24	0.025	.0330624	.4948514
Número de problemas consultados según paciente						
Uno						
Más de uno	-.0213502	.0859427	-0.25	0.804	-.1897947	.1470944
Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente						
Prob Psicolg	.0576385	.1170341	0.49	0.622	-.1717442	.2870212
Prob Social	.2266992	.2502702	0.91	0.365	-.2638214	.7172198
Prob Psicoso	.0848668	.1044332	0.81	0.416	-.1198186	.2895521
Prob General	-.1452791	.151804	-0.96	0.339	-.4428095	.1522512
Prob Respirat	-.0115815	.0853622	-0.14	0.892	-.1788883	.1557254
Prob Locomot	.2062606	.0926572	2.23	0.026	.0246558	.3878654
Prob Ciculat	-.0408163	.2270108	-0.18	0.857	-.4857493	.4041167
Burcrático	-.0683427	.0927754	-0.74	0.461	-.250179	.1134937
Seguim Enferm	.0455746	.1145966	0.40	0.691	-.1790307	.2701798
Deriv/Anális	.0629667	.1283956	0.49	0.624	-.1886839	.3146174
Número de problemas nuevos consultados según el paciente						
Ninguno						
Uno	-.1835955	.1044963	-1.76	0.079	-.3884046	.0212136
Más de uno	-.208487	.2837702	-0.73	0.463	-.7646663	.3476924
Puntuación malestar emocional del paciente en el encuentro						
Sin dificultad						
Con Dificult	.109276	.1260273	0.87	0.386	-.137733	.356285
Ansiedad del paciente						
SI	-.0114533	.080981	-0.14	0.888	-.1701732	.1472667
Depresión del paciente						
SI	.002942	.1059979	0.03	0.978	-.2048101	.210694
Apoyo social familia y amigos del paciente						
Buen apoyo	.1347815	.1006545	1.34	0.181	-.0624976	.3320606
Acontecimientos vitales estresantes paciente						
Ninguno						
Uno	.1280607	.1259009	1.02	0.309	-.1187005	.374822
Dos	.0705814	.1299287	0.54	0.587	-.1840742	.325237
Tres	.0730509	.1617841	0.45	0.652	-.2440402	.390142
Más de 4	-.0289674	.2055909	-0.14	0.888	-.4319182	.3739834

Tabla 59- Cont.4- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de DESCONFIANZA-IRA del profesional en los encuentros difíciles

EMO_1_Malt~o	Coef	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Factores externos						
Facilidad para obtener cita						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1465986	.081471	-1.80	0.072	-.3062789	.0130816
No pertinen	.0810872	.2490904	0.33	0.745	-.407121	.5692954
Poco tiempo espera (sala espera)						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0108552	.0852661	-0.13	0.899	-.1779736	.1562631
No pertinen.	-.4267552	.3385316	-1.26	0.207	-1.090265	.2367545
Confort sala espera						
De acuerdo						
Desacuerdo	.1731763	.0824877	2.10	0.036	.0115034	.3348492
No pertinen.	-.3665531	.3387948	-1.08	0.279	-1.030579	.2974725
Pocas Interrupciones consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0139262	.1041539	-0.13	0.894	-.2180641	.1902117
No pertinen.	-.1056883	.269379	-0.39	0.695	-.6336614	.4222847
Comodidad consulta						
De acuerdo	.0467588	.1443426	0.32	0.746	-.2361475	.3296652
Desacuerdo	-.418689	.3376911	-1.24	0.215	-1.080551	.2431735
No pertinen.						
Percepción del paciente de la comunicación médico-paciente						
Apoyo_emoc	-.025103	.0173307	-1.45	0.147	-.0590704	.0088645
Fase resoluti	-.0020438	.0187077	-0.11	0.913	-.0387102	.0346225
Satis. global	-.0172923	.0316592	-0.55	0.585	-.0793431	.0447586
Escala comun.	-.0073191	.008501	-0.86	0.389	-.0239807	.0093425
x2_Sat.glob.	-.0007522	.0018019	-0.42	0.676	-.0042839	.0027795
x2_Esc. Comu.	-.000088	.0001268	-0.69	0.488	-.0003366	.0001605
Cumplimiento expectativas del paciente						
Dar recetas						
De acuerdo						
Desacuerdo	.2518239	.1086914	2.32	0.021	.0387928	.464855
No pertinen	.0479648	.1599883	0.30	0.764	-.2656066	.3615362
Solicitar pruebas						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0348244	.1310505	-0.27	0.790	-.2916786	.2220298
No pertinen	-.1373935	.0887881	-1.55	0.122	-.311415	.036628
Enviar al especialista						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0308143	.1062958	-0.29	0.772	-.2391503	.1775217
No pertinen	-.1452922	.089515	-1.62	0.105	-.3207383	.030154
Dar la baja						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1450872	.2891877	-0.50	0.616	-.7118847	.4217104
No pertien	.0229659	.0960901	0.24	0.811	-.1653674	.2112991

Tabla 59- Cont.5- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de DESCONFIANZA-IRA del profesional en los encuentros difíciles.

EMO_1_Malt~o	Coef	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Escalas de emociones						
EMO_1_Desconfianza-ira						
EMO_2_Impote	.0337798	.0044311	7.62	0.000	.025095	.0424645
EMO_3_Ansied	.0700553	.0139625	5.02	0.000	.0426894	.0974213
EMO_4_Depres	.0739814	.0118641	6.24	0.000	.0507282	.0972346
EMO_5_Insegu	.086669	.0202982	4.27	0.000	.0468853	.1264527
EMO_6_Emoc +	.0014756	.0150047	0.10	0.922	-.0279331	.0308843
lg_emoc_+	.0899173	.1027658	0.87	0.382	-.1114998	.2913345
Emoc negativ	.0164249	.0016917	9.71	0.000	.0131093	.0197405
Escalas de pensamientos						
PENS_1_Fraca	.0286913	.0050151	5.72	0.000	.018862	.0385207
PENS_2_Deses	.0315214	.0040164	7.85	0.000	.0236493	.0393934
PENS_3_Bloqu	.0784578	.0091292	8.59	0.000	.0605649	.0963506
PENS_4_Búsqu	.0665573	.0181049	3.68	0.000	.0310724	.1020422
PENS_5_Recha	.0915928	.0111598	8.21	0.000	.06972	.1134657
Pens negativ	.0143053	.0016985	8.42	0.000	.0109763	.0176344
Personalidad del médico						
Neuroticismo	.0484376	.0268168	1.81	0.071	-.0041224	.1009977
Extraversión	-.0125621	.0204382	-0.61	0.539	-.0526201	.027496
Impulsividad	.0111808	.0469822	0.24	0.812	-.0809027	.1032643
lg_epi_impuls	.0219491	.2019881	0.11	0.913	-.3739402	.4178385
Sociabilidad	-.0188706	.0214436	-0.88	0.379	-.0608993	.0231581
Bournout del médico						
Desgaste Emoc	.0310897	.0075043	4.14	0.000	.0163817	.0457978
Despersonali	.0445845	.0192352	2.32	0.020	.0068841	.0822848
lg_mbi_desper	.5240133	.178261	2.94	0.003	.1746281	.8733985
Realiz. Pers	-.0309948	.0128221	-2.42	0.016	-.0561258	-.0058639
Ansiedad y Depresión del médico						
Ansiedad SI	.0835463	.164343	0.51	0.611	-.23856	.4056527
Depresión SI	.5138002	.1564739	3.28	0.001	.2071169	.8204835
Edad del Médico						
	.0228577	.0249651	0.92	0.360	-.0260729	.0717883
Sexo del Médico						
Mujer						
Hombre	.0316935	.2102898	0.15	0.880	-.3804668	.4438539
Apoyo social de familia y amigos del médico						
Buen apoyo	-.465966	.1668709	-2.79	0.005	-.793027	-.138905
Acreditación docente						
SI	-.3536929	.1720928	-2.06	0.040	-.6909887	-.0163972
Residente asignado						
SI	-.3964813	.1705331	-2.32	0.020	-.73072	-.0622425
Especialidad MFyC- MIR						
SI	-.3295212	.1775257	-1.86	0.063	-.6774651	.0184228

Tabla 59- Cont.6- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de DESCONFIANZA-IRA del profesional en los encuentros difíciles

EMO_1_Malt~o	Coef	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Antigüedad con cupo de pacientes						
DE 0 a 4 años						
De 5 a 8 años	.1140809	.2029473	0.56	0.574	-.2836886	.5118504
De 9 a 14 año	-.1592763	.2255616	-0.71	0.480	-.6013688	.2828163
>= 15 años	.12778	.3722752	0.34	0.731	-.6018659	.8574259
Acontecimientos vitales estresantes del médico						
Enf grave propia						
	.0121696	.3816789	0.03	0.975	-.7359072	.7602465
Enf grave familia						
	.0065092	.2068506	0.03	0.975	-.3989106	.4119289
Fallecim padres, hijos, pareja						
	-.0252501	.2679217	-0.09	0.925	-.5503669	.4998668
Fallecim amigos, familia						
	-.0689408	.2702609	-0.26	0.799	-.5986424	.4607607
Separado, divorcio						
	.4065075	.0935628	4.34	0.000	.2231278	.5898872
Ruptura relación						
Problema con amigos, familia, vecinos						
	.0634415	.1847926	0.34	0.731	-.2987453	.4256283
Sin empleo > 1 mes						
Despedido trabajo						
Crisis económica						
	.5273105	.0937391	5.63	0.000	.3435853	.7110357
Prob. Policía, justicia						
	.2254958	.0964216	2.34	0.019	.036513	.4144785
Robo o pérdida de valor						
	.0696701	.1661415	0.42	0.675	-.2559614	.3953015

Tabla 60.- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de IMPOTENCIA del profesional en los encuentros difíciles

EMO_2_Impote	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Día de la semana						
Lunes						
Martes	.0279882	.0647103	0.43	0.665	-.0988416	.1548181
Miércoles	.012136	.0654498	0.19	0.853	-.1161434	.1404153
Jueves	.0128783	.0681162	0.19	0.850	-.1206271	.1463837
Viernes	.0132002	.064058	0.21	0.837	-.1123512	.1387517
Turno mañana/tarde						
Mañana						
Tarde	.093187	.0541908	1.72	0.086	-.013025	.1993989
Citas concert	-.0001645	.0045588	-0.04	0.971	-.0090996	.0087706
Nº citas val	.0042931	.004755	0.90	0.367	-.0050265	.0136127
% citas val	.2236225	.2449189	0.91	0.361	-.2564098	.7036548
x3 % cit val	.0404183	.1790316	0.23	0.821	-.3104771	.3913138
Edad paciente	.0031804	.0016436	1.94	0.053	-.000041	.0064019
Sexo paciente						
Mujer						
Hombre	-.0422556	.0587155	-0.72	0.472	-.157336	.0728247
Estado civil						
Casado						
Vive pareja	.2860389	.1207895	2.37	0.018	.0492959	.5227819
Divorc.separa	-.0064936	.1424498	-0.05	0.964	-.2856901	.2727028
Viudo	-.1257512	.1090578	-1.15	0.249	-.3395004	.0879981
Soltero	-.0797697	.1069205	-0.75	0.456	-.28933	.1297906
Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro						
Grande						
Muy grande	.2625647	.1142905	2.30	0.022	.0385595	.4865699
Extremo	.335798	.1316221	2.55	0.011	.0778234	.5937727
Centro de salud						
El Palo						
Portada Alta	-.2965379	.3991142	-0.74	0.457	-1.078787	.4857115
Delicias	-.3305627	.2519239	-1.31	0.189	-.8243244	.163199
San Andrés	.0157078	.1809313	0.09	0.931	-.3389109	.3703266
Federico Cast	-.373704	.1663877	-2.25	0.025	-.6998179	-.0475901
El Valle	-.6417401	.2186181	-2.94	0.003	-1.070224	-.2132565
Limonar	-.0336216	.1455571	-0.23	0.817	-.3189083	.2516652
San Felipe	.1000098	.1130698	0.88	0.376	-.1216029	.3216225
Ciudad						
Jaén						
Málaga	.2394976	.1366074	1.75	0.080	-.028248	.5072432
Número motivos consulta según el médico						
Uno						
Más de uno	.0793292	.0654882	1.21	0.226	-.0490254	.2076838

Tabla 60- Cont.1- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de IMPOTENCIA del profesional en los encuentros difíciles

EMO_2_Impote	Coef	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Motivos de consulta según médico						
Prob General	.0772359	.0799116	0.97	0.334	-.079388	.2338598
Prob Respirat	-.0209622	.0873877	-0.24	0.810	-.1922391	.1503146
Prob Locomot	-.0085899	.1104676	-0.08	0.938	-.2251024	.2079225
Prob Circula	.0616332	.1064778	0.58	0.563	-.1470595	.2703258
Prob Psicoso	.1036445	.0995088	1.04	0.298	-.0913892	.2986782
Burcrático	.0212261	.0784116	0.27	0.787	-.1324578	.17491
Seguim Clín	.0080508	.0988404	0.08	0.935	-.1856729	.2017745
Deriv/Anális	.044271	.0862294	0.51	0.608	-.1247355	.2132775
Motivo de pérdida de los pacientes no reclutados						
Crecer de teléfono						
No localizab	-.3602528	.1834057	-1.96	0.050	-.7197213	-.0007842
No desea part	-.1743534	.1475079	-1.18	0.237	-.4634635	.1147567
No acude cita	-.5155989	.2832724	-1.82	0.069	-1.070803	.0396048
Otros	-.1009259	.1421588	-0.71	0.478	-.3795521	.1777003
Desconocido	-.3462036	.3666628	-0.94	0.345	-1.06485	.3724422
Entrevistados						
No						
Si	-.0154333	.0857244	-0.18	0.857	-.18345	.1525835
Petición Pruebas complementarias el día E.D.						
Si						
No	.109626	.0900367	1.22	0.223	-.0668427	.2860947
Realizar derivaciones el día ED						
SI						
No	-.1103649	.0692996	-1.59	0.111	-.2461896	.0254598
Realizar recetas el día del ED						
Si						
No	-.0358195	.0762316	-0.47	0.638	-.1852307	.113591
Número de problemas de salud crónicos						
numprobl	.0355609	.0133955	2.65	0.008	.0093062	.0618157
Morbilidad crónica						
Prob General	.201674	.0767703	2.63	0.009	.0512069	.352141
Prob Hematol	.1969703	.104105	1.89	0.058	-.0070717	.4010124
Prob Digestiv	.0849947	.068308	1.24	0.213	-.0488866	.218876
Prob Ojos	.0862711	.0790814	1.09	0.275	-.0687255	.2412678
Prob Oídos	.0191581	.0965144	0.20	0.843	-.1700067	.2083228
Prob Circulat	.1332978	.0601984	2.21	0.027	.0153111	.2512846
Prob Locomot	.1946554	.0742481	2.62	0.009	.0491317	.340179
Prob S. Nerv.	.0968067	.0736918	1.31	0.189	-.0476265	.2412399
Prob Psicolog	.0860425	.0633785	1.36	0.175	-.0381771	.210262
Prob Respirat	-.0428992	.0903721	-0.47	0.635	-.2200253	.1342269
Prob Piel	.1090409	.0944065	1.16	0.248	-.0759924	.2940742
Prob End/meta	.009592	.0593914	0.16	0.872	-.1068129	.125997
Prob Urinario	-.0039349	.0912023	-0.04	0.966	-.1826881	.1748184
Prob gen feme	-.0248907	.084448	-0.29	0.768	-.1904057	.1406243
Prob gen masc	.0652698	.1297093	0.50	0.615	-.1889557	.3194952
Prob psicoc	.0996571	.0634105	1.57	0.116	-.0246252	.2239394

Tabla 60- Cont.2 .- Análisis bivalente de la escala de EMOCIONES de IMPOTENCIA del profesional en los encuentros difíciles

EMO_2_Impote	Coef	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Nº Visitas el año anterior						
visitas	.0032581	.0042059	0.77	0.439	-.0049854	.0115015
lg_visitas	.0441823	.0586914	0.75	0.452	-.0708508	.1592153
Situación laboral del paciente						
Trabajando						
Paro	-.0232749	.1418184	-0.16	0.870	-.3012339	.2546841
Jubilado	.1157773	.1040722	1.11	0.266	-.0882005	.3197552
Incapacitado	.1315663	.1177448	1.12	0.264	-.0992092	.3623418
Cuida fam/hog	.1496058	.0956567	1.56	0.118	-.0378779	.3370896
Estudiando	.1438731	.215226	0.67	0.504	-.2779621	.5657083
Otros	-.2952086	.3012085	-0.98	0.327	-.8855664	.2951492
Tiempo sin trabajo remunerado						
Menos 1 año						
1 a 5 años	.1522736	.1299128	1.17	0.241	-.1023507	.4068979
6 a 10 años	.0315685	.2063609	0.15	0.878	-.3728913	.4360283
Mas 11 años	.1479934	.1435841	1.03	0.303	-.1334262	.429413
Nunca	.1149361	.155122	0.74	0.459	-.1890975	.4189698
Clase social del paciente						
I y II						
III	.0100538	.1596467	0.06	0.950	-.302848	.3229556
IV	.0010543	.1672	0.01	0.995	-.3266517	.3287603
V	-.0497018	.1604221	-0.31	0.757	-.3641235	.2647198
VI	.0062782	.1801058	0.03	0.972	-.3467228	.3592792
Nº convivientes hogar						
numconvi	-.0147289	.0225782	-0.65	0.514	-.0589814	.0295236
r2_numconvi	-.0341822	.0824839	-0.41	0.679	-.1958477	.1274832
Satisfacción con la convivencia hogar						
Muy o bastante satisfecho/a						
Satis/Insati	-.1055825	.0713657	-1.48	0.139	-.2454566	.0342917
Bastante insa	.0488136	.0956211	0.51	0.610	-.1386003	.2362276
Muy Insatisf	.0260619	.1467656	0.18	0.859	-.2615935	.3137173
Cualificación académica						
No sabe leer ni escribir						
Sin estudios	.0427845	.1078536	0.40	0.692	-.1686047	.2541737
E. Primarios	-.0421131	.1387963	-0.30	0.762	-.3141489	.2299226
E. Secundario	-.0088277	.1500326	-0.06	0.953	-.3028862	.2852309
E. Superiore	.1530819	.1923706	0.80	0.426	-.2239576	.5301215
Satisfacción con economía						
Vive cómodamente						
Vive bien	.0882386	.1134872	0.78	0.437	-.1341922	.3106695
Dif Económic	-.0209468	.1428864	-0.15	0.883	-.3009991	.2591055
Muchas dific	.1483608	.1632067	0.91	0.363	-.1715184	.4682401
Padece enf./ minusvalía crónica						
Sí						
No	-.0080581	.0907626	-0.09	0.929	-.1859497	.1698334
Salud General						
Excelente, muy buena, buena						
Regular	.0566226	.0922109	0.61	0.539	-.1241075	.2373527
Mala	.0422372	.1160002	0.36	0.716	-.185119	.2695935

Tabla 60- Cont.3- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de IMPOTENCIA del profesional en los encuentros difíciles

EMO_2_Impoten	Coef	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Calidad de vida general						
Muy buena, buena						
Ni buen/mala	.180275	.0718506	2.51	0.012	.0394503	.3210997
Mala	.128354	.0928798	1.38	0.167	-.0536871	.3103951
Muy mala	-.0229955	.1384797	-0.17	0.868	-.2944107	.2484197
Calidad de vida relacionada con la Salud física						
	-.0040064	.00278	-1.44	0.150	-.009455	.0014423
Calidad de vida relacionada con la salud mental						
	.0038512	.0025149	1.53	0.126	-.0010778	.0087803
Número de días desde el encuentro						
7 o menos días						
Más 7 días	.0713242	.1109937	0.64	0.520	-.1462194	.2888679
Número de problemas consultados según paciente						
Uno						
Más de uno	-.0403847	.0663685	-0.61	0.543	-.1704645	.0896951
Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente						
Prob Psicolg	.0558153	.0854831	0.65	0.514	-.1117284	.223359
Prob Social	-.0695488	.2259059	-0.31	0.758	-.5123162	.3732185
Prob Psicoso	.0398246	.0793688	0.50	0.616	-.1157354	.1953845
Prob General	-.0868896	.1087153	-0.80	0.424	-.2999676	.1261884
Prob Respirat	-.061353	.0691537	-0.89	0.375	-.1968918	.0741859
Prob Locomot	.132181	.0759742	1.74	0.082	-.0167257	.2810878
Prob Ciculat	.1202804	.1549712	0.78	0.438	-.1834575	.4240184
Burocrático	-.095577	.0823419	-1.16	0.246	-.2569641	.0658102
Seguim Enferm	.0248754	.0778445	0.32	0.749	-.1276969	.1774477
Deriv/Anális	-.1316915	.1159917	-1.14	0.256	-.359031	.095648
Número de problemas nuevos consultados según el paciente						
Ninguno						
Uno	-.1857676	.0782153	-2.38	0.018	-.3390668	-.0324683
Más de uno	-.1973023	.1880534	-1.05	0.294	-.5658802	.1712755
Puntuación malestar emocional del paciente en el encuentro						
Sin dificultad						
Con Dificult	-.0414835	.0963136	-0.43	0.667	-.2302546	.1472876
Ansiedad del paciente						
SI	-.0532774	.0646437	-0.82	0.410	-.1799767	.0734219
Depresión del paciente						
SI	.0302323	.0965072	0.31	0.754	-.1589184	.2193829
Apoyo social familia y amigos del paciente						
Buen apoyo	.1169733	.0711576	1.64	0.100	-.022493	.2564396
Acontecimientos vitales estresantes paciente						
Ninguno						
Uno	.0965244	.089009	1.08	0.278	-.0779301	.2709789
Dos	.0901758	.0963737	0.94	0.349	-.0987132	.2790648
Tres	.100389	.1067806	0.94	0.347	-.1088972	.3096751
Más de 4	-.0724812	.1425453	-0.51	0.611	-.3518649	.2069025

Tabla 60- Cont.4 - Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de IMPOTENCIA del profesional en los encuentros difíciles

EMO_2_Impoten	Coef	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Factores externos						
Facilidad para obtener cita						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0167342	.0660084	-0.25	0.800	-.1461083	.1126399
No pertinen.	-.159484	.2005959	-0.80	0.427	-.5526447	.2336767
Poco tiempo espera (sala espera)						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0172492	.0606778	0.28	0.776	-.1016772	.1361756
No pertinen	.103589	.1413893	0.73	0.464	-.1735288	.3807069
Confort sala espera						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0431242	.0647262	0.67	0.505	-.0837368	.1699853
No pertinen	.1103631	.1407307	0.78	0.433	-.165464	.3861902
Pocas Interrupciones consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0558719	.0752489	-0.74	0.458	-.203357	.0916132
No pertinen	.0884373	.1593425	0.56	0.579	-.2238683	.4007429
Comodidad consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.154846	.1355832	-1.14	0.253	-.4205842	.1108923
No pertinen	.0851047	.1395688	0.61	0.542	-.1884452	.3586546
Escala comunicación médico-paciente						
Apoyo_emoc	-.0029247	.0130583	-0.22	0.823	-.0285186	.0226692
Fase resoluti	.0096549	.0139953	0.69	0.490	-.0177753	.0370852
Satis. global	.0130378	.0230942	0.56	0.572	-.0322259	.0583015
Esc_comunica	.001746	.0062017	0.28	0.778	-.0104092	.0139012
x2_ Sat.glob.	.000883	.0013252	0.67	0.505	-.0017144	.0034805
x2Esc. Comu	.0000355	.0000902	0.39	0.694	-.0001412	.0002123
Cumplimiento expectativas del paciente						
Dar recetas						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0156376	.0887001	0.18	0.860	-.1582114	.1894867
No pertinen	-.1154488	.1482726	-0.78	0.436	-.4060578	.1751602
Solicitar pruebas						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0442416	.0962728	-0.46	0.646	-.2329329	.1444496
No pertinen.	-.0661127	.0637495	-1.04	0.300	-.1910596	.0588341
Enviar al especialista						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1265222	.0830036	-1.52	0.127	-.2892063	.0361619
No pertinen.	-.1524572	.0633019	-2.41	0.016	-.2765267	-.0283877
Dar la baja						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0909054	.2404504	-0.38	0.705	-.5621796	.3803688
No pertinen	.080516	.0728241	1.11	0.269	-.0622166	.2232486

Tabla 60- Cont.5- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de IMPOTENCIA del profesional en los encuentros difíciles

EMO_2_Impoten	Coef	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Escalas de emociones						
Desconf-Ira	.027377	.0044374	6.17	0.000	.0186799	.0360741
Impotencia						
Ansiedad	.0615544	.0084059	7.32	0.000	.0450791	.0780297
Depresión	.0556845	.0089325	6.23	0.000	.038177	.0731919
Inseguridad	.0780726	.014829	5.26	0.000	.0490083	.1071368
Emoc. Posit.	.0243575	.0107966	2.26	0.024	.0031967	.0455184
lg_emoc_+	.2278455	.0730642	3.12	0.002	.0846423	.3710488
Difficult_~s	.0119616	.0012142	9.85	0.000	.0095818	.0143414
Escalas de pensamientos						
PENS_1_Fraca	.0224173	.0035587	6.30	0.000	.0154423	.0293924
PENS_2_Deses	.0275697	.0031464	8.76	0.000	.0214029	.0337365
PENS_3_Bloqu	.0505742	.0071705	7.05	0.000	.0365204	.0646281
PENS_4_Búsqu	.0708209	.0132757	5.33	0.000	.0448011	.0968407
PENS_5_Recha	.0568886	.0093284	6.10	0.000	.0386052	.075172
Difficult_~t	.0108626	.0012938	8.40	0.000	.0083268	.0133983
Personalidad del médico						
Neuroticismo	.0280435	.0207485	1.35	0.177	-.0126229	.0687099
Extraversión	-.0178087	.020906	-0.85	0.394	-.0587838	.0231664
Impulsividad	-.0292315	.0427853	-0.68	0.494	-.113089	.0546261
lg_epi_impuls	-.1338555	.1583236	-0.85	0.398	-.4441641	.1764531
Sociabilidad	-.0112518	.0210778	-0.53	0.593	-.0525634	.0300599
Bournout del médico						
Desgaste Emoc	.0235621	.0051614	4.57	0.000	.0134458	.0336783
Despersonali	.0305733	.0168097	1.82	0.069	-.0023731	.0635197
Lg Despers	.393855	.1519452	2.59	0.010	.096048	.6916621
Realiz. Pers	-.0100788	.0113992	-0.88	0.377	-.0324209	.0122632
Ansiedad y Depresión del médico						
Ansiedad SI	.0743111	.1418796	0.52	0.600	-.2037678	.3523901
Depresión SI	.3187957	.1341482	2.38	0.017	.0558701	.5817213
Edad del Médico						
	.0031804	.0016436	1.94	0.053	-.000041	.0064019
Sexo del Médico						
Mujer						
Hombre	.0055667	.1576836	0.04	0.972	-.3034875	.3146209
Apoyo social de familia y amigos del médico						
Buen apoyo	-.3517355	.0879775	-4.00	0.000	-.5241682	-.1793028
Acreditación docente						
SI	-.2759647	.1408662	-1.96	0.050	-.5520573	.0001279
Residente asignado						
SI	-.3120391	.1396517	-2.23	0.025	-.5857513	-.0383268
Especialidad MFyC- MIR						
SI	-.2355382	.1445567	-1.63	0.103	-.518864	.0477877

Tabla 60- Cont. 6- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de IMPOTENCIA del profesional en los encuentros difíciles

EMO_2_Impoten	Coef	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Antigüedad con cupo de pacientes						
DE 0 a 4 años						
De 5 a 8 años	.0276441	.1599441	0.17	0.863	-.2858405	.3411287
De 9 a 14 año	-.3052028	.1957134	-1.56	0.119	-.688794	.0783883
>= 15 años	-.1340476	.256963	-0.52	0.602	-.6376859	.3695907
Acontecimientos vitales estresantes del médico						
Enf grave propia						
	-.2100818	.3229073	-0.65	0.515	-.8429684	.4228049
Enf grave familia						
	-.2426448	.1841844	-1.32	0.188	-.6036395	.11835
Fallecim padres, hijos, pareja						
	-.1964732	.2666882	-0.74	0.461	-.7191725	.3262262
Fallecim amigos, familia						
	-.3361424	.2400505	-1.40	0.161	-.8066327	.1343479
Separado, divorcio						
	-.0957732	.0745887	-1.28	0.199	-.2419644	.0504181
Ruptura relación						
Problema con amigos, familia, vecinos						
	.0151983	.1415234	0.11	0.914	-.2621825	.2925791
Sin empleo > 1 mes						
Despedido trabajo						
Crisis económica	.539879	.0745125	7.25	0.000	.3938373	.6859208
Prob. Policía, justicia	.1969846	.0771259	2.55	0.011	.0458206	.3481487
Robo o pérdida de valor						
	.0087108	.1793636	0.05	0.961	-.3428354	.3602569

Tabla 61.- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de ANSIEDAD del profesional en los encuentros difíciles

EMO_3_Ansied	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z 	[95% Conf. Interval]	
Día de la semana						
Lunes						
Martes	-.0239735	.0767302	-0.31	0.755	-.1743619	.126415
Miércoles	.0019448	.0699113	0.03	0.978	-.1350788	.1389684
Jueves	.0308372	.0843533	0.37	0.715	-.1344923	.1961667
Viernes	.0448986	.0625472	0.72	0.473	-.0776916	.1674889
Turno mañana/tarde						
Mañana						
Tarde	.0652168	.0689651	0.95	0.344	-.0699523	.2003859
Citas concert	-.0043684	.0044213	-0.99	0.323	-.0130339	.0042971
Nº citas val	.0031436	.0050236	0.63	0.531	-.0067025	.0129897
% citas val	.2376691	.2589112	0.92	0.359	-.2697876	.7451258
x3 % cit val	.0380851	.1905906	0.20	0.842	-.3354657	.4116358
Edad paciente	.003443	.0021161	1.63	0.104	-.0007045	.0075906
Sexo paciente						
Mujer						
Hombre	-.0853928	.0693021	-1.23	0.218	-.2212225	.0504369
Estado civil						
Casado						
Vive pareja	.3315943	.1114032	2.98	0.003	.1132481	.5499406
Divorc.separa	.0102184	.1684332	0.06	0.952	-.3199046	.3403415
Viudo	-.0963701	.0994858	-0.97	0.333	-.2913586	.0986185
Soltero	-.0499011	.1264454	-0.39	0.693	-.2977296	.1979274
Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro						
Grande						
Muy grande	.2848614	.1300835	2.19	0.029	.0299024	.5398205
Extremo	.5230208	.1425679	3.67	0.000	.2435927	.8024488
Centro de salud						
El Palo						
Portada Alta	-.4786401	.4593822	-1.04	0.297	-1.379013	.4217325
Delicias	-.0745533	.2340685	-0.32	0.750	-.5333192	.3842125
San Andrés	.0836459	.0733203	1.14	0.254	-.0600593	.2273512
Federico Cast	-.3173107	.1859216	-1.71	0.088	-.6817105	.047089
El Valle	-.6467533	.2998802	-2.16	0.031	-1.234508	-.0589988
Limonar	-.1388364	.1355781	-1.02	0.306	-.4045647	.1268918
San Felipe	-.1251971	.0934573	-1.34	0.180	-.3083699	.0579758
Ciudad						
Jaén						
Málaga	.2242435	.1441938	1.56	0.120	-.0583711	.5068581
Número motivos consulta según el médico						
Uno						
Más de uno	.08306	.0795876	1.04	0.297	-.0729288	.2390488

Tabla 61- Cont.1- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de ANSIEDAD del profesional en los encuentros difíciles

EMO_3_Ansied	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Motivos de consulta según médico						
Prob General	.0464448	.099657	0.47	0.641	-.1488792	.2417689
Prob Respirat	-.1281804	.0933357	-1.37	0.170	-.311115	.0547542
Prob Locomot	-.0233647	.1175359	-0.20	0.842	-.2537308	.2070013
Prob Circula	.110107	.1192421	0.92	0.356	-.1236032	.3438172
Prob Psicoso	.1557464	.1079556	1.44	0.149	-.0558427	.3673354
Burcrático	.0158652	.0783173	0.20	0.839	-.1376339	.1693644
Seguim Clín	-.0420638	.0980016	-0.43	0.668	-.2341435	.1500158
Deriv/Anális	.0943656	.0983209	0.96	0.337	-.0983398	.287071
Motivo de pérdida de los pacientes no entrevistados						
Crecer de teléfono						
No localizab	-.3968814	.1978595	-2.01	0.045	-.7846788	-.0090839
No desea part	-.2469662	.1401384	-1.76	0.078	-.5216323	.0276999
No acude cita	-.5526359	.3045401	-1.81	0.070	-1.149524	.0442518
Otros	-.3517609	.1541324	-2.28	0.022	-.6538548	-.049667
Desconocido	-.2608228	.3701287	-0.70	0.481	-.9862618	.4646162
Entrevistados						
No						
Si	-.0901935	.087393	-1.03	0.302	-.2614807	.0810937
Petición Pruebas complementarias el día E.D.						
Si						
No	.0954151	.0931789	1.02	0.306	-.0872121	.2780424
Realizar derivaciones el día ED						
SI						
No	-.1304882	.0838742	-1.56	0.120	-.2948786	.0339021
Realizar recetas el día del ED						
Si						
No	.0331087	.0737096	0.45	0.653	-.1113594	.1775767
Número de problemas de salud crónicos						
Num probl	.0343058	.0153684	2.23	0.026	.0041844	.0644273
Morbilidad crónica						
Prob General	.0862096	.084352	1.02	0.307	-.0791173	.2515365
Prob Hematol	.1147593	.1198793	0.96	0.338	-.1201998	.3497183
Prob Digestiv	.0184509	.0807204	0.23	0.819	-.1397582	.1766601
Prob Ojos	.0660617	.0977148	0.68	0.499	-.1254558	.2575793
Prob Oídos	.0726157	.1130932	0.64	0.521	-.149043	.2942744
Prob Circulat	.1108929	.0731928	1.52	0.130	-.0325623	.254348
Prob Locomot	.1822909	.0828858	2.20	0.028	.0198377	.3447441
Prob S. Nerv.	.0707318	.0780611	0.91	0.365	-.0822651	.2237288
Prob Psicolog	.0477941	.0722369	0.66	0.508	-.0937877	.1893759
Prob Respirat	-.0591826	.0803846	-0.74	0.462	-.2167334	.0983683
Prob Piel	-.0479877	.1100826	-0.44	0.663	-.2637456	.1677703
Prob End/meta	-.0080713	.0568399	-0.14	0.887	-.1194755	.1033329
Prob Urinario	-.1054541	.1051956	-1.00	0.316	-.3116338	.1007255
Prob gen feme	-.1103751	.0894147	-1.23	0.217	-.2856247	.0648745
Prob gen masc	.0611695	.1413209	0.43	0.665	-.2158143	.3381534
Prob social	.1299652	.133867	0.97	0.332	-.1324092	.3923396
Prob psicococ	.0402346	.0758958	0.53	0.596	-.1085184	.1889876

Tabla 61- Cont.2- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de ANSIEDAD del profesional en los encuentros difíciles

EMO_3_Ansied	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z 	[95% Conf. Interval]	
Nº Visitas el año anterior						
visitas	.0041995	.004446	0.94	0.345	-.0045146	.0129135
lg_visitas	.0452037	.057466	0.79	0.432	-.0674276	.157835
Situación laboral del paciente						
Trabajando						
Paro	.1488724	.1333487	1.12	0.264	-.1124863	.4102312
Jubilado	.266165	.1143549	2.33	0.020	.0420335	.4902965
Incapacitado	.2124396	.145275	1.46	0.144	-.0722941	.4971733
Cuida fam/hog	.2169925	.1090916	1.99	0.047	.0031769	.4308082
Estudiando	.2326423	.2976776	0.78	0.434	-.350795	.8160796
Otros	-.5346128	.2536632	-2.11	0.035	-1.031784	-.0374421
Tiempo sin trabajo remunerado						
Menos 1 año						
1 a 5 años	.2955007	.1613202	1.83	0.067	-.0206812	.6116826
6 a 10 años	.1675611	.2256268	0.74	0.458	-.2746593	.6097816
Mas 11 años	.1439076	.1832837	0.79	0.432	-.2153219	.5031371
Nunca	.2094235	.1876193	1.12	0.264	-.1583035	.5771505
Clase social del paciente						
I y II						
III	-.1329485	.1862675	-0.71	0.475	-.4980262	.2321292
IV	-.0653828	.1612211	-0.41	0.685	-.3813703	.2506048
V	-.1832744	.171544	-1.07	0.285	-.5194944	.1529456
VI	.0490776	.1538861	0.32	0.750	-.2525336	.3506888
Nº convivientes hogar						
numconvi	-.0242499	.0311168	-0.78	0.436	-.0852376	.0367378
r2_numconvi	-.0732925	.1087757	-0.67	0.500	-.2864889	.1399039
Satisfacción con la convivencia hogar						
Muy o bastante satisfecho/a						
Satis/Insati	-.1000229	.0817838	-1.22	0.221	-.2603161	.0602703
Bastante insa	.1809277	.1174776	1.54	0.124	-.0493243	.4111797
Muy Insatisf	.1242324	.1072462	1.16	0.247	-.0859663	.3344311
Cualificación académica						
No sabe leer ni escribir						
Sin estudios	.1043556	.1310927	0.80	0.426	-.1525815	.3612926
E. Primarios	-.0243173	.1572032	-0.15	0.877	-.3324299	.2837953
E. Secundario	-.15467	.1759394	-0.88	0.379	-.4995049	.1901649
E. Superiore	.1554849	.1892556	0.82	0.411	-.2154492	.526419
Satisfacción con economía						
Vive cómodamente						
Vive bien	-.009225	.1146367	-0.08	0.936	-.2339088	.2154589
Dif Económic	-.083079	.1417144	-0.59	0.558	-.3608341	.1946761
Muchas dific	.0247231	.148694	0.17	0.868	-.2667117	.316158
Padece enf./ minusvalía crónica						
Sí						
No	-.0945557	.0798688	-1.18	0.236	-.2510956	.0619842
Salud General						
Excelente, muy buena, buena						
Regular	.13006	.0864455	1.50	0.132	-.0393701	.2994902
Mala	.0937164	.1185688	0.79	0.429	-.1386741	.326107

Tabla 61- Cont.3- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de ANSIEDAD del profesional en los encuentros difíciles

EMO_3_Ansied	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z 	[95% Conf. Interval]	
Calidad de vida general						
Muy buena, buena						
Ni buen/mala	.1347781	.0785641	1.72	0.086	-.0192047	.2887609
Mala	.1212776	.0903165	1.34	0.179	-.0557396	.2982947
Muy mala	-.0895591	.1568699	-0.57	0.568	-.3970186	.2179003
Calidad de vida relacionada con la Salud física						
	-.0032153	.0028567	-1.13	0.260	-.0088144	.0023837
Calidad de vida relacionada con la Salud mental						
	.0054752	.0028623	1.91	0.056	-.0001349	.0110852
Número de días desde el encuentro						
Menos días						
7 días	.143664	.1145313	1.25	0.210	-.0808132	.3681412
Número de problemas consultados según paciente						
Uno						
Más de uno	-.1494245	.0766702	-1.95	0.051	-.2996954	.0008464
Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente						
Prob Psicolg	-.0002674	.0891469	-0.00	0.998	-.1749922	.1744573
Prob Social	-.1784892	.3217548	-0.55	0.579	-.8091171	.4521386
Prob Psicoso	-.0238356	.0874201	-0.27	0.785	-.1951759	.1475047
Prob General	-.106084	.0980031	-1.08	0.279	-.2981666	.0859987
Prob Respirat	-.1618364	.0872743	-1.85	0.064	-.3328909	.0092181
Prob Locomot	-.0241648	.1078086	-0.22	0.823	-.2354658	.1871362
Prob Ciculat	-.0853602	.1355017	-0.63	0.529	-.3509386	.1802182
Burocrático	-.0584291	.0899012	-0.65	0.516	-.2346322	.1177741
Seguim Enferm	-.1089274	.1110049	-0.98	0.326	-.3264929	.1086381
Deriv/Anális	-.0439855	.1021014	-0.43	0.667	-.2441006	.1561297
Número de problemas nuevos consultados según el paciente						
Ninguno						
Uno	-.1694008	.0810135	-2.09	0.037	-.3281844	-.0106172
Más de uno	-.1393525	.1904632	-0.73	0.464	-.5126535	.2339486
Puntuación malestar emocional del paciente en el encuentro						
Sin dificultad						
Con Dificultad	.036443	.1148113	0.32	0.751	-.1885831	.261469
Ansiedad del paciente						
SI	.0002874	.0627721	0.00	0.996	-.1227436	.1233184
Depresión del paciente						
SI	.0026991	.0772457	0.03	0.972	-.1486997	.154098
Apoyo social familia y amigos del paciente						
Buen apoyo	.0851949	.0883609	0.96	0.335	-.0879892	.258379
Acontecimientos vitales estresantes paciente						
Ninguno						
Uno	.0957939	.1066379	0.90	0.369	-.1132125	.3048003
Dos	.0467073	.107366	0.44	0.664	-.1637261	.2571407
Tres	.091159	.1127742	0.81	0.419	-.1298744	.3121925
Más de 4	-.0299675	.1466264	-0.20	0.838	-.3173499	.2574148

Tabla 61- Cont.4- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de ANSIEDAD del profesional en los encuentros difíciles

EMO_3_Ansied	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Factores externos						
Facilidad para obtener cita						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1110642	.0720123	-1.54	0.123	-.2522058	.0300774
No pertinen.	.0533594	.2757635	0.19	0.847	-.4871272	.593846
Poco tiempo espera (sala espera)						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0167735	.0665183	-0.25	0.801	-.147147	.1136
No pertinen	.1974622	.1418423	1.39	0.164	-.0805437	.4754681
Confort sala espera						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0971051	.0677632	1.43	0.152	-.0357084	.2299186
No pertinen.	.2344841	.1413011	1.66	0.097	-.0424608	.5114291
Pocas Interrupciones consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0882214	.0812354	-1.09	0.277	-.24744	.0709971
No pertinen.	.0909718	.1545023	0.59	0.556	-.2118472	.3937907
Comodidad consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0695374	.1335953	-0.52	0.603	-.3313794	.1923046
No pertinen.	.1983421	.1394172	1.42	0.155	-.0749106	.4715947
Escala comunicación médico-paciente						
Apoyo_emoc	-.0045851	.0146143	-0.31	0.754	-.0332286	.0240583
Explicaciones	.0057081	.0173963	0.33	0.743	-.028388	.0398041
Satis. global	-.0086032	.0238178	-0.36	0.718	-.0552852	.0380788
Escala comun.	-.0009613	.0072286	-0.13	0.894	-.0151291	.0132066
x2_ Sat.glob.	-.0002608	.0013646	-0.19	0.848	-.0029353	.0024137
x2 Esc. Comu	-4.44e-06	.0001071	-0.04	0.967	-.0002143	.0002055
Cumplimiento expectativas del paciente						
Dar recetas						
De acuerdo						
Desacuerdo	.1369126	.0957147	1.43	0.153	-.0506847	.3245099
No pertinen.	-.3429496	.1551625	-2.21	0.027	-.6470625	-.0388366
Solicitar pruebas						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1699632	.1066285	-1.59	0.111	-.3789512	.0390249
No pertinen	-.0700508	.0708678	-0.99	0.323	-.2089491	.0688474
Enviar al especialista						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1694321	.0954161	-1.78	0.076	-.3564442	.01758
No pertinen	-.1693767	.0698292	-2.43	0.015	-.3062395	-.0325139
Dar la baja						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0704083	.2449276	0.29	0.774	-.409641	.5504576
No pertinen	.1294843	.0892986	1.45	0.147	-.0455376	.3045063

Tabla 61- Cont.5- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de ANSIEDAD del profesional en los encuentros difíciles

EMO_3_Ansied	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Escalas de emociones						
Desconf-Ira	.0244495	.005066	4.83	0.000	.0145202	.0343787
Impotencia	.0258063	.0038157	6.76	0.000	.0183276	.033285
Ansiiedad						
Depresión	.0540414	.0116039	4.66	0.000	.0312981	.0767847
Inseguridad	.0810177	.0151894	5.33	0.000	.0512471	.1107884
Emoc. Posit.	.0280204	.0114098	2.46	0.014	.0056577	.0503831
lg_emoc_+	.2865373	.0780439	3.67	0.000	.1335741	.4395006
Difficult_~s	.0116977	.0014788	7.91	0.000	.0087993	.0145961
Escalas de pensamientos						
PENS_1_Fraca	.0197844	.0045176	4.38	0.000	.0109301	.0286388
PENS_2_Deses	.0228902	.004315	5.30	0.000	.014433	.0313475
PENS_3_Bloqu	.0425412	.0082071	5.18	0.000	.0264556	.0586267
PENS_4_Búsqu	.0554873	.0146333	3.79	0.000	.0268066	.0841679
PENS_5_Recha	.0487828	.0113353	4.30	0.000	.026566	.0709995
Difficult_~t	.0093868	.0017713	5.30	0.000	.0059151	.0128584
Personalidad del médico						
Neuroticismo	.0399304	.0246727	1.62	0.106	-.0084273	.0882881
Extraversión	-.0286846	.0180177	-1.59	0.111	-.0639986	.0066294
Impulsividad	-.057856	.045246	-1.28	0.201	-.1465366	.0308246
lg_epi_impuls	-.2383373	.1618672	-1.47	0.141	-.5555911	.0789165
Sociabilidad	-.0167485	.0191036	-0.88	0.381	-.0541908	.0206938
Bournout del médico						
Desgaste Emoc	.0195423	.005701	3.43	0.001	.0083684	.0307161
Despersonali	.0314275	.0165115	1.90	0.057	-.0009345	.0637895
Lg despersion	.357204	.1628917	2.19	0.028	.0379421	.6764659
Realiz. Pers	.0079758	.0143678	0.56	0.579	-.0201846	.0361362
Ansiiedad y Depresión del médico						
Ansiiedad SI	.05589	.1562251	0.36	0.721	-.2503055	.3620855
Depresión SI	.1430042	.1458573	0.98	0.327	-.1428708	.4288792
Edad del médico						
	.019669	.0249519	0.79	0.431	-.0292358	.0685738
Sexo del médico						
Mujer						
Hombre	-.0250225	.1724588	-0.15	0.885	-.3630356	.3129906
Apoyo social de familia y amigos del médico						
Buen apoyo	-.179494	.1298641	-1.38	0.167	-.4340229	.075035
Acreditación docente						
SI	-.0396572	.156317	-0.25	0.800	-.3460329	.2667184
Residente asignado						
SI	-.077584	.1539338	-0.50	0.614	-.3792886	.2241207
Especialidad MFyC- MIR						
SI	-.1204058	.1534012	-0.78	0.433	-.4210665	.180255

Tabla 61- Cont.6- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de ANSIEDAD del profesional en los encuentros difíciles

EMO_3_Ansied	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Antigüedad con cupo de pacientes						
DE 0 a 4 años						
De 5 a 8 años	-.0573024	.1941666	-0.30	0.768	-.437862	.3232571
De 9 a 14 año	-.0939822	.2025212	-0.46	0.643	-.4909164	.302952
>= 15 años	-.2316478	.2802941	-0.83	0.409	-.7810142	.3177187
Acontecimientos vitales estresantes del médico						
Enf grave propia						
	.0591189	.3467784	0.17	0.865	-.6205543	.7387922
Enf grave familia						
	-.1369873	.185968	-0.74	0.461	-.5014779	.2275033
Fallecim padres, hijos, pareja						
	-.212626	.2250855	-0.94	0.345	-.6537855	.2285335
Fallecim amigos, familia						
	-.1794685	.2371361	-0.76	0.449	-.6442468	.2853098
Separado, divorcio						
	.3546161	.0802431	4.42	0.000	.1973424	.5118897
Ruptura relación						
Problema con amigos, familia, vecinos						
	.0871408	.1511833	0.58	0.564	-.2091731	.3834547
Sin empleo > 1 mes						
Despedido trabajo						
Crisis económica						
	.1360698	.0805917	1.69	0.091	-.021887	.2940266
Prob. Policía, justicia						
	.0240066	.0825818	0.29	0.771	-.1378508	.1858639
Robo o pérdida de valor						
	.2481488	.1730701	1.43	0.152	-.0910624	.5873601

Tabla 62.- Análisis bivalente de la escala de EMOCIONES de DEPRESIÓN del profesional en los encuentros difíciles

EMO_4_Depres	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z 	[95% Conf. Interval]	
Día de la semana						
Lunes						
Martes	.0661606	.1019294	0.65	0.516	-.1336172	.2659385
Miércoles	.020273	.1129406	0.18	0.858	-.2010866	.2416325
Jueves	.0545534	.1012641	0.54	0.590	-.1439206	.2530273
Viernes	.0585282	.0750692	0.78	0.436	-.0886048	.2056612
Turno mañana/tarde						
Mañana						
Tarde	.0983728	.098101	1.00	0.316	-.0939016	.2906471
Citas concert	.0035171	.007442	0.47	0.636	-.011069	.0181032
Nº citas val	.00496	.006589	0.75	0.452	-.0079542	.0178743
% citas val	.1732484	.3467965	0.50	0.617	-.5064601	.852957
x3 % cit val	.0433394	.26328	0.16	0.869	-.47268	.5593587
Edad paciente	.0046263	.0024008	1.93	0.054	-.0000791	.0093317
Sexo paciente						
Mujer						
Hombre	-.0720529	.1076813	-0.67	0.503	-.2831043	.1389986
Estado civil						
Casado						
Vive pareja	.589939	.1539789	3.83	0.000	.2881459	.8917322
Divorc.separa	-.3874478	.3719962	-1.04	0.298	-1.116547	.3416513
Viudo	-.3283128	.16146	-2.03	0.042	-.6447685	-.011857
Soltero	-.1271647	.1672556	-0.76	0.447	-.4549797	.2006502
Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro						
Grande						
Muy grande	.3428028	.1724504	1.99	0.047	.0048063	.6807993
Extremo	.4228415	.2003954	2.11	0.035	.0300737	.8156092
Centro de salud						
El Palo						
Portada Alta	-.6118184	.6268613	-0.98	0.329	-1.840444	.6168072
Delicias	-.1864191	.4355394	-0.43	0.669	-1.040061	.6672224
San Andrés	.4126554	.3161065	1.31	0.192	-.2069019	1.032213
Federico Cast	-.5564087	.3496183	-1.59	0.112	-1.241648	.1288305
El Valle	-1.153695	.7005481	-1.65	0.100	-2.526744	.2193539
Limonar	.0308593	.2582798	0.12	0.905	-.4753598	.5370784
San Felipe	-.013236	.2736831	-0.05	0.961	-.549645	.5231729
Ciudad						
Jaén						
Málaga	.3895516	.2226253	1.75	0.080	-.046786	.8258892
Número motivos consulta según el médico						
Uno						
Más de uno	.1639384	.1285989	1.27	0.202	-.0881108	.4159875

Tabla 62- Cont.1- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de DEPRESION del profesional en los encuentros difíciles

EMO_4_Depres	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Motivos de consulta según médico						
Prob General	.214362	.1203114	1.78	0.075	-.021444	.4501679
Prob Respirat	-.1498795	.1487628	-1.01	0.314	-.4414493	.1416902
Prob Locomot	-.0593883	.2105202	-0.28	0.778	-.4720003	.3532237
Prob Circula	.0474525	.1529702	0.31	0.756	-.2523635	.3472686
Prob Psicoso	-.0234327	.1596752	-0.15	0.883	-.3363905	.289525
Burocrático	.0086237	.1111389	0.08	0.938	-.2092045	.226452
Seguim Clín	.1164797	.1514416	0.77	0.442	-.1803403	.4132997
Deriv/Anális	.1089922	.1426484	0.76	0.445	-.1705936	.388578
Motivo de pérdida de los pacientes no reclutados						
Crecer de teléfono						
No localizab	.1113521	.3376368	0.33	0.742	-.5504038	.7731081
No desea part	-.0673037	.3782123	-0.18	0.859	-.8085861	.6739787
No acude cita	-.1784828	.4992011	-0.36	0.721	-1.156899	.7999334
Otros	.3582122	.4154147	0.86	0.389	-.4559856	1.17241
Desconocido	.1110125	.5258462	0.21	0.833	-.919627	1.141652
Entrevistados						
No						
Si	-.0448472	.1284951	-0.35	0.727	-.296693	.2069985
Petición Pruebas complementarias el día E.D.						
Si						
No	.3224614	.12158	2.65	0.008	.0841688	.5607539
Realizar derivaciones el día ED						
SI						
No	-.2737045	.1347399	-2.03	0.042	-.5377899	-.0096192
Realizar recetas el día del ED						
Si						
No	-.1216974	.1056337	-1.15	0.249	-.3287355	.0853408
Número de problemas de salud crónicos						
numprobl	.0466902	.0211657	2.21	0.027	.0052063	.0881741
Morbilidad crónica						
Prob General	.0489035	.1193426	0.41	0.682	-.1850037	.2828107
Prob Hematol	.3535129	.1480451	2.39	0.017	.0633499	.6436759
Prob Digestiv	.0649363	.1068815	0.61	0.543	-.1445476	.2744203
Prob Ojos	-.1146719	.1378412	-0.83	0.405	-.3848356	.1554919
Prob Oídos	.1448761	.1993211	0.73	0.467	-.2457861	.5355384
Prob Circulat	.1875871	.0982066	1.91	0.056	-.0048943	.3800685
Prob Locomot	.1978698	.1113468	1.78	0.076	-.0203659	.4161055
Prob S. Nerv.	.1597969	.0925912	1.73	0.084	-.0216785	.3412723
Prob Psicolog	.0625351	.0822846	0.76	0.447	-.0987398	.22381
Prob Respirat	-.1509137	.1329076	-1.14	0.256	-.4114078	.1095805
Prob Piel	-.1743874	.1917929	-0.91	0.363	-.5502947	.2015198
Prob End/meta	.0395339	.0732704	0.54	0.589	-.1040735	.1831413
Prob Urinario	-.0129505	.137008	-0.09	0.925	-.2814813	.2555802
Prob gen feme	.075549	.1310123	0.58	0.564	-.1812304	.3323284
Prob gen masc	-.0155265	.1942474	-0.08	0.936	-.3962445	.3651915
Prob social	.0941682	.2037227	0.46	0.644	-.305121	.4934575
Prob psicococ	.0538563	.0880161	0.61	0.541	-.1186522	.2263647

Tabla 62- Cont.2- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de DEPRESION del profesional en los encuentros difíciles

EMO_4_Depres	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z 	[95% Conf. Interval]	
Nº Visitas el año anterior						
visitas	.0017741	.0077365	0.23	0.819	-.0133893	.0169374
lg_visitas	.0268262	.1021849	0.26	0.793	-.1734524	.2271049
Situación laboral del paciente						
Trabajando						
Paro	-.1201084	.2875566	-0.42	0.676	-.6837089	.4434922
Jubilado	.1459961	.1746138	0.84	0.403	-.1962406	.4882328
Incapacitado	.2685819	.2324721	1.16	0.248	-.1870551	.7242189
Cuida fam/hog	.2611885	.1694729	1.54	0.123	-.0709723	.5933492
Estudiando	-.0555699	.6461458	-0.09	0.931	-1.321992	1.210853
Otros	-.2097205	.6550003	-0.32	0.749	-1.493497	1.074056
Tiempo sin trabajo remunerado						
Menos 1 año						
1 a 5 años	.1850508	.2232843	0.83	0.407	-.2525784	.6226801
6 a 10 años	-.2463106	.2792936	-0.88	0.378	-.7937159	.3010947
Mas 11 años	.0908424	.2353998	0.39	0.700	-.3705327	.5522175
Nunca	.0960039	.2393321	0.40	0.688	-.3730784	.5650862
Clase social del paciente						
I y II						
III	.0495969	.2477186	0.20	0.841	-.4359226	.5351165
IV	.0283437	.2441881	0.12	0.908	-.4502561	.5069435
V	-.0649068	.2431754	-0.27	0.790	-.5415217	.4117082
VI	-.0141846	.2320285	-0.06	0.951	-.4689521	.4405828
Nº convivientes hogar						
numconvi	-.0347769	.0470333	-0.74	0.460	-.1269605	.0574067
r2_numconvi	-.059317	.1598943	-0.37	0.711	-.3727041	.25407
Satisfacción con la convivencia hogar						
Muy o bastante satisfecho/a						
Satis/Insati	-.0809386	.1066408	-0.76	0.448	-.2899508	.1280736
Bastante insa	-.0534947	.175765	-0.30	0.761	-.3979879	.2909984
Muy Insatisf	-.1053198	.2704408	-0.39	0.697	-.6353739	.4247343
Cualificación académica						
No sabe leer ni escribir						
Sin estudios	-.0327206	.1702224	-0.19	0.848	-.3663504	.3009092
E. Primarios	-.0689929	.2164412	-0.32	0.750	-.4932099	.3552242
E. Secundario	-.2809706	.2780855	-1.01	0.312	-.8260082	.2640669
E. Superiore	.2202408	.2983828	0.74	0.460	-.3645788	.8050604
Satisfacción con economía						
Vive cómodamente						
Vive bien	-.0525971	.1284887	-0.41	0.682	-.3044304	.1992362
Dif Económic	-.1861284	.177076	-1.05	0.293	-.5331909	.160934
Muchas difi	.0300233	.2385839	0.13	0.900	-.4375927	.4976392
Padece enf./ minusvalía crónica						
Si						
No	-.0322438	.1184472	-0.27	0.785	-.2643961	.1999085
Salud General						
Excelente, muy buena, buena						
Regular	.0848292	.1229495	0.69	0.490	-.1561473	.3258058
Mala	.0170354	.1616901	0.11	0.916	-.2998713	.3339422

Tabla 62- Cont.3- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de DEPRESION del profesional en los encuentros difíciles

EMO_4_Depres	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z 	[95% Conf. Interval]	
Calidad de vida general						
Muy buena, buena						
Ni buen/mala	.1136903	.0971185	1.17	0.242	-.0766585	.3040391
Mala	.1288072	.1341335	0.96	0.337	-.1340897	.3917041
Muy mala	-.2787134	.2570162	-1.08	0.278	-.7824558	.225029
Calidad de vida relacionada con la Salud física						
	-.0027611	.0041897	-0.66	0.510	-.0109729	.0054506
Calidad de vida relacionada con la salud mental						
	.0062128	.0040513	1.53	0.125	-.0017275	.0141531
Número de días desde el encuentro						
Menos de 7 días						
7 días	.3052678	.1474049	2.07	0.038	.0163595	.594176
Número de problemas consultados según paciente						
Uno						
Más de uno	-.0609702	.1097322	-0.56	0.578	-.2760414	.1541011
Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente						
Prob Psicolg	-.0121934	.1285683	-0.09	0.924	-.2641827	.239796
Prob Social	-.8353947	.5989228	-1.39	0.163	-2.009262	.3384724
Prob Psicoso	-.0957057	.1230708	-0.78	0.437	-.33692	.1455086
Prob General	-.1233297	.1472979	-0.84	0.402	-.4120283	.1653689
Prob Respirat	-.081685	.1117073	-0.73	0.465	-.3006273	.1372573
Prob Locomot	.1480599	.1353373	1.09	0.274	-.1171964	.4133161
Prob Ciculat	.0650224	.1812728	0.36	0.720	-.2902657	.4203105
Burocrático	-.1173055	.117515	-1.00	0.318	-.3476307	.1130196
Seguim Enferm	.0025583	.127227	0.02	0.984	-.2468019	.2519186
Deriv/Anális	.025855	.1544701	0.17	0.867	-.2769008	.3286109
Número de problemas nuevos consultados						
Ninguno						
Uno	-.4368299	.1326723	-3.29	0.001	-.6968628	-.176797
Más de uno	-.2453989	.2984942	-0.82	0.411	-.8304367	.3396389
Puntuación malestar emocional del paciente en el encuentro						
Sin dificultad						
Con Dificultad	.055126	.1428462	0.39	0.700	-.2248473	.3350993
Ansiedad del paciente						
SI	-.0575145	.104111	-0.55	0.581	-.2615683	.1465394
Depresión del paciente						
SI	.1723567	.136936	1.26	0.208	-.096033	.4407464
Apoyo social familia y amigos del paciente						
Buen apoyo	.0693191	.1117949	0.62	0.535	-.149795	.2884331
Acontecimientos vitales estresantes paciente						
Ninguno						
Uno	.1647434	.1405986	1.17	0.241	-.1108247	.4403116
Dos	-.0558053	.1450525	-0.38	0.700	-.3401031	.2284924
Tres	-.0639973	.2082869	-0.31	0.759	-.4722322	.3442376
Más de 4	-.1548772	.2399408	-0.65	0.519	-.6251525	.3153982

Tabla 62- Cont.4- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de DEPRESIÓN del profesional en los encuentros difíciles

EMO_4_Depres	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Factores externos						
Facilidad para obtener cita						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0328662	.1044614	-0.31	0.753	-.2376068	.1718745
No pretiñen	.0320162	.4383621	0.07	0.942	-.8271577	.8911901
Poco tiempo espera (sala espera)						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0539938	.0973349	0.55	0.579	-.136779	.2447666
No pretinen	.4508751	.0963867	4.68	0.000	.2619607	.6397896
Confort sala espera						
De acuerdo						
Desacuerdo	.1015056	.0976821	1.04	0.299	-.0899478	.2929591
No pertinen.	.4620875	.0950019	4.86	0.000	.2758873	.6482878
Pocas Interrupciones consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0540672	.1142087	-0.47	0.636	-.2779121	.1697777
No pretiñen	.2193628	.2196562	1.00	0.318	-.2111555	.6498811
Comodidad consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0878382	.1834191	-0.48	0.632	-.4473329	.2716566
No pretinen	.4229875	.0882372	4.79	0.000	.2500457	.5959293
Escala comunicación médico-paciente						
Apoyo_emoc	-.0097136	.0182981	-0.53	0.596	-.0455773	.02615
Fase resoluti	.0025629	.0229553	0.11	0.911	-.0424287	.0475546
Satis. global	-.0084414	.0362245	-0.23	0.816	-.0794402	.0625574
Escala comun.	-.0024185	.0093584	-0.26	0.796	-.0207607	.0159237
x2_ Sat.glob	-.0001007	.0020593	-0.05	0.961	-.0041369	.0039356
x2_Esc. Comu	-8.48e-06	.0001389	-0.06	0.951	-.0002806	.0002637
Cumplimiento expectativas del paciente						
Dar recetas						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0352712	.1595276	0.22	0.825	-.2773971	.3479395
No pertinen	-.2180614	.2295624	-0.95	0.342	-.6679954	.2318726
Solicitar pruebas						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0777234	.1344183	0.58	0.563	-.1857315	.3411784
No pertinen	-.0425698	.1071902	-0.40	0.691	-.2526587	.167519
Enviar al especialista						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0237597	.1322109	-0.18	0.857	-.2828883	.2353689
No pertinen	-.0970746	.1050014	-0.92	0.355	-.3028735	.1087243
Dar la baja						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0379666	.2872799	0.13	0.895	-.5250917	.6010249
No pertinen	.0448632	.1230908	0.36	0.716	-.1963903	.2861166

Tabla 62- Cont.5- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de DEPRESIÓN del profesional en los encuentros difíciles

EMO_4_Depres	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Escalas de emociones						
Desconf-Ira	.0457458	.0061675	7.42	0.000	.0336576	.0578339
Impotencia	.0392636	.005687	6.90	0.000	.0281172	.0504099
Ansiedad	.097398	.0145876	6.68	0.000	.0688067	.1259892
Depresión						
Inseguridad	.1309622	.0229268	5.71	0.000	.0860266	.1758979
Emoc. Posit.	.0492356	.0190166	2.59	0.010	.0119638	.0865073
lg_emoc_+	.4455537	.1491665	2.99	0.003	.1531928	.7379146
Difficult_~s	.0183982	.002084	8.83	0.000	.0143136	.0224827
Escalas de pensamientos						
PENS_1_Fraca	.0410871	.0061402	6.69	0.000	.0290525	.0531217
PENS_2_Deses	.0380555	.0060269	6.31	0.000	.026243	.049868
PENS_3_Bloqu	.0722809	.0109315	6.61	0.000	.0508555	.0937062
PENS_4_Búsqu	.1051076	.0203199	5.17	0.000	.0652813	.1449338
PENS_5_Recha	.0979069	.0150131	6.52	0.000	.0684817	.1273321
Difficult_~t	.0169347	.0022863	7.41	0.000	.0124536	.0214158
Personalidad del médico						
Neuroticismo	.0794156	.0351003	2.26	0.024	.0106202	.148211
Extraversión	-.0348459	.0292214	-1.19	0.233	-.0921189	.022427
Impulsividad	.0154578	.0615057	0.25	0.802	-.1050911	.1360067
lg_epi_impuls	.0531122	.2514486	0.21	0.833	-.439718	.5459423
Sociabilidad	-.0463801	.0311899	-1.49	0.137	-.1075112	.0147509
Burnout del médico						
Desgaste Emoc	.0370434	.0101462	3.65	0.000	.0171573	.0569295
Despersonali	.0664133	.0228803	2.90	0.004	.0215687	.1112579
Lg. Despers	.7311796	.2402891	3.04	0.002	.2602216	1.202138
Realiz. Pers	-.0106959	.0179464	-0.60	0.551	-.0458703	.0244785
Ansiedad y Depresión del médico						
Ansiedad SI	.223969	.2299162	0.97	0.330	-.2266586	.6745965
Depresión SI	.4899424	.2131212	2.30	0.022	.0722326	.9076522
Edad del médico						
	.031382	.0349367	0.90	0.369	-.0370927	.0998566
Sexo del médico						
Mujer						
Hombre	-.0880125	.2509334	-0.35	0.726	-.579833	.4038081
Apoyo social de familia y amigos del médico						
Buen apoyo	-.6466965	.1845537	-3.50	0.000	-1.008415	-.2849779
Acreditación docente						
SI	-.2333737	.2310774	-1.01	0.313	-.686277	.2195296
Residente asignado						
SI	-.297796	.2277518	-1.31	0.191	-.7441813	.1485893
Especialidad MFyC- MIR						
SI	-.3458625	.231885	-1.49	0.136	-.8003488	.1086237

Tabla 62- Cont.6- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de DEPRESION del profesional en los encuentros difíciles

EMO_4_Depres	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Antigüedad con cupo de pacientes						
DE 0 a 4 años						
De 5 a 8 años	.3123147	.232921	1.34	0.180	-.144202	.7688314
De 9 a 14 año	-.2138632	.2880368	-0.74	0.458	-.778405	.3506786
>= 15 años	.1873542	.5072269	0.37	0.712	-.8067922	1.181501
Acontecimientos vitales estresantes del médico						
Enf grave propia	.1735688	.4605798	0.38	0.706	-.7291511	1.076289
Enf grave familia	.0117618	.2545797	0.05	0.963	-.4872052	.5107288
Fallecim padres, hijos, pareja	.0337017	.3513228	0.10	0.924	-.6548783	.7222816
Fallecim amigos, familia	-.1145818	.3132749	-0.37	0.715	-.7285893	.4994257
Separado, divorcio	.2776511	.1186681	2.34	0.019	.0450658	.5102363
Ruptura relación						
Problema con amigos, familia, vecinos	.1920934	.2503483	0.77	0.443	-.2985802	.6827671
Sin empleo > 1 mes						
Despedido trabajo						
Crisis económica	.3984565	.1195363	3.33	0.001	.1641697	.6327433
Prob. Policía, justicia	.5634179	.1205536	4.67	0.000	.3271371	.7996987
Robo o pérdida de valor	.4337131	.1753728	2.47	0.013	.0899887	.7774375

Tabla 63.- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de INSEGURIDAD del profesional en los encuentros difíciles

EMO_5_Insegur	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Día de la semana						
Lunes						
Martes	-.1096134	.0825769	-1.33	0.184	-.2714611	.0522344
Miércoles	-.0736814	.0926194	-0.80	0.426	-.255212	.1078492
Jueves	-.0386301	.0913941	-0.42	0.673	-.2177593	.140499
Viernes	-.0111733	.0812339	-0.14	0.891	-.1703888	.1480422
Turno mañana/tarde						
Mañana						
Tarde	.0214983	.0762463	0.28	0.778	-.1279416	.1709383
Citas concert	-.000029	.0062635	-0.00	0.996	-.0123053	.0122473
Nº citas val	.0055376	.005697	0.97	0.331	-.0056283	.0167034
% citas val	.2702963	.2924121	0.92	0.355	-.302821	.8434135
x3 % cit val	.1492829	.2190359	0.68	0.496	-.2800196	.5785855
Edad paciente	.0033106	.0018561	1.78	0.074	-.0003273	.0069485
Sexo paciente						
Mujer						
Hombre	.0016133	.0806604	0.02	0.984	-.1564781	.1597047
Estado civil						
Casado						
Vive pareja	.0926267	.2038984	0.45	0.650	-.3070067	.4922602
Divorc.separa	.158224	.1850448	0.86	0.393	-.2044571	.5209051
Viudo	-.2836087	.1270007	-2.23	0.026	-.5325255	-.034692
Soltero	-.1621621	.1523399	-1.06	0.287	-.4607428	.1364186
Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro						
Grande						
Muy grande	.1992659	.1368025	1.46	0.145	-.068862	.4673938
Extremo	.3835473	.1758888	2.18	0.029	.0388117	.7282829
Centro de salud						
El Palo						
Portada Alta	-.392679	.3043179	-1.29	0.197	-.9891311	.2037732
Delicias	-.7334114	.1756957	-4.17	0.000	-1.077769	-.3890542
San Andrés	-.1131767	.2160195	-0.52	0.600	-.5365672	.3102138
Federico Cast	-.4503967	.2196114	-2.05	0.040	-.8808271	-.0199662
El Valle	-.4768603	.4760862	-1.00	0.317	-1.409972	.4562515
Limonar	-.0552223	.2006741	-0.28	0.783	-.4485364	.3380918
San Felipe	-.1946278	.3044824	-0.64	0.523	-.7914024	.4021468
Ciudad						
Jaén						
Málaga	.1204867	.1765141	0.68	0.495	-.2254745	.4664479
Número motivos consulta según el médico						
Uno						
Más de uno	.0641359	.1098875	0.58	0.559	-.1512396	.2795113

Tabla 63- Cont.1- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de INSEGURIDAD del profesional en los encuentros difíciles

EMO_5_Insegur	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Motivos de consulta según médico						
Prob General	.0891439	.1189341	0.75	0.454	-.1439626	.3222504
Prob Respirat	-.2717495	.1366529	-1.99	0.047	-.5395842	-.0039147
Prob Locomot	.0727968	.1816748	0.40	0.689	-.2832792	.4288729
Prob Circula	-.2182738	.192862	-1.13	0.258	-.5962764	.1597287
Prob Psicoso	.306067	.1656693	1.85	0.065	-.0186389	.6307729
Burocrático	-.1475284	.1107332	-1.33	0.183	-.3645614	.0695046
Seguim Clín	-.0110649	.1372911	-0.08	0.936	-.2801506	.2580207
Deriv/Anális	.0259875	.1288232	0.20	0.840	-.2265014	.2784764
Motivo de pérdida de los pacientes no reclutados						
Crecer de teléfono						
No localizab	-.1784828	.3868136	-0.46	0.644	-.9366235	.5796579
No desea part	-.1740717	.3611741	-0.48	0.630	-.8819598	.5338165
No acude cita	-.7731899	.4680882	-1.65	0.099	-1.690626	.1442461
Otros	.0597192	.3583314	0.17	0.868	-.6425975	.7620359
Desconocido	.1483502	.548245	0.27	0.787	-.9261902	1.222891
Entrevistados						
No						
Si	-.2984035	.1501681	-1.99	0.047	-.5927275	-.0040795
Petición Pruebas complementarias el día E.D.						
Si						
No	.1764282	.1043761	1.69	0.091	-.0281452	.3810016
Realizar derivaciones el día ED						
SI						
No	-.0460229	.1111768	-0.41	0.679	-.2639253	.1718796
Realizar recetas el día del ED						
Si						
No	.0320401	.1064956	0.30	0.764	-.1766875	.2407677
Número de problemas de salud crónicos						
numprobl	.0409592	.01972	2.08	0.038	.0023086	.0796097
Morbilidad crónica						
Prob General	.1347578	.1088982	1.24	0.216	-.0786788	.3481943
Prob Hematol	.2584534	.1194279	2.16	0.030	.0243789	.4925278
Prob Digestiv	-.0424181	.1015534	-0.42	0.676	-.2414591	.1566229
Prob Ojos	.1324515	.1140975	1.16	0.246	-.0911755	.3560785
Prob Oídos	.0730716	.1434585	0.51	0.611	-.2081019	.3542451
Prob Circulat	.1126138	.1074801	1.05	0.295	-.0980433	.323271
Prob Locomot	.0659882	.1196738	0.55	0.581	-.1685681	.3005445
Prob S. Nerv.	.0619725	.1085119	0.57	0.568	-.150707	.2746519
Prob Psicolog	.0378562	.1034288	0.37	0.714	-.1648606	.240573
Prob Respirat	-.3087947	.1492102	-2.07	0.038	-.6012413	-.0163482
Prob Piel	-.343625	.1679135	-2.05	0.041	-.6727295	-.0145206
Prob End/meta	-.1164963	.1025172	-1.14	0.256	-.3174263	.0844337
Prob Urinario	-.0728698	.1440598	-0.51	0.613	-.3552219	.2094822
Prob gen feme	-.093737	.1190442	-0.79	0.431	-.3270593	.1395853
Prob gen masc	-.0509951	.174111	-0.29	0.770	-.3922464	.2902563
Prob social	.0579117	.16264	0.36	0.722	-.2608569	.3766803
Prob psicococ	.0196144	.1061679	0.18	0.853	-.1884709	.2276997

Tabla 63- Cont.2- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de INSEGURIDAD del profesional en los encuentros difíciles

EMO_5_Insegur	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Nº Visitas el año anterior						
visitas	.0074657	.0068429	1.09	0.275	-.0059461	.0208774
lg_visitas	.1250876	.1002339	1.25	0.212	-.0713673	.3215424
Situación laboral del paciente						
Trabajando						
Paro	-.0133172	.2193949	-0.06	0.952	-.4433233	.4166889
Jubilado	.0833374	.1395519	0.60	0.550	-.1901793	.3568542
Incapacitado	.1612222	.1592517	1.01	0.311	-.1509054	.4733498
Cuida fam/hog	.0331109	.149452	0.22	0.825	-.2598097	.3260314
Estudiando	.3418061	.163911	2.09	0.037	.0205465	.6630657
Otros	.0096723	.3149666	0.03	0.976	-.6076509	.6269955
Tiempo sin trabajo remunerado						
Menos 1 año						
1 a 5 años	.0083682	.1472676	0.06	0.955	-.280271	.2970075
6 a 10 años	-.1559348	.2339695	-0.67	0.505	-.6145066	.302637
Mas 11 años	.0006343	.1586993	0.00	0.997	-.3104106	.3116791
Nunca	-.0470804	.1810482	-0.26	0.795	-.4019283	.3077675
Clase social del paciente						
I y II						
III	.3158529	.2443066	1.29	0.196	-.1629792	.7946851
IV	.3126834	.281709	1.11	0.267	-.2394562	.864823
V	.1594277	.3009605	0.53	0.596	-.430444	.7492995
VI	.2321793	.3140984	0.74	0.460	-.3834423	.8478009
Nº convivientes hogar						
Numconvi	-.0145407	.0322205	-0.45	0.652	-.0776917	.0486103
r2_numconvi	-.0152137	.1141922	-0.13	0.894	-.2390262	.2085989
Satisfacción con la convivencia hogar						
Muy o bastante satisfecho/a						
Satis/Insati	-.2427795	.1252374	-1.94	0.053	-.4882403	.0026813
Bastante insa	.0606246	.173814	0.35	0.727	-.2800445	.4012938
Muy Insatisf	.1053605	.1958112	0.54	0.591	-.2784225	.4891435
Cualificación académica						
No sabe leer ni escribir						
Sin estudios	.0854638	.1606561	0.53	0.595	-.2294163	.4003438
E. Primarios	-.0281987	.1896473	-0.15	0.882	-.3999006	.3435033
E. Secundario	-.0402022	.2022066	-0.20	0.842	-.4365199	.3561154
E. Superiore	.1661875	.2755872	0.60	0.546	-.3739535	.7063285
Satisfacción con economía						
Vive cómodamente						
Vive bien	.0578236	.1293952	0.45	0.655	-.1957863	.3114336
Dif Económic	-.0704307	.1839635	-0.38	0.702	-.4309926	.2901312
Muchas difi	.1851067	.1856744	1.00	0.319	-.1788083	.5490218
Padece enf./ minusvalía crónica						
Sí						
No	-.0817006	.1144724	-0.71	0.475	-.3060623	.1426611
Salud General						
Excelente, muy buena, buena						
Regular	.1313017	.1330133	0.99	0.324	-.1293996	.3920031
Mala	.0168185	.1446063	0.12	0.907	-.2666047	.3002417

Tabla 63- Cont.3- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de INSEGURIDAD del profesional en los encuentros difíciles

EMO_5_Insegur	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Calidad de vida general						
Muy buena, buena						
Ni buen/mala	.0723052	.0976879	0.74	0.459	-.1191595	.2637699
Mala	.0373117	.1279749	0.29	0.771	-.2135145	.2881379
Muy mala	-.216671	.2139988	-1.01	0.311	-.636101	.202759
Calidad de vida relacionada con la salud física						
	-.0046307	.0032823	-1.41	0.158	-.0110639	.0018024
Calidad de vida relacionada con la salud mental						
	.0073341	.0037866	1.94	0.053	-.0000875	.0147556
Número de días desde el encuentro						
Menos días						
7 días	-.0356112	.183936	-0.19	0.846	-.396119	.3248967
Número de problemas consultados según paciente						
Uno						
Más de uno	-.1685719	.1049146	-1.61	0.108	-.3742006	.0370569
Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente						
Prob Psicolg	-.1016165	.1390381	-0.73	0.465	-.3741262	.1708931
Prob Social	-.2650224	.2532122	-1.05	0.295	-.7613092	.2312645
Prob Psicoso	-.1249181	.1261836	-0.99	0.322	-.3722334	.1223973
Prob General	-.0556104	.1149359	-0.48	0.629	-.2808807	.1696599
Prob Respirat	-.2285577	.1279258	-1.79	0.074	-.4792877	.0221724
Prob Locomot	.0424329	.1397905	0.30	0.761	-.2315515	.3164172
Prob Circulat	-.4787704	.2258045	-2.12	0.034	-.9213392	-.0362017
Burocrático	-.180831	.1162472	-1.56	0.120	-.4086712	.0470093
Seguim Enferm	-.1495648	.1235082	-1.21	0.226	-.3916364	.0925068
Deriv/Anális	-.2004355	.165283	-1.21	0.225	-.5243844	.1235133
Número de problemas nuevos consultados						
Ninguno						
Uno	-.1926385	.1227365	-1.57	0.117	-.4331976	.0479206
Más de uno	-.4410999	.3032092	-1.45	0.146	-1.035379	.1531792
Puntuación malestar emocional del paciente en el encuentro						
Sin dificultad						
Con Dificult	-.0244035	.1193131	-0.20	0.838	-.2582529	.209446
Ansiedad del paciente						
SI	-.0461677	.0978153	-0.47	0.637	-.2378822	.1455469
Depresión del paciente						
SI	.1415953	.1120659	1.26	0.206	-.0780499	.3612404
Apoyo social familia y amigos del paciente						
Buen apoyo	.1029673	.1103202	0.93	0.351	-.1132564	.3191909
Acontecimientos vitales estresantes paciente						
Ninguno						
Uno	.0635751	.1344012	0.47	0.636	-.1998463	.3269966
Dos	.0134667	.1249629	0.11	0.914	-.2314561	.2583894
Tres	-.1813445	.144556	-1.25	0.210	-.464669	.10198
Más de 4	-.1767181	.2043528	-0.86	0.387	-.5772422	.2238059

Tabla 63- Cont.4- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de INSEGURIDAD del profesional en los encuentros difíciles

EMO_5_Insegur	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Factores externos						
Facilidad para obtener cita						
De acuerdo						
Desacuerdo	.063426	.0937124	0.68	0.499	-.120247	.2470991
No pertinen.	.2031247	.4225674	0.48	0.631	-.6250921	1.031342
Poco tiempo espera (sala espera)						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0673651	.0884786	0.76	0.446	-.1060497	.2407799
No pertinen.	.4058907	.1897918	2.14	0.032	.0339057	.7778757
Confort sala espera						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0316791	.0917359	0.35	0.730	-.1481199	.211478
No pertinen.	.3892761	.1893359	2.06	0.040	.0181846	.7603676
Pocas Interrupciones consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0827303	.1050013	-0.79	0.431	-.2885291	.1230686
No pertinen.	.1856328	.2322744	0.80	0.424	-.2696166	.6408823
Comodidad consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.3493667	.1847221	-1.89	0.059	-.7114155	.012682
No pertinen.	.3550436	.1873058	1.90	0.058	-.012069	.7221563
Escala comunicación médico-paciente						
Apoyo_emoc	.0012216	.0171229	0.07	0.943	-.0323387	.0347819
Fase resoluti	.0163168	.0209759	0.78	0.437	-.0247952	.0574287
Satis. global	.0106148	.0298712	0.36	0.722	-.0479318	.0691613
Escala comun.	.0035015	.0084522	0.41	0.679	-.0130646	.0200675
x2_ Sat.glob	.000524	.0017067	0.31	0.759	-.0028211	.003869
x2_ Esc. Comu	.0000429	.0001261	0.34	0.734	-.0002043	.0002901
Cumplimiento expectativas del paciente						
Dar recetas						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1208875	.1664552	-0.73	0.468	-.4471337	.2053587
No pertinen.	-.2003517	.1957765	-1.02	0.306	-.5840666	.1833633
Solicitar pruebas						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0125046	.1476892	-0.08	0.933	-.3019701	.2769609
No pertinen.	.1113618	.0895019	1.24	0.213	-.0640586	.2867822
Enviar al especialista						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1070407	.1251614	-0.86	0.392	-.3523526	.1382711
No pertinen.	-.0175138	.0925881	-0.19	0.850	-.1989831	.1639555
Dar la baja						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0796674	.2828813	-0.28	0.778	-.6341046	.4747698
No pertinen.	.037401	.111837	0.33	0.738	-.1817954	.2565974

Tabla 63- Cont.5- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de INSEGURIDAD del profesional en los encuentros difíciles

EMO_5_Insegur	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Escalas de emociones						
Desconf-Ira	.0266146	.0055192	4.82	0.000	.0157971	.0374321
Impotencia	.0299471	.0042007	7.13	0.000	.0217138	.0381804
Ansiedad	.0737368	.009604	7.68	0.000	.0549134	.0925602
Depresión	.0689063	.0117426	5.87	0.000	.0458912	.0919214
Inseguridad						
Emoc. Posit.	.0596343	.0131661	4.53	0.000	.0338292	.0854394
lg_emoc_+	.4827305	.0926807	5.21	0.000	.3010796	.6643814
Difficult_~s	.0132073	.001513	8.73	0.000	.0102419	.0161727
Escalas de pensamientos						
PENS_1_Fraca	.0239178	.0051591	4.64	0.000	.013806	.0340295
PENS_2_Deses	.0231029	.0044765	5.16	0.000	.0143291	.0318767
PENS_3_Bloqu	.0477857	.0094485	5.06	0.000	.029267	.0663044
PENS_4_Búsqu	.094087	.0152706	6.16	0.000	.0641572	.1240168
PENS_5_Recha	.0615825	.0111583	5.52	0.000	.0397125	.0834524
Difficult_~t	.0104194	.0018595	5.60	0.000	.0067749	.014064
Personalidad del médico						
Neuroticismo	.0548248	.0286364	1.91	0.056	-.0013015	.1109511
Extraversión	-.0410184	.0284897	-1.44	0.150	-.0968572	.0148203
Impulsividad	-.0048957	.0543917	-0.09	0.928	-.1115015	.1017101
lg_epi_impuls	-.1082294	.1823195	-0.59	0.553	-.4655692	.2491103
Sociabilidad	-.0496301	.0297085	-1.67	0.095	-.1078578	.0085975
Bournout del médico						
Desgaste Emoc	.0250148	.0083781	2.99	0.003	.008594	.0414355
Despersonali	.0258743	.0198745	1.30	0.193	-.013079	.0648277
Lg Despers	.3404927	.1916758	1.78	0.076	-.0351849	.7161704
Realiz. Pers	-.0062641	.0150515	-0.42	0.677	-.0357646	.0232364
Ansiedad y Depresión del médico						
Ansiedad SI	.3814911	.1897943	2.01	0.044	.0095011	.7534812
Depresión SI	.4159439	.1769134	2.35	0.019	.0692	.7626878
Edad del médico						
	.0277787	.0215089	1.29	0.197	-.014378	.0699355
Sexo del médico						
Mujer						
Hombre	-.0292301	.2021657	-0.14	0.885	-.4254677	.3670075
Apoyo social de familia y amigos del médico						
Buen apoyo	-.4906882	.1414011	-3.47	0.001	-.7678293	-.2135471
Acreditación docente						
SI	-.1724216	.1912009	-0.90	0.367	-.5471685	.2023252
Residente asignado						
SI	-.2196901	.1887653	-1.16	0.244	-.5896633	.1502831
Especialidad MFyC- MIR						
SI	-.3191108	.1790657	-1.78	0.075	-.6700732	.0318516

Tabla 63- Cont.6- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES de INSEGURIDAD del profesional en los encuentros difíciles

EMO_5_Insegur	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Antigüedad con cupo de pacientes						
DE 0 a 4 años						
De 5 a 8 años	.2205457	.2122654	1.04	0.299	-.1954868	.6365782
De 9 a 14 año	-.3542347	.2077084	-1.71	0.088	-.7613356	.0528662
>= 15 años	-.1218771	.34869	-0.35	0.727	-.805297	.5615429
Acontecimientos vitales estresantes del médico						
Enf grave propia						
	-.0420922	.2350509	-0.18	0.858	-.5027836	.4185992
Enf grave familia						
	-.0576125	.2168223	-0.27	0.790	-.4825763	.3673514
Fallecim padres, hijos, pareja						
	-.0639981	.3233429	-0.20	0.843	-.6977385	.5697423
Fallecim amigos, familia						
	-.2778068	.2509209	-1.11	0.268	-.7696028	.2139892
Separado, divorcio						
	-.2147838	.0982686	-2.19	0.029	-.4073868	-.0221809
Ruptura relación						
Problema con amigos, familia, vecinos						
	.1707613	.1745992	0.98	0.328	-.1714468	.5129694
Sin empleo > 1 mes						
Despedido trabajo						
Crisis económica						
	-.6971933	.0973475	-7.16	0.000	-.8879908	-.5063958
Prob. Policía, justicia						
	.4303665	.1009736	4.26	0.000	.2324619	.6282712
Robo o pérdida de valor						
	.2726367	.1757501	1.55	0.121	-.0718272	.6171007

Tabla 64.- Análisis bivalente de la escala de EMOCIONES POSITIVAS del profesional en los encuentros difíciles

EMO_6_EmoPos.	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z 	[95% Conf. Interval]	
Día de la semana						
Lunes						
Martes	-.1174439	.0825684	-1.42	0.155	-.2792749	.0443872
Miércoles	-.0590053	.0973856	-0.61	0.545	-.2498776	.1318671
Jueves	.0242734	.0912186	0.27	0.790	-.1545117	.2030586
Viernes	-.061382	.1104312	-0.56	0.578	-.2778232	.1550592
Turno mañana/tarde						
Mañana						
Tarde	-.0247001	.0920733	-0.27	0.788	-.2051605	.1557602
Citas concert	-.0046021	.0061755	-0.75	0.456	-.0167058	.0075015
Nº citas val	.0065845	.0052777	1.25	0.212	-.0037595	.0169286
% citas val	.3697896	.272748	1.36	0.175	-.1647865	.9043658
x3 % cit val	.2507322	.1968992	1.27	0.203	-.1351831	.6366475
Edad paciente	.0036037	.0024493	1.47	0.141	-.0011969	.0084043
Sexo paciente						
Mujer						
Hombre	-.1923168	.0897949	-2.14	0.032	-.3683115	-.016322
Estado civil						
Casado						
Vive pareja	-.6609263	.261369	-2.53	0.011	-1.1732	-.1486524
Divorc.separa	.4059373	.1467603	2.77	0.006	.1182923	.6935823
Viudo	-.0916174	.1552572	-0.59	0.555	-.395916	.2126812
Soltero	.3182123	.1557537	2.04	0.041	.0129406	.6234841
Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro						
Grande						
Muy grande	.1496847	.1439782	1.04	0.299	-.1325074	.4318768
Extremo	.260495	.167537	1.55	0.120	-.0678714	.5888615
Centro de salud						
El Palo						
Portada Alta	-.2379175	.2871866	-0.83	0.407	-.8007929	.3249579
Delicias	-.5587214	.5161143	-1.08	0.279	-1.570287	.4528441
San Andrés	-.7827304	.184438	-4.24	0.000	-1.144222	-.4212386
Federico Cast	-.2801241	.2588219	-1.08	0.279	-.7874056	.2271575
El Valle	-.4666846	.4750409	-0.98	0.326	-1.397748	.4643785
Limonar	-.0889221	.2070813	-0.43	0.668	-.4947939	.3169498
San Felipe	-.3055327	.3122921	-0.98	0.328	-.9176139	.3065485
Ciudad						
Jaén						
Málaga	.0027733	.1815963	0.02	0.988	-.3531489	.3586955
Número motivos consulta según el médico						
Uno						
Más de uno	-.0272584	.1172859	-0.23	0.816	-.2571345	.2026177

Tabla 64- Cont.1- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES POSITIVAS del profesional en los encuentros difíciles

EMO_6_EmoPos.	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Motivos de consulta según médico						
Prob General	.1915377	.1213463	1.58	0.114	-.0462966	.4293721
Prob Respirat	-.2110888	.1555099	-1.36	0.175	-.5158826	.0937051
Prob Locomot	-.0444442	.1651278	-0.27	0.788	-.3680888	.2792005
Prob Circula	.0927094	.2336645	0.40	0.692	-.3652646	.5506834
Prob Psicoso	.3234998	.1485185	2.18	0.029	.0324089	.6145907
Burocrático	-.1498671	.1061451	-1.41	0.158	-.3579076	.0581735
Seguim Clín	.0333249	.200225	0.17	0.868	-.3591088	.4257587
Deriv/Anális	-.236758	.1523113	-1.55	0.120	-.5352827	.0617666
Motivo de pérdida de los pacientes no reclutados						
Crecer de teléfono						
No localizab	.5633681	.3705749	1.52	0.128	-.1629454	1.289682
No desea part	.3017527	.3730367	0.81	0.419	-.4293859	1.032891
No acude cita	-.2617066	.4557403	-0.57	0.566	-1.154941	.631528
Otros	.394883	.433967	0.91	0.363	-.4556766	1.245443
Desconocido	.607897	.5742115	1.06	0.290	-.5175369	1.733331
Entrevistados						
No						
Si	-.1409733	.1496198	-0.94	0.346	-.4342226	.1522761
Petición Pruebas complementarias el día E.D.						
Si						
No	.161599	.1357422	1.19	0.234	-.1044509	.427649
Realizar derivaciones el día ED						
SI						
No	.0362811	.1436435	0.25	0.801	-.245255	.3178172
Realizar recetas el día del ED						
Si						
No	-.2811751	.106944	-2.63	0.009	-.4907816	-.0715687
Número de problemas de salud crónicos						
numprobl	.0496167	.0193172	2.57	0.010	.0117556	.0874777
Morbilidad crónica						
Prob General	-.2408958	.1472796	-1.64	0.102	-.5295586	.047767
Prob Hematol	.058277	.1998735	0.29	0.771	-.3334679	.4500218
Prob Digestiv	.2259758	.1037127	2.18	0.029	.0227027	.4292489
Prob Ojos	.0483654	.1334951	0.36	0.717	-.2132801	.310011
Prob Oídos	.0261729	.1820491	0.14	0.886	-.3306367	.3829825
Prob Circulat	.1320143	.0874364	1.51	0.131	-.0393579	.3033865
Prob Locomot	-.0149508	.1210706	-0.12	0.902	-.2522449	.2223433
Prob S. Nerv.	.3158797	.1085519	2.91	0.004	.103122	.5286374
Prob Psicolog	.1466495	.0938527	1.56	0.118	-.0372984	.3305975
Prob Respirat	-.2807607	.1302299	-2.16	0.031	-.5360066	-.0255147
Prob Piel	-.2070122	.2556537	-0.81	0.418	-.7080843	.2940599
Prob End/meta	.0785198	.0935443	0.84	0.401	-.1048237	.2618632
Prob Urinario	.0598815	.1443515	0.41	0.678	-.2230422	.3428052
Prob gen feme	.0664156	.1309078	0.51	0.612	-.1901589	.3229901
Prob gen masc	-.2757853	.1952513	-1.41	0.158	-.6584709	.1069002
Prob social	-.1747307	.1912125	-0.91	0.361	-.5495003	.2000389
Prob psicococ	.0908773	.1022216	0.89	0.374	-.1094734	.2912279

Tabla 64- Cont.2- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES POSITIVAS del profesional en los encuentros difíciles

EMO_6_EmoPos.	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Nº Visitas el año anterior						
visitas	.004136	.0066586	0.62	0.534	-.0089145	.0171866
lg_visitas	.0703561	.0977865	0.72	0.472	-.121302	.2620141
Situación laboral del paciente						
Trabajando						
Paro	.1385862	.2829289	0.49	0.624	-.4159443	.6931166
Jubilado	.0850387	.1353802	0.63	0.530	-.1803017	.3503791
Incapacitado	-.0218588	.2199528	-0.10	0.921	-.4529583	.4092407
Cuida fam/hog	.1823705	.1170313	1.56	0.119	-.0470067	.4117477
Estudiando	.2321122	.1738724	1.33	0.182	-.1086714	.5728959
Otros	.013423	.3210358	0.04	0.967	-.6157956	.6426416
Tiempo sin trabajo remunerado						
Menos 1 año						
1 a 5 años	.212003	.196743	1.08	0.281	-.1736061	.5976121
6 a 10 años	.3792748	.2370146	1.60	0.110	-.0852653	.8438148
Mas 11 años	.360059	.1947913	1.85	0.065	-.0217249	.741843
Nunca	.4176356	.1583766	2.64	0.008	.1072233	.728048
Clase social del paciente						
I y II						
III	.366514	.2353173	1.56	0.119	-.0946995	.8277275
IV	.2171235	.223745	0.97	0.332	-.2214087	.6556556
V	.0754803	.2495493	0.30	0.762	-.4136273	.5645879
VI	.4215299	.2145662	1.96	0.049	.0009879	.8420719
Nº convivientes hogar						
numconvi	-.050924	.0365299	-1.39	0.163	-.1225213	.0206734
r2_numconvi	-.1833498	.125831	-1.46	0.145	-.429974	.0632745
Satisfacción con la convivencia hogar						
Muy o bastante satisfecho/a						
Satis/Insati	-.0014228	.0985978	-0.01	0.988	-.1946709	.1918252
Bastante insa	.1336517	.1637929	0.82	0.415	-.1873765	.4546799
Muy Insatisf	.0752921	.2416331	0.31	0.755	-.3983001	.5488843
Cualificación académica						
No sabe leer ni escribir						
Sin estudios	.0495714	.1877532	0.26	0.792	-.318418	.4175609
E. Primarios	-.0049875	.2008332	-0.02	0.980	-.3986134	.3886383
E. Secundario	-.151591	.211866	-0.72	0.474	-.5668407	.2636587
E. Superiore	.1271842	.3174594	0.40	0.689	-.4950247	.7493931
Satisfacción con economía						
Vive cómodamente						
Vive bien	.049117	.1267308	0.39	0.698	-.1992707	.2975047
Dif Económic	.1082549	.1418485	0.76	0.445	-.1697631	.3862729
Muchas dific	-.1251631	.2355456	-0.53	0.595	-.586824	.3364977
Padece enf./ minusvalía crónica						
Sí						
No	-.1198218	.1041461	-1.15	0.250	-.3239445	.0843008
Salud General						
Excelente, muy buena, buena						
Regular	.1490609	.1277813	1.17	0.243	-.1013857	.3995076
Mala	.1608447	.1486768	1.08	0.279	-.1305565	.4522459

Tabla 64- Cont.3- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES POSITIVAS del profesional en los encuentros difíciles

EMO_6_EmoPos.	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z 	[95% Conf. Interval]	
Calidad de vida general						
Muy buena, buena						
Ni buen/mala	.1500547	.0985018	1.52	0.128	-.0430052	.3431146
Mala	.259002	.1199928	2.16	0.031	.0238205	.4941835
Muy mala	.1823216	.2295902	0.79	0.427	-.267667	.6323101
Calidad de vida relacionada con la Salud física						
	-.0040067	.0036208	-1.11	0.268	-.0111034	.0030901
Calidad de vida relacionada con la salud mental						
	-.0041167	.0043207	-0.95	0.341	-.0125851	.0043517
Número de días desde el encuentro						
Menos días						
7 días	.1787692	.1274445	1.40	0.161	-.0710175	.4285558
Número de problemas consultados según paciente						
Uno						
Más de uno	-.1026566	.0902345	-1.14	0.255	-.279513	.0741998
Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente						
Prob Psicolg	.2050572	.152138	1.35	0.178	-.0931279	.5032422
Prob Social	-.7425968	.3219989	-2.31	0.021	-1.373703	-
	.1114907					
Prob Psicoso	.1154815	.1528796	0.76	0.450	-.184157	.4151201
Prob General	.1348719	.1148339	1.17	0.240	-.0901984	.3599422
Prob Respirat	-.1840195	.1360998	-1.35	0.176	-.4507702	.0827313
Prob Locomot	-.1302832	.1547414	-0.84	0.400	-.4335708	.1730045
Prob Ciculat	-.0156961	.2226166	-0.07	0.944	-.4520166	.4206245
Burcrático	-.0360263	.0907924	-0.40	0.692	-.2139762	.1419236
Seguim Enferm	-.0166186	.1695151	-0.10	0.922	-.3488621	.3156248
Deriv/Anális	-.2303919	.1494705	-1.54	0.123	-.5233486	.0625649
Número de problemas nuevos consultados						
Ninguno						
Uno	-.1287921	.1173473	-1.10	0.272	-.3587885	.1012043
Más de uno	.1502636	.1863699	0.81	0.420	-.2150146	.5155418
Puntuación malestar emocional del paciente en el encuentro						
Sin dificultad						
Con Dificult	-.0659859	.1097799	-0.60	0.548	-.2811505	.1491787
Ansiedad del paciente						
SI	-.0755205	.0821443	-0.92	0.358	-.2365204	.0854794
Depresión del paciente						
SI	.2693081	.119865	2.25	0.025	.0343771	.5042392
Apoyo social familia y amigos del paciente						
Buen apoyo	-.0247524	.1049419	-0.24	0.814	-.2304347	.1809299
Acontecimientos vitales estresantes paciente						
Ninguno						
Uno	.0400641	.1141685	0.35	0.726	-.1837021	.2638302
Dos	.1992134	.1352501	1.47	0.141	-.065872	.4642988
Tres	.0168111	.1745107	0.10	0.923	-.3252237	.3588458
Más de 4	-.3973861	.1689299	-2.35	0.019	-.7284827	-.0662896

Tabla 64- Cont.4- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES POSITIVAS del profesional en los encuentros difíciles

EMO_6_EmoPos.	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Factores externos						
Facilidad para obtener cita						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0081204	.1007854	0.08	0.936	-.1894155	.2056562
No pertinen	.217644	.2600293	0.84	0.403	-.2920042	.7272921
Poco tiempo espera (sala espera)						
De acuerdo						
Desacuerdo	.1558143	.091982	1.69	0.090	-.0244671	.3360957
No pertinen	.751323	.1466069	5.12	0.000	.4639788	1.038667
Confort sala espera						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0045357	.0970987	-0.05	0.963	-.1948457	.1857742
No pertinen	.6872683	.1457151	4.72	0.000	.4016719	.9728647
Pocas Interrupciones consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1121516	.1007415	-1.11	0.266	-.3096013	.085298
No pertinen.	.3101549	.2147521	1.44	0.149	-.1107515	.7310614
Comodidad consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.3433156	.1673853	-2.05	0.040	-.6713847	-.0152464
No pertinen.	.6645424	.1430044	4.65	0.000	.3842589	.9448258
Escala comunicación médico-paciente						
Apoyo_emoc	.0194379	.0169722	1.15	0.252	-.013827	.0527029
Fase resoluti	-.0060865	.0200076	-0.30	0.761	-.0453008	.0331277
Satis. global	.0213275	.0264623	0.81	0.420	-.0305377	.0731927
Escala comun.	.0053722	.0080186	0.67	0.503	-.0103439	.0210884
x2__ Sat.glob.	.001143	.0015103	0.76	0.449	-.001817	.0041031
x2__ Esc. Comu.	.000068	.0001194	0.57	0.569	-.000166	.0003019
Cumplimiento expectativas del paciente						
Dar recetas						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1399219	.1720153	-0.81	0.416	-.4770657	.1972219
No pertinen	-.2701475	.2586142	-1.04	0.296	-.777022	.236727
Solicitar pruebas						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0316735	.1283573	0.25	0.805	-.2199021	.2832492
No pertinen	.2431241	.0956637	2.54	0.011	.0556267	.4306215
Enviar al especialista						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0085837	.1152949	-0.07	0.941	-.2345575	.21739
No pertinen	.1639945	.099991	1.64	0.101	-.0319843	.3599733
Dar la baja						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1632734	.2489662	-0.66	0.512	-.6512382	.3246914
No pertien.	.0521512	.1117262	0.47	0.641	-.1668282	.2711306

Tabla 64- Cont.5- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES POSITIVAS del profesional en los encuentros difíciles

EMO_6_EmoPos.	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Escalas de emociones						
Desconf-Ira	.0006384	.0065025	0.10	0.922	-.0121063	.0133831
Impotencia	.0122492	.005477	2.24	0.025	.0015145	.0229839
Ansiedad	.0317216	.012918	2.46	0.014	.0064028	.0570404
Depresión	.0392705	.0151774	2.59	0.010	.0095234	.0690175
Inseguridad	.0797577	.0183692	4.34	0.000	.0437547	.1157607
Emoc. Posit.						
lg_emoc_+	1.212897	.0257306	47.14	0.000	1.162466	1.263328
Difficult_~s	.0047011	.0022743	2.07	0.039	.0002434	.0091587
Escalas de pensamientos						
PENS_1_Fraca	.0108174	.005924	1.83	0.068	-.0007934	.0224281
PENS_2_Deses	.0079387	.0051806	1.53	0.125	-.002215	.0180925
PENS_3_Bloqu	.0037307	.0106118	0.35	0.725	-.017068	.0245294
PENS_4_Búsqu	.0636487	.0190912	3.33	0.001	.0262307	.1010667
PENS_5_Recha	.0141158	.0144153	0.98	0.327	-.0141377	.0423693
Difficult_~t	.0034764	.0022707	1.53	0.126	-.0009742	.007927
Personalidad del médico						
Neuroticismo	.0235047	.0242107	0.97	0.332	-.0239473	.0709568
Extraversión	-.0391068	.0301493	-1.30	0.195	-.0981983	.0199848
Impulsividad	-.0303179	.0587601	-0.52	0.606	-.1454856	.0848498
lg_epi_impuls	-.1441061	.1963877	-0.73	0.463	-.529019	.2408068
Sociabilidad	-.0351407	.0303136	-1.16	0.246	-.0945542	.0242728
Bournout del médico						
Desgaste Emoc	.0100912	.0069552	1.45	0.147	-.0035408	.0237232
Despersonali	.0017508	.0153618	0.11	0.909	-.0283578	.0318594
Lg Desperson	.0458202	.1675585	0.27	0.785	-.2825884	.3742287
Realiz. Pers	.0269297	.014307	1.88	0.060	-.0011116	.0549709
Ansiedad y Depresión del médico						
Ansiedad SI	.1685261	.2105958	0.80	0.424	-.244234	.5812863
Depresión SI	.2073197	.1886112	1.10	0.272	-.1623515	.5769909
Edad del Médico						
	.0409724	.0211628	1.94	0.053	-.000506	.0824507
Sexo del Médico						
Mujer						
Hombre	.0467355	.2065202	0.23	0.821	-.3580367	.4515077
Apoyo social de familia y amigos del médico						
Buen apoyo	-.5903971	.1536448	-3.84	0.000	-.8915354	-.2892588
Acreditación docente						
SI	.0808463	.2020117	0.40	0.689	-.3150895	.476782
Residente asignado						
SI	.07112	.1970658	0.36	0.718	-.3151218	.4573618
Especialidad MFyC- MIR						
SI	-.0764858	.1905675	-0.40	0.688	-.4499912	.2970196

Tabla 64- Cont.6- Análisis bivariante de la escala de EMOCIONES POSITIVAS del profesional en los encuentros difíciles

EMO_6_EmoPos.	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Antigüedad con cupo de pacientes						
DE 0 a 4 años						
De 5 a 8 años	.3275304	.1764966	1.86	0.063	-.0183966	.6734574
De 9 a 14 año	-.2705785	.2944741	-0.92	0.358	-.8477371	.30658
>= 15 años	.1169624	.3542222	0.33	0.741	-.5773004	.8112251
Acontecimientos vitales estresantes del médico						
Enf grave propia						
	-.3843783	.1220152	-3.15	0.002	-.6235236	-.1452329
Enf grave familia						
	-.1579949	.2185945	-0.72	0.470	-.5864323	.2704425
Fallecim padres, hijos, pareja						
	-.1381329	.3629032	-0.38	0.703	-.84941	.5731442
Fallecim amigos, familia						
	-.4627169	.2242682	-2.06	0.039	-.9022745	-.0231593
Separado, divorcio						
	-.5213286	.0943266	-5.53	0.000	-.7062053	-.336452
Ruptura relación						
Problema con amigos, familia, vecinos						
	.1457404	.220814	0.66	0.509	-.2870471	.5785278
Sin empleo > 1 mes						
Despedido trabajo						
Crisis económica						
	-.5011181	.094474	-5.30	0.000	-.6862837	-.3159524
Prob. Policía, justicia						
	.4292679	.097415	4.41	0.000	.238338	.6201977
Robo o pérdida de valor						
	.1763311	.2481608	0.71	0.477	-.3100552	.6627174

Tabla 65.- Regresión binomial negativa de la escala GLOBAL DE EMOCIONES NEGATIVAS del profesional en los encuentros difíciles

<u>Diffi_Emotion</u>	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
<u>Día de la semana</u>						
Lunes						
Martes	.0198227	.064829	0.31	0.760	-.1072399	.1468853
Miércoles	.0196918	.0670722	0.29	0.769	-.1117672	.1511509
Jueves	.0186146	.0721194	0.26	0.796	-.1227367	.159966
Viernes	.0249096	.0597634	0.42	0.677	-.0922245	.1420437
<u>Turno mañana/tarde</u>						
Mañana						
Tarde	.1069771	.0547567	1.95	0.051	-.0003441	.2142983
Citas concert	.0005816	.0049783	0.12	0.907	-.0091757	.0103388
Nº citas val	.0055265	.005168	1.07	0.285	-.0046027	.0156557
% citas val	.9906776	.6759862	1.47	0.143	-.3342309	2.315586
x3 % cit val	-.9103055	.4710644	-1.93	0.053	-1.833575	.0129637
<u>Edad paciente</u>	.0024309	.0016448	1.48	0.139	-.0007927	.0056546
<u>Sexo paciente</u>						
Mujer						
Hombre	-.0194785	.0631201	-0.31	0.758	-.1431917	.1042347
<u>Estado civil</u>						
Casado						
Vive pareja	.405635	.1060539	3.82	0.000	.1977732	.6134968
Divorc.separa	-.0757634	.1545927	-0.49	0.624	-.3787595	.2272328
Viudo	-.1806861	.1019207	-1.77	0.076	-.380447	.0190748
Soltero	-.1214315	.1202448	-1.01	0.313	-.3571069	.1142439
<u>Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro</u>						
Grande						
Muy grande	.2706693	.1224582	2.21	0.027	.0306556	.510683
Extremo	.3838081	.1384609	2.77	0.006	.1124296	.6551865
<u>Centro de salud</u>						
El Palo						
Portada Alta	-.425388	.4229712	-1.01	0.315	-1.254396	.4036203
Delicias	-.274443	.2273706	-1.21	0.227	-.7200813	.1711952
San Andrés	.163213	.1770325	0.92	0.357	-.1837644	.5101904
Federico Cast	-.3980026	.1992785	-2.00	0.046	-.7885814	-.0074239
El Valle	-.7028243	.2991564	-2.35	0.019	-1.28916	-.1164885
Limonar	-.0269672	.1689364	-0.16	0.873	-.3580765	.3041421
San Felipe	.0230091	.1486156	0.15	0.877	-.2682721	.3142902
<u>Ciudad</u>						
Jaén						
Málaga	.2534727	.1449012	1.75	0.080	-.0305284	.5374738
<u>Número motivos consulta según el médico</u>						
Uno						
Más de uno	.1050779	.0721569	1.46	0.145	-.036347	.2465027

Tabla 65- Cont.1- Regresión binomial negativa de la escala GLOBAL DE EMOCIONES NEGATIVAS del profesional en los encuentros difíciles

Diffi_Emotion	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Motivos de consulta según médico						
Prob General	.1243415	.0933076	1.33	0.183	-.0585379	.307221
Prob Respirat	-.0429959	.1124663	-0.38	0.702	-.2634259	.1774341
Prob Locomot	.0194164	.1195277	0.16	0.871	-.2148536	.2536865
Prob Circula	.0393089	.1268701	0.31	0.757	-.2093519	.2879696
Prob Psicoso	.1116932	.1112393	1.00	0.315	-.1063319	.3297182
Burocrático	.0758251	.1053071	0.72	0.472	-.1305731	.2822233
Seguim Clín	.0801309	.1343462	0.60	0.551	-.1831827	.3434446
Deriv/Anális	.142813	.1056381	1.35	0.176	-.0642338	.3498599
Motivo de pérdida de los pacientes no reclutados						
Crecer de teléfono						
No localizab	-.2847279	.224761	-1.27	0.205	-.7252513	.1557956
No desea part	-.1763909	.206938	-0.85	0.394	-.581982	.2292002
No acude cita	-.5133648	.3252928	-1.58	0.115	-1.150927	.1241974
Otros	-.0131032	.1877639	-0.07	0.944	-.3811138	.3549073
Desconocido	-.2549023	.4051439	-0.63	0.529	-1.04897	.5391651
Entrevistados						
No						
Si	-.0307908	.0900752	-0.34	0.732	-.207335	.1457533
Petición Pruebas complementarias el día E.D.						
Si						
No	.1084933	.0897726	1.21	0.227	-.0674576	.2844443
Realizar derivaciones el día ED						
SI						
No	-.1757502	.0756206	-2.32	0.020	-.3239639	-.0275365
Realizar recetas el día del ED						
Si						
No	.0018463	.0771774	0.02	0.981	-.1494186	.1531111
Número de problemas de salud crónicos						
numprobl	.0214448	.0192869	1.11	0.266	-.0163569	.0592466
Morbilidad crónica						
Prob General	.1996034	.0800703	2.49	0.013	.0426685	.3565384
Prob Hematol	.2272813	.1077359	2.11	0.035	.0161228	.4384398
Prob Digestiv	.0460498	.0756245	0.61	0.543	-.1021714	.194271
Prob Ojos	.0352677	.0889048	0.40	0.692	-.1389825	.2095178
Prob Oídos	.0624498	.1162557	0.54	0.591	-.1654072	.2903067
Prob Circulat	.1165077	.064575	1.80	0.071	-.0100571	.2430724
Prob Locomot	.1869972	.0794768	2.35	0.019	.0312255	.3427689
Prob S. Nerv.	.0722297	.0769535	0.94	0.348	-.0785965	.2230558
Prob Psicolog	.0558869	.0653318	0.86	0.392	-.0721612	.1839349
Prob Respirat	-.0548214	.0918001	-0.60	0.550	-.2347463	.1251035
Prob Piel	.0113088	.1067482	0.11	0.916	-.1979139	.2205314
Prob End/meta	-.0145333	.0578906	-0.25	0.802	-.1279968	.0989302
Prob Urinario	-.039079	.0895704	-0.44	0.663	-.2146337	.1364758
Prob gen feme	-.0354674	.0846835	-0.42	0.675	-.201444	.1305092
Prob gen masc	.040707	.1426684	0.29	0.775	-.2389179	.3203318
Prob social	.1882859	.1175953	1.60	0.109	-.0421966	.4187685
Prob psicococ	.0696006	.0666345	1.04	0.296	-.0610005	.2002018

Tabla 65- Cont.2- Regresión binomial negativa de la escala GLOBAL DE EMOCIONES NEGATIVAS del profesional en los encuentros difíciles

<u>Diffi_Emotion</u>	<u>Coef.</u>	<u>Robust Std. Err.</u>	<u>z</u>	<u>P> z </u>	<u>[95% Conf. Interval]</u>	
<u>Nº Visitas el año anterior</u>						
visitas	.0023229	.010893	0.21	0.831	-.0190271	.0236728
lg_visitas	-.0080052	.1427561	-0.06	0.955	-.287802	.2717916
<u>Situación laboral del paciente</u>						
Trabajando						
Paro	-.0112916	.1596475	-0.07	0.944	-.324195	.3016118
Jubilado	.1121144	.1119485	1.00	0.317	-.1073006	.3315293
Incapacitado	.1537324	.1257998	1.22	0.222	-.0928307	.4002955
Cuida fam/hog	.1298425	.1050144	1.24	0.216	-.0759819	.3356668
Estudiando	.0222798	.245701	0.09	0.928	-.4592854	.5038449
Otros	-.2573701	.2748133	-0.94	0.349	-.7959943	.281254
<u>Tiempo sin trabajo remunerado</u>						
Menos 1 año						
1 a 5 años	.1611918	.1362332	1.18	0.237	-.1058203	.4282039
6 a 10 años	-.0955665	.2011881	-0.48	0.635	-.489888	.298755
Mas 11 años	.0970528	.1443119	0.67	0.501	-.1857933	.3798989
Nunca	.0628881	.1653934	0.38	0.704	-.2612771	.3870533
<u>Clase social del paciente</u>						
I y II						
III	.0131902	.1525758	0.09	0.931	-.2858528	.3122332
IV	.0015022	.1559667	0.01	0.992	-.3041869	.3071913
V	-.0882868	.1515401	-0.58	0.560	-.3853	.2087264
VI	-.0436912	.1698417	-0.26	0.797	-.3765748	.2891924
<u>Nº convivientes hogar</u>						
numconvi	-.5076547	.1446746	-3.51	0.000	-.7912118	-.2240976
r2_numconvi	1.684034	.51396	3.28	0.001	.6766907	2.691377
<u>Satisfacción con la convivencia hogar</u>						
Muy o bastante satisfecho/a						
Satis/Insati	-.1225963	.0771692	-1.59	0.112	-.2738452	.0286526
Bastante insa	.0204731	.1047335	0.20	0.845	-.1848007	.225747
Muy Insatisf	.0005343	.1282481	0.00	0.997	-.2508274	.2518961
<u>Cualificación académica</u>						
No sabe leer ni escribir						
Sin estudios	.0465237	.1144696	0.41	0.684	-.1778325	.27088
E. Primarios	-.035447	.1491195	-0.24	0.812	-.3277158	.2568218
E. Secundario	-.0314062	.1637982	-0.19	0.848	-.3524448	.2896323
E. Superiore	.177683	.2013749	0.88	0.378	-.2170045	.5723706
<u>Satisfacción con economía</u>						
Vive cómodamente						
Vive bien	.024283	.104069	0.23	0.816	-.1796886	.2282545
Dif Económic	-.1041378	.1421275	-0.73	0.464	-.3827027	.1744271
Muchas dific	.0889888	.1575482	0.56	0.572	-.2198001	.3977776
<u>Padece enf./ minusvalía crónica</u>						
Sí						
No	-.0063087	.0812571	-0.08	0.938	-.1655697	.1529523
<u>Salud General</u>						
Excelente, muy buena, buena						
Regular	.0661271	.0880122	0.75	0.452	-.1063737	.2386279
Mala	.0193803	.1105369	0.18	0.861	-.1972681	.2360286

Tabla 65 Cont.3- Regresión binomial negativa de la escala GLOBAL DE EMOCIONES NEGATIVAS del profesional en los encuentros difíciles

Diffi_Emotion	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Calidad de vida general						
Muy buena, buena						
Ni buen/mala	.1511056	.0713221	2.12	0.034	.0113168	.2908944
Mala	.0956856	.0939174	1.02	0.308	-.0883891	.2797602
Muy mala	-.0706887	.1432911	-0.49	0.622	-.351534	.2101567
Calidad de vida relacionada con la salud física						
	-.0031201	.0026525	-1.18	0.239	-.008319	.0020788
Calidad de vida relacionada con la salud mental						
	.0058043	.002367	2.45	0.014	.001165	.0104435
Número de días desde el encuentro						
Menos días						
7 días	.1508456	.1093606	1.38	0.168	-.0634973	.3651885
Número de problemas consultados según paciente						
Uno						
Más de uno	-.0625731	.0712671	-0.88	0.380	-.202254	.0771078
Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente						
Prob Psicolg	.0315842	.0852364	0.37	0.711	-.135476	.1986445
Prob Social	-.0640038	.2405824	-0.27	0.790	-.5355366	.407529
Prob Psicoso	.0190418	.0780024	0.24	0.807	-.1338401	.1719236
Prob General	-.1048295	.1076252	-0.97	0.330	-.315771	.1061121
Prob Respirat	-.0758881	.0725169	-1.05	0.295	-.2180187	.0662425
Prob Locomot	.1248178	.0856974	1.46	0.145	-.043146	.2927816
Prob Ciculat	.0124135	.1580924	0.08	0.937	-.2974418	.3222689
Burocrático	-.092742	.0843988	-1.10	0.272	-.2581607	.0726767
Seguim Enferm	.0047691	.0858582	0.06	0.956	-.1635099	.1730481
Deriv/Anális	-.0553963	.113671	-0.49	0.626	-.2781873	.1673947
Número de problemas nuevos consultados según el paiente						
Ninguno						
Uno	-.2064119	.0806071	-2.56	0.010	-.364399	-.0484248
Más de uno	-.2109335	.1813405	-1.16	0.245	-.5663545	.1444874
Puntuación malestar emocional del paciente en el encuentro						
Sin dificultad						
Con Dificult	.0199006	.1026366	0.19	0.846	-.1812633	.2210646
Ansiedad del paciente						
SI	-.038055	.0625318	-0.61	0.543	-.160615	.084505
Depresión del paciente						
SI	.0358899	.0891237	0.40	0.687	-.1387894	.2105692
Apoyo social familia y amigos del paciente						
Buen apoyo						
	.1115629	.0760437	1.47	0.142	-.0374799	.2606057
Acontecimientos vitales estresantes paciente						
Ninguno						
Uno	.107491	.0982153	1.09	0.274	-.0850075	.2999894
Dos	.0583614	.1006492	0.58	0.562	-.1389074	.2556301
Tres	.0578849	.1176886	0.49	0.623	-.1727805	.2885504
Más de 4	-.080544	.1641357	-0.49	0.624	-.4022442	.2411561

Tabla 65 Cont.4- Regresión binomial negativa de la escala GLOBAL DE EMOCIONES NEGATIVAS del profesional en los encuentros difíciles

Diffi_Emotion	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Factores externos						
Facilidad para obtener cita						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0585205	.0653651	-0.90	0.371	-.1866338	.0695927
No pertinen.	-.0126501	.2553872	-0.05	0.960	-.5131999	.4878996
Poco tiempo espera (sala espera)						
De acuerdo						
Desacuerdo	.012424	.0749857	0.17	0.868	-.1345452	.1593933
No pertinen	.0738468	.1204186	0.61	0.540	-.1621694	.309863
Confort sala espera						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0897022	.0695128	1.29	0.197	-.0465403	.2259448
No pertinen.	.0975112	.120782	0.81	0.419	-.1392172	.3342396
Pocas Interrupciones consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0485265	.0791006	-0.61	0.540	-.2035608	.1065078
No pertinen.	.0675694	.1582582	0.43	0.669	-.242611	.3777497
Comodidad consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0924953	.1563064	-0.59	0.554	-.3988503	.2138597
No pertinen.	.0617972	.1211164	0.51	0.610	-.1755865	.299181
Escala comunicación médico-paciente						
Apoyo_emoc	-.0095099	.013665	-0.70	0.486	-.0362929	.017273
Fase resoluti	.0056983	.0156787	0.36	0.716	-.0250315	.0364281
Satis. global	-.000442	.0244764	-0.02	0.986	-.0484149	.0475309
Escala comun.	-.0013631	.006737	-0.20	0.840	-.0145674	.0118413
x2_ Sat.glob	.0001672	.001398	0.12	0.905	-.0025728	.0029072
x2_ Esc. Comu	-6.66e-06	.0000989	-0.07	0.946	-.0002005	.0001872
Expectativas cubiertas						
Dar recetas						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0916013	.094297	0.97	0.331	-.0932175	.2764201
No pertinen.	-.1168397	.13912	-0.84	0.401	-.38951	.1558306
Solicitar pruebas						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0469223	.1129276	-0.42	0.678	-.2682563	.1744118
No pertinen.	-.0739755	.0961507	-0.77	0.442	-.2624274	.1144763
Enviar al especialista						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1003818	.128774	-0.78	0.436	-.3527743	.1520106
No pertinen.	-.1375333	.1139954	-1.21	0.228	-.3609601	.0858935
Dar la baja						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0661398	.2120693	-0.31	0.755	-.481788	.3495084
No pertien.	.0668302	.0963505	0.69	0.488	-.1220134	.2556738

Tabla 65 Cont.5- Regresión binomial negativa de la escala GLOBAL DE EMOCIONES NEGATIVAS del profesional en los encuentros difíciles

Diffi_Emotion	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Escalas de emociones						
Desconf-Ira	.0356856	.0046871	7.61	0.000	.0264992	.0448721
Impotencia	.0331255	.0032345	10.24	0.000	.0267861	.039465
Ansiedad	.0752748	.0092677	8.12	0.000	.0571103	.0934392
Depresión	.0690502	.0093698	7.37	0.000	.0506858	.0874147
Inseguridad	.0944204	.0163474	5.78	0.000	.0623801	.1264608
Emoc. Posit.	.0244513	.0118838	2.06	0.040	.0011594	.0477432
lg_emoc_+	.2372387	.0813801	2.92	0.004	.0777367	.3967408
Difficult_~s	.0138434	.0013705	10.10	0.000	.0111573	.0165295
Escalas de pensamientos						
PENS_1_Fraca	.0257412	.0038367	6.71	0.000	.0182215	.033261
PENS_2_Deses	.0290684	.0035078	8.29	0.000	.0221932	.0359437
PENS_3_Bloqu	.0587863	.0076123	7.72	0.000	.0438665	.0737061
PENS_4_Búsqu	.0730078	.0139004	5.25	0.000	.0457635	.1002522
PENS_5_Recha	.0694858	.0100138	6.94	0.000	.0498591	.0891126
Difficult_~t	.0122991	.001404	8.76	0.000	.0095473	.015051
Personalidad del médico						
Neuroticismo	.0417973	.0227293	1.84	0.066	-.0027514	.0863459
Extraversión	-.0220372	.0197348	-1.12	0.264	-.0607168	.0166423
Impulsividad	-.0163522	.0436995	-0.37	0.708	-.1020015	.0692972
lg_epi_impuls	-.0882627	.1698463	-0.52	0.603	-.4211552	.2446299
Sociabilidad	-.0208831	.0198519	-1.05	0.293	-.0597921	.0180259
Bournout del médico						
Desgaste Emoc	.0264701	.0057465	4.61	0.000	.0152072	.037733
Despersonali	.0377789	.0168133	2.25	0.025	.0048254	.0707324
lg_mbi_d	.4517981	.1517891	2.98	0.003	.1542969	.7492993
Realiz. Pers	-.0121398	.0117017	-1.04	0.300	-.0350748	.0107952
Ansiedad y Depresión del médico						
Ansiedad SI	.11122	.1511414	0.74	0.462	-.1850118	.4074518
Depresión SI	.3712731	.1393901	2.66	0.008	.0980736	.6444726
Apoyo social de familia amigos del médico						
Buen apoyo	-.3994485	.1143082	-3.49	0.000	-.6234886	-.1754085
Edad del Médico						
	.023384	.0208454	1.12	0.262	-.0174722	.0642401
Sexo del Médico						
Mujer						
Hombre	-.0018983	.0587746	-0.03	0.974	-.1170944	.1132979
Acreditación docente						
SI	-.2165558	.151319	-1.43	0.152	-.5131356	.080024
Residente de MFyC asignado						
SI	-.2592766	.1499292	-1.73	0.084	-.5531325	.0345793

Tabla 65 Cont.6- Regresión binomial negativa de la escala GLOBAL DE EMOCIONES NEGATIVAS del profesional en los encuentros difíciles

Diffi_Emotion	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Especialidad MFyC- MIR						
SI	-.236912	.1523025	-1.56	0.120	-.5354194	.0615954
Antigüedad con cupo de pacientes						
DE 0 a 4 años						
De 5 a 8 años	.0811156	.1695363	0.48	0.632	-.2511694	.4134006
De 9 a 14 año	-.2263762	.1899558	-1.19	0.233	-.5986826	.1459303
>= 15 años	-.0394988	.3181492	-0.12	0.901	-.6630598	.5840622
Acontecimientos vitales estresantes del médico						
Enf grave propia						
	-.0567487	.3312499	-0.17	0.864	-.7059866	.5924891
Enf. grave familiar						
	-.1245142	.188532	-0.66	0.509	-.4940301	.2450016
Fallecim padres, hijos, pareja						
	-.1211107	.2648659	-0.46	0.647	-.6402382	.3980169
Fallecim amigos, familia						
	-.2163008	.2442465	-0.89	0.376	-.695015	.2624135
Separado, divorcio						
	.1540539	.0791417	1.95	0.052	-.0010609	.3091688
Ruptura relación						
Problema con amigos, familia, vecinos						
	.0663716	.1472138	0.45	0.652	-.2221621	.3549054
Sin empleo > 1 mes						
Despedido trabajo						
Crisis económica						
	.4155559	.0794061	5.23	0.000	.2599228	.5711891
Prob. Policía, justicia						
	.2397176	.0813989	2.94	0.003	.0801788	.3992564
Robo o pérdida de valor						
	.1288472	.1272262	1.01	0.311	-.1205117	.378206

Tabla 66.- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de FRACASO Y MALTRATO PROFESIONAL, del profesional en los encuentros difíciles

PENS_1_Frao_Maltra	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Día de la semana						
Lunes						
Martes	-.0603953	.0846181	-0.71	0.475	-.2262438	.1054532
Miércoles	-.0550277	.0931903	-0.59	0.555	-.2376774	.127622
Jueves	-.0017295	.1023419	-0.02	0.987	-.2023159	.1988569
Viernes	.0106703	.0681034	0.16	0.875	-.1228099	.1441504
Turno mañana/tarde						
Mañana						
Tarde	.1344906	.0834089	1.61	0.107	-.0289879	.2979691
Citas concert						
Nº citas val	.0098362	.0073011	1.35	0.178	-.0044737	.024146
% citas val	.1955674	.3732092	0.52	0.600	-.5359093	.927044
x3 % cit val	-.011244	.2900331	-0.04	0.969	-.5796985	.5572105
Edad paciente						
	.0024088	.0024896	0.97	0.333	-.0024706	.0072882
Sexo paciente						
Mujer						
Hombre	-.0680185	.1238795	-0.55	0.583	-.3108179	.1747808
Estado civil						
Casado						
Vive pareja	.5400475	.1561365	3.46	0.001	.2340255	.8460695
Divorc.separa	-.1482288	.2898907	-0.51	0.609	-.7164041	.4199466
Viudo	-.3882109	.1691769	-2.29	0.022	-.7197915	-.0566303
Soltero	-.2149392	.1986797	-1.08	0.279	-.6043442	.1744659
Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro						
Grande						
Muy grande	.3726875	.169689	2.20	0.028	.0401033	.7052717
Extremo	.4298681	.1984372	2.17	0.030	.0409384	.8187978
Centro de salud						
El Palo						
Portada Alta	-.2082749	.6010237	-0.35	0.729	-1.38626	.9697099
Delicias	.1882541	.473208	0.40	0.691	-.7392166	1.115725
San Andrés	.5460999	.3908273	1.40	0.162	-.2199075	1.312107
Federico Cast	-.5483965	.3392727	-1.62	0.106	-1.213359	.1165659
El Valle	-.6551036	.607402	-1.08	0.281	-1.84559	.5353824
Limonar	.186059	.22559	0.82	0.410	-.2560892	.6282072
San Felipe	.3978013	.294744	1.35	0.177	-.1798863	.975489
Ciudad						
Jaén						
Málaga	.4781285	.2343813	2.04	0.041	.0187495	.9375075
Número motivos consulta según el médico						
Uno						
Más de uno	.0832486	.128358	0.65	0.517	-.1683284	.3348257

Tabla 66- Cont.1- Análisis bivariante de la escala de PENSAMIENTOS de FRACASO Y MALTRATO PROFESIONAL, del profesional en los encuentros difíciles

PENS_1_Frao_Maltra	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Motivos de consulta según médico						
Prob General	.0381541	.1402532	0.27	0.786	-.2367372	.3130453
Prob Respirat	.0179925	.1622414	0.11	0.912	-.2999947	.3359798
Prob Locomot	-.277691	.2088314	-1.33	0.184	-.6869931	.1316111
Prob Circula	-.0422349	.2032654	-0.21	0.835	-.4406277	.3561579
Prob Psicoso	.0018806	.1611516	0.01	0.991	-.3139708	.317732
Burcrático	-.0181328	.1147881	-0.16	0.874	-.2431133	.2068478
Seguim Clín	.0435561	.1357269	0.32	0.748	-.2224638	.3095759
Deriv/Anális	.11914	.127042	0.94	0.348	-.1298577	.3681377
Motivo de pérdida de los pacientes no reclutados						
Crecer de teléfono						
No localizab	-.2847103	.2669698	-1.07	0.286	-.8079615	.2385409
No desea part	-.1696206	.3047891	-0.56	0.578	-.7669962	.427755
No acude cita	-.3302417	.3493424	-0.95	0.344	-1.01494	.3544569
Otros	.0887955	.2711089	0.33	0.743	-.4425683	.6201592
Desconocido	.1895012	.4791455	0.40	0.692	-.7496067	1.128609
Entrevistados						
No						
Si	-.0848126	.1665226	-0.51	0.611	-.4111909	.2415658
Petición Pruebas complementarias el día E.D.						
Si						
No	.1639462	.1439866	1.14	0.255	-.1182623	.4461546
Realizar derivaciones el día ED						
SI						
No	-.2076332	.1266223	-1.64	0.101	-.4558083	.040542
Realizar recetas el día del ED						
Si						
No	.0173173	.1071682	0.16	0.872	-.1927285	.2273632
Número de problemas de salud crónicos						
numprobl	.0283534	.0236433	1.20	0.230	-.0179866	.0746934
Morbilidad crónica						
Prob General	.0108273	.1380275	0.08	0.937	-.2597016	.2813562
Prob Hematol	.2361211	.1570948	1.50	0.133	-.0717791	.5440214
Prob Digestiv	.0683772	.0999687	0.68	0.494	-.1275578	.2643122
Prob Ojos	-.0119983	.142955	-0.08	0.933	-.2921849	.2681883
Prob Oídos	-.0605833	.1815067	-0.33	0.739	-.4163299	.2951632
Prob Circulat	.1091573	.1031651	1.06	0.290	-.0930426	.3113573
Prob Locomot	.1891843	.1308252	1.45	0.148	-.0672284	.445597
Prob S. Nerv.	.0085804	.1065147	0.08	0.936	-.2001846	.2173453
Prob Psicolog	.0103773	.0997246	0.10	0.917	-.1850794	.205834
Prob Respirat	-.1708632	.1748091	-0.98	0.328	-.5134827	.1717564
Prob Piel	-.0510538	.1794846	-0.28	0.776	-.4028371	.3007294
Prob End/meta	-.0829143	.0907546	-0.91	0.361	-.26079	.0949614
Prob Urinario	.045706	.1807149	0.25	0.800	-.3084886	.3999006
Prob gen feme	-.0016777	.125916	-0.01	0.989	-.2484686	.2451132
Prob gen masc	-.0641044	.223536	-0.29	0.774	-.5022269	.3740181
Prob social	.1074478	.2098322	0.51	0.609	-.3038158	.5187114
Prob psicococ	.0133751	.1034745	0.13	0.897	-.1894311	.2161814

Tabla 66- Cont.2- Análisis bivariante de la escala de PENSAMIENTOS de FRACASO Y MALTRATO PROFESIONAL del profesional en los encuentros difíciles

PENS_1_Frao_Maltra	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Nº Visitas el año anterior						
visitas	-.0041054	.0075436	-0.54	0.586	-.0188906	.0106799
lg_visitas	-.045058	.099967	-0.45	0.652	-.2409897	.1508737
Situación laboral del paciente						
Trabajando						
Paro	.0560693	.256057	0.22	0.827	-.4457932	.5579317
Jubilado	.1231085	.184367	0.67	0.504	-.2382441	.4844611
Incapacitado	-.0386761	.2409792	-0.16	0.872	-.5109866	.4336344
Cuida fam/hog	.2749447	.1469665	1.87	0.061	-.0131043	.5629937
Estudiando	-.705264	.7720547	-0.91	0.361	-2.218463	.8079354
Otros	-.4015816	.6697309	-0.60	0.549	-1.71423	.9110669
Tiempo sin trabajo remunerado						
Menos 1 año						
1 a 5 años	.3018667	.203747	1.48	0.138	-.0974701	.7012035
6 a 10 años	-.2959029	.3192963	-0.93	0.354	-.9217122	.3299064
Mas 11 años	.0452866	.2369505	0.19	0.848	-.4191278	.509701
Nunca	.0790165	.2441686	0.32	0.746	-.3995452	.5575783
Clase social del paciente						
I y II						
III	.0107032	.2094631	0.05	0.959	-.399837	.4212434
IV	-.0628749	.2556263	-0.25	0.806	-.5638933	.4381435
V	-.2814271	.226089	-1.24	0.213	-.7245534	.1616993
VI	-.1439595	.2202811	-0.65	0.513	-.5757025	.2877834
Nº convivientes hogar						
numconvi	.0250925	.0406834	0.62	0.537	-.0546455	.1048305
r2_numconvi	.131085	.1491018	0.88	0.379	-.1611491	.4233191
Satisfacción con la convivencia hogar						
Muy o bastante satisfecho/a						
Satis/Insati	-.1287447	.0846544	-1.52	0.128	-.2946643	.0371748
Bastante insa	-.1528049	.2061982	-0.74	0.459	-.5569459	.2513362
Muy Insatisf	-.1658246	.2912389	-0.57	0.569	-.7366422	.4049931
Cualificación académica						
No sabe leer ni escribir						
Sin estudios	.029938	.1661415	0.18	0.857	-.2956933	.3555693
E. Primarios	.0434347	.2214732	0.20	0.845	-.3906448	.4775141
E. Secundario	.0325901	.2996776	0.11	0.913	-.5547671	.6199474
E. Superiore	.3144672	.3231589	0.97	0.331	-.3189126	.9478469
Satisfacción con economía						
Vive cómodamente						
Vive bien	.047809	.1346427	0.36	0.723	-.2160859	.3117038
Dif Económic	-.0355132	.1924527	-0.18	0.854	-.4127135	.3416872
Muchas dific	.0202539	.2467313	0.08	0.935	-.4633306	.5038384
Padece enf./ minusvalía crónica						
Si						
No	.0984234	.1440925	0.68	0.495	-.1839928	.3808396
Salud General						
Excelente, muy buena, buena						
Regular	.0275066	.1651882	0.17	0.868	-.2962562	.3512695
Mala	-.1227756	.2124894	-0.58	0.563	-.5392471	.293696

Tabla 66- Cont.3- Análisis bivariante de la escala de PENSAMIENTOS de FRACASO Y MALTRATO PROFESIONAL, del profesional en los encuentros difíciles

PENS_1_Frao_Maltra	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Calidad de vida general						
Muy buena, buena						
Ni buen/mala	.2025081	.1023776	1.98	0.048	.0018517	.4031645
Mala	.0953037	.1599725	0.60	0.551	-.2182367	.4088442
Muy mala	-.5351797	.3183422	-1.68	0.093	-1.159119	.0887595
Calidad de vida relacionada con la Salud física						
	-.0014876	.0047064	-0.32	0.752	-.010712	.0077368
Calidad de vida relacionada con la salud mental						
	.0097289	.0037433	2.60	0.009	.0023923	.0170656
Número de días desde el encuentro						
7 o menos días						
Más 7 días	.1343566	.1495704	0.90	0.369	-.158796	.4275093
Número de problemas consultados según paciente						
Uno						
Más de uno	-.0835045	.1255525	-0.67	0.506	-.3295828	.1625738
Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente						
Prob Psicolg	.0001161	.1286696	0.00	0.999	-.2520717	.2523039
Prob Social	-.1330038	.3670069	-0.36	0.717	-.8523241	.5863165
Prob Psicoso	-.0184042	.1236923	-0.15	0.882	-.2608367	.2240282
Prob General	-.0732985	.1677064	-0.44	0.662	-.401997	.2553999
Prob Respirat	.0000852	.1194254	0.00	0.999	-.2339843	.2341546
Prob Locomot	.1708618	.125495	1.36	0.173	-.0751038	.4168274
Prob Ciculat	.1341153	.2741644	0.49	0.625	-.403237	.6714677
Burcrático	-.1375161	.1252153	-1.10	0.272	-.3829336	.1079014
Seguim Enferm	-.0306517	.1401713	-0.22	0.827	-.3053823	.2440789
Deriv/Anális	.074108	.1668386	0.44	0.657	-.2528897	.4011056
Número de problemas nuevos consultados						
Ninguno						
Uno	-.222261	.128268	-1.73	0.083	-.4736616	.0291396
Más de uno	-.2795353	.4033074	-0.69	0.488	-1.070003	.5109327
Puntuación malestar emocional del paciente en el encuentro						
Sin dificultad						
Con Dificult	-.0586541	.1398242	-0.42	0.675	-.3327046	.2153963
Ansiedad del paciente						
SI	-.1199898	.1101415	-1.09	0.276	-.3358632	.0958836
Depresión del paciente						
SI	-.0382284	.150291	-0.25	0.799	-.3327934	.2563366
Apoyo social familia y amigos del paciente						
Buen apoyo	.1629835	.1294397	1.26	0.208	-.0907135	.4166806
Acontecimientos vitales estresantes paciente						
Ninguno						
Uno	.0779207	.1217684	0.64	0.522	-.1607409	.3165824
Dos	-.036054	.1414158	-0.25	0.799	-.3132239	.2411159
Tres	.0087824	.167945	0.05	0.958	-.3203838	.3379487
Más de 4	-.1712588	.2291927	-0.75	0.455	-.6204683	.2779507

Tabla 66- Cont.4- Análisis bivariante de la escala de PENSAMIENTOS de FRACASO Y MALTRATO PROFESIONAL, del profesional en los encuentros difíciles

PENS_1_Frao_Maltra	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Factores externos						
Facilidad para obtener cita						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0041402	.1089166	-0.04	0.970	-.2176128	.2093324
No pertinen	-.104007	.3482054	-0.30	0.765	-.786477	.578463
Poco tiempo espera (sala espera)						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0073157	.096134	0.08	0.939	-.1811034	.1957349
No pertinen	.0068384	.3004746	0.02	0.982	-.582081	.5957578
Confort sala espera						
De acuerdo						
Desacuerdo	.089039	.1005634	0.89	0.376	-.1080616	.2861396
No pertinen	.0320825	.2997169	0.11	0.915	-.5553518	.6195168
Pocas Interrupciones consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0124483	.1109535	0.11	0.911	-.2050166	.2299133
No pertinen	.1614037	.2815644	0.57	0.566	-.3904524	.7132598
Comodidad consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1908035	.1789861	-1.07	0.286	-.5416098	.1600029
No pertinen	-.0103956	.2981893	-0.03	0.972	-.5948359	.5740447
Escala comunicación médico-paciente						
Apoyo_emoc	-.0078491	.0194489	-0.40	0.687	-.0459683	.03027
Explicaciones	.0238101	.0220107	1.08	0.279	-.0193301	.0669502
Escuchado	.0236885	.0382902	0.62	0.536	-.0513589	.098736
Esc_comunica	.0036556	.0098333	0.37	0.710	-.0156173	.0229284
x2_escuchado	.0017489	.0022205	0.79	0.431	-.0026032	.0061011
x2_comunic~n	.0000768	.0001466	0.52	0.600	-.0002104	.0003641
Cumplimiento expectativas del paciente						
Dar recetas						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0399738	.1582621	-0.25	0.801	-.3501619	.2702142
No pertinen.	-.1285997	.1814754	-0.71	0.479	-.484285	.2270855
Solicitar pruebas						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1405063	.1373696	-1.02	0.306	-.4097457	.1287331
No pertinen	-.1817376	.1044423	-1.74	0.082	-.3864407	.0229656
Enviar al especialista						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1928082	.1203225	-1.60	0.109	-.428636	.0430196
No pertinen.	-.2741812	.1053841	-2.60	0.009	-.4807303	-.067632
Dar la baja						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.311816	.3032863	-1.03	0.304	-.9062461	.2826142
No pertien.	.0729301	.1221258	0.60	0.550	-.1664322	.3122923

Tabla 66- Cont.5- Análisis bivariante de la escala de PENSAMIENTOS de FRACASO Y MALTRATO PROFESIONAL, del profesional en los encuentros difíciles

PENS_1_Frao_Maltra	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Escalas de emociones						
Desconf-Ira	.0482017	.00725	6.65	0.000	.0339919	.0624115
Impotencia	.0465747	.005078	9.17	0.000	.036622	.0565274
Ansiedad	.1010395	.0149176	6.77	0.000	.0718016	.1302774
Depresión	.1215322	.0150943	8.05	0.000	.0919479	.1511166
Inseguridad	.1145024	.0258096	4.44	0.000	.0639165	.1650883
Emoc. Posit.	.0357285	.0189669	1.88	0.060	-.001446	.0729029
lg_emoc_+	.3342837	.1436546	2.33	0.020	.0527259	.6158415
Difficult_~s	.0202561	.0020804	9.74	0.000	.0161786	.0243336
Escalas de pensamientos						
PENS_1_Fraca						
PENS_2_Desos	.0440819	.0051337	8.59	0.000	.0340201	.0541437
PENS_3_Bloqu	.0904789	.0111157	8.14	0.000	.0686925	.1122652
PENS_4_Búsqu	.1216363	.0206379	5.89	0.000	.0811867	.1620859
PENS_5_Recha	.1007567	.0158824	6.34	0.000	.0696276	.1318857
Difficult_~t	.0211284	.0019766	10.69	0.000	.0172543	.0250025
Personalidad del médico						
Neuroticismo	.0674703	.0398947	1.69	0.091	-.0107218	.1456625
Extraversión	-.0335169	.0324191	-1.03	0.301	-.0970571	.0300233
Impulsividad	-.0230486	.0610989	-0.38	0.706	-.1428003	.096703
lg_epi_impuls	-.100789	.2644232	-0.38	0.703	-.619049	.417471
Sociabilidad	-.0318693	.037025	-0.86	0.389	-.104437	.0406984
Bournout del médico						
Desgaste Emoc	.0444481	.0092683	4.80	0.000	.0262826	.0626136
Despersonali	.0836329	.0256268	3.26	0.001	.0334054	.1338605
lg_mbi_d	.9189002	.2482468	3.70	0.000	.4323455	1.405455
Realiz. Pers	-.0287525	.0207727	-1.38	0.166	-.0694662	.0119611
Ansiedad y Depresión del médico						
Ansiedad SI	.1698088	.2343775	0.72	0.469	-.2895626	.6291803
Depresión SI	.4698855	.2274753	2.07	0.039	.024042	.915729
Edad del Médico						
	.0579684	.0325834	1.78	0.075	-.0058939	.1218306
Sexo del Médico						
Mujer						
Hombre	.0241533	.2682841	0.09	0.928	-.5016738	.5499804
Apoyo social de familia y amigos del médico						
Buen apoyo	-.4593645	.1765066	-2.60	0.009	-.8053111	-.1134179
Acreditación docente						
SI	-.3468291	.2428244	-1.43	0.153	-.8227561	.129098
Residente de MTyC asignado						
SI	-.3795963	.2404343	-1.58	0.114	-.8508389	.0916464
Especialidad MFyC- MIR						
SI	-.3987935	.2433403	-1.64	0.101	-.8757317	.0781447

Tabla 66- Cont.6- Análisis bivariante de la escala de PENSAMIENTOS de FRACASO Y MALTRATO PROFESIONAL del profesional en los encuentros difíciles

PENS_1_Frao_Maltra	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Antigüedad con cupo de pacientes						
DE 0 a 4 años						
De 5 a 8 años	.2600222	.2585393	1.01	0.315	-.2467055	.7667499
De 9 a 14 año	-.2798945	.3687871	-0.76	0.448	-1.002704	.4429149
>= 15 años	.1645083	.4687411	0.35	0.726	-.7542072	1.083224
Acontecimientos vitales estresantes del médico						
Enf grave propia	.0057645	.6062391	0.01	0.992	-1.182442	1.193971
Enf grave familia	-.2322368	.2715794	-0.86	0.392	-.7645226	.300049
Fallecim padres, hijos, pareja	-.1245043	.3433358	-0.36	0.717	-.79743	.5484215
Fallecim amigos, familia	-.2070745	.368978	-0.56	0.575	-.9302582	.5161092
Separado, divorcio	-.1907647	.1259148	-1.52	0.130	-.4375531	.0560236
Ruptura relación						
Problema con amigos, familia, vecinos	-.0879904	.2596357	-0.34	0.735	-.596867	.4208863
Sin empleo > 1 mes						
Despedido trabajo						
Crisis económica	.966367	.1256139	7.69	0.000	.7201683	1.212566
Prob. Policía, justicia	.3081417	.1312752	2.35	0.019	.0508471	.5654364
Robo o pérdida de valor	-.0035822	.3117542	-0.01	0.991	-.6146092	.6074447

Tabla 67.- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de DESESPERACION del profesional en los encuentros difíciles

PENS_2_Desesp	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Día de la semana						
Lunes						
Martes	.0778276	.0537637	1.45	0.148	-.0275474	.1832026
Miércoles	.0974726	.0713637	1.37	0.172	-.0423976	.2373428
Jueves	.0920502	.079552	1.16	0.247	-.0638688	.2479692
Viernes	.0415437	.0573879	0.72	0.469	-.0709345	.154022
Turno mañana/tarde						
Mañana						
Tarde	.1459885	.0558984	2.61	0.009	.0364296	.2555473
Citas concert	-.0025579	.0047244	-0.54	0.588	-.0118176	.0067019
Nº citas val	.0034399	.0045661	0.75	0.451	-.0055096	.0123894
% citas val	.2249491	.2319826	0.97	0.332	-.2297285	.6796266
x3 % cit val	.0394739	.172939	0.23	0.819	-.2994803	.3784281
Edad paciente						
	.0032025	.0019134	1.67	0.094	-.0005478	.0069527
Sexo paciente						
Mujer						
Hombre	-.0255561	.0551753	-0.46	0.643	-.1336977	.0825855
Estado civil						
Casado						
Vive pareja	.2998674	.1210079	2.48	0.013	.0626962	.5370386
Divorc.separa	-.0657144	.1455993	-0.45	0.652	-.3510837	.219655
Viudo	-.053144	.1028414	-0.52	0.605	-.2547094	.1484214
Soltero	-.0129279	.0981097	-0.13	0.895	-.2052194	.1793636
Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro						
Grande						
Muy grande	.3446301	.1105184	3.12	0.002	.128018	.5612423
Extremo	.3579476	.1321282	2.71	0.007	.0989811	.6169142
Centro de salud						
El Palo						
Portada Alta	-.4088056	.457624	-0.89	0.372	-1.305732	.488121
Delicias	-.1129664	.0985978	-1.15	0.252	-.3062146	.0802819
San Andrés	.1495031	.1297487	1.15	0.249	-.1047996	.4038059
Federico Cast	-.3813422	.1511255	-2.52	0.012	-.6775427	-.0851416
El Valle	-.5969519	.200052	-2.98	0.003	-.9890465	-.2048572
Limonar	.0047018	.1185904	0.04	0.968	-.2277311	.2371347
San Felipe	.0788614	.1038015	0.76	0.447	-.1245857	.2823085
Ciudad						
Jaén						
Málaga	.2537496	.1263933	2.01	0.045	.0060233	.501476
Número motivos consulta según el médico						
Uno						
Más de uno	.1245817	.0689262	1.81	0.071	-.0105111	.2596746

Tabla 67- Cont.1- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de DESESPERACION del profesional en los encuentros difíciles

PENS_2_Desesp	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Motivos de consulta según médico						
Prob General	.0419461	.0820853	0.51	0.609	-.1189382	.2028304
Prob Respirat	.03412	.0843983	0.40	0.686	-.1312976	.1995375
Prob Locomot	-.1308539	.1228657	-1.07	0.287	-.3716663	.1099584
Prob Circula	.2323201	.0766074	3.03	0.002	.0821723	.3824679
Prob Psicoso	.0950078	.1137065	0.84	0.403	-.1278528	.3178685
Burcrático	.0166121	.0762275	0.22	0.827	-.1327909	.1660152
Seguim Clín	.0431356	.0937256	0.46	0.645	-.1405632	.2268345
Deriv/Anális	.057208	.0852827	0.67	0.502	-.1099431	.2243591
Motivo de pérdida de los pacientes no entrevistados						
Crecer de teléfono						
No localizab	-.3914218	.1947919	-2.01	0.044	-.773207	-.0096366
No desea part	-.1737119	.161882	-1.07	0.283	-.4909949	.1435711
No acude cita	-.4036419	.3173884	-1.27	0.203	-1.025712	.2184278
Otros	-.0236348	.1329184	-0.18	0.859	-.28415	.2368805
Desconocido	-.3605791	.3345527	-1.08	0.281	-1.01629	.295132
Entrevistados						
No						
Si	.0097394	.0901728	0.11	0.914	-.166996	.1864748
Petición Pruebas complementarias el día E.D.						
Si						
No	.0446613	.0847916	0.53	0.598	-.1215273	.2108498
Realizar derivaciones el día ED						
SI						
No	-.1839845	.0661357	-2.78	0.005	-.3136081	-.0543609
Realizar recetas el día del ED						
Si						
No	-.0730669	.0796189	-0.92	0.359	-.2291172	.0829834
Número de problemas de salud crónicos						
numprobl	.042001	.0144294	2.91	0.004	.0137198	.0702822
Morbilidad crónica						
Prob General	.1207963	.0811577	1.49	0.137	-.0382698	.2798624
Prob Hematol	.1704994	.0968492	1.76	0.078	-.0193215	.3603203
Prob Digestiv	.054074	.0640033	0.84	0.398	-.0713701	.1795182
Prob Ojos	.1433909	.0911603	1.57	0.116	-.03528	.3220617
Prob Oídos	.0313488	.1033864	0.30	0.762	-.171285	.2339825
Prob Circulat	.1579718	.060116	2.63	0.009	.0401467	.275797
Prob Locomot	.1969859	.0701691	2.81	0.005	.059457	.3345148
Prob S. Nerv.	.0413124	.0670847	0.62	0.538	-.0901713	.172796
Prob Psicolog	.1361339	.06481	2.10	0.036	.0091085	.2631592
Prob Respirat	-.0065041	.0897552	-0.07	0.942	-.1824211	.1694129
Prob Piel	.129881	.082943	1.57	0.117	-.0326842	.2924462
Prob End/meta	.0674347	.0607166	1.11	0.267	-.0515677	.186437
Prob Urinario	.0568829	.0856111	0.66	0.506	-.1109117	.2246775
Prob gen feme	-.0855014	.1070446	-0.80	0.424	-.2953049	.1243022
Prob gen masc	.1428357	.1150437	1.24	0.214	-.0826459	.3683173
Prob social	.2096396	.0830237	2.53	0.012	.0469161	.3723631
Prob psicococ	.1646097	.0671968	2.45	0.014	.0329064	.2963131

Tabla 67- Cont.2- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de DESESPERACION del profesional en los encuentros difíciles

PENS_2_Desesp	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Nº Visitas el año anterior						
visitas	.0079157	.0039087	2.03	0.043	.0002547	.0155766
lg_visitas	.1084835	.0556976	1.95	0.051	-.0006818	.2176488
Situación laboral del paciente						
Trabajando						
Paro	.1176573	.1343388	0.88	0.381	-.1456418	.3809565
Jubilado	.2360044	.104215	2.26	0.024	.0317467	.4402621
Incapacitado	.2088641	.1147418	1.82	0.069	-.0160257	.4337539
Cuida fam/hog	.2016874	.106565	1.89	0.058	-.0071761	.4105509
Estudiando	.0976385	.2713132	0.36	0.719	-.4341256	.6294026
Otros	-.4842831	.4901734	-0.99	0.323	-1.445005	.4764392
Tiempo sin trabajo remunerado						
Menos 1 año						
1 a 5 años	.166757	.1614978	1.03	0.302	-.1497728	.4832869
6 a 10 años	.2001792	.1872093	1.07	0.285	-.1667444	.5671027
Mas 11 años	.1905116	.1733368	1.10	0.272	-.1492222	.5302455
Nunca	.1133976	.1831964	0.62	0.536	-.2456607	.472456
Clase social del paciente						
I y II						
III	-.0546615	.1452159	-0.38	0.707	-.3392794	.2299564
IV	.0549734	.154307	0.36	0.722	-.2474626	.3574095
V	-.0319706	.1522841	-0.21	0.834	-.3304421	.2665008
VI	.0200459	.1584786	0.13	0.899	-.2905665	.3306583
Nº convivientes hogar						
numconvi	-.0247784	.0242807	-1.02	0.307	-.0723675	.0228108
r2_numconvi	-.068719	.0869961	-0.79	0.430	-.2392282	.1017903
Satisfacción con la convivencia hogar						
Muy o bastante satisfecho/a						
Satis/Insati	-.0569869	.0773469	-0.74	0.461	-.208584	.0946102
Bastante insa	.0642196	.0943144	0.68	0.496	-.1206332	.2490724
Muy Insatisf	.0728403	.1782296	0.41	0.683	-.2764833	.422164
Cualificación académica						
No sabe leer ni escribir						
Sin estudios	-.0836144	.0876906	-0.95	0.340	-.2554848	.0882559
E. Primarios	-.1397505	.1308571	-1.07	0.286	-.3962258	.1167248
E. Secundario	-.2012292	.150981	-1.33	0.183	-.4971465	.0946881
E. Superiore	.0174351	.1729517	0.10	0.920	-.3215441	.3564143
Satisfacción con economía						
Vive cómodamente						
Vive bien	-.0246855	.1107982	-0.22	0.824	-.241846	.1924749
Dif Económic	-.0884528	.1250975	-0.71	0.480	-.3336395	.1567339
Muchas difi	.0766111	.1462093	0.52	0.600	-.2099538	.363176
Padece enf./ minusvalía crónica						
Si						
No	-.0242695	.0813599	-0.30	0.765	-.183732	.1351929
Salud General						
Excelente, muy buena, buena						
Regular	.087531	.0863793	1.01	0.311	-.0817694	.2568314
Mala	.0738696	.1115914	0.66	0.508	-.1448454	.2925847

Tabla 67- Cont.3- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de DESESPERACION del profesional en los encuentros difíciles

PENS_2_Desesp	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Calidad de vida general						
Muy buena, buena						
Ni buen/mala	.1902524	.0646228	2.94	0.003	.0635941	.3169107
Mala	.1811407	.0960942	1.89	0.059	-.0072005	.369482
Muy mala	-.0387187	.1474087	-0.26	0.793	-.3276344	.2501969
Calidad de vida relacionada con la Salud física						
	-.00244	.0029316	-0.83	0.405	-.0081858	.0033059
Calidad de vida relacionada con la salud mental						
	.0017828	.0023587	0.76	0.450	-.0028402	.0064057
Número de días desde el encuentro						
Menos de 7 días						
7 días	.0906031	.0951556	0.95	0.341	-.0958985	.2771046
Número de problemas consultados según paciente						
Uno						
Más de uno	-.0535341	.0571813	-0.94	0.349	-.1656074	.0585392
Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente						
Prob Psicolg	.0389833	.0712075	0.55	0.584	-.1005808	.1785475
Prob Social	-.0602613	.3076132	-0.20	0.845	-.6631721	.5426496
Prob Psicoso	.0260946	.0622287	0.42	0.675	-.0958715	.1480606
Prob General	.0120504	.107528	0.11	0.911	-.1987007	.2228014
Prob Respirat	-.0411608	.0731935	-0.56	0.574	-.1846173	.1022958
Prob Locomot	.1104257	.0737605	1.50	0.134	-.0341422	.2549936
Prob Ciculat	.1392155	.1269578	1.10	0.273	-.1096172	.3880482
Burocrático	-.0948497	.0798358	-1.19	0.235	-.251325	.0616257
Seguim Enferm	-.0009556	.0741299	-0.01	0.990	-.1462476	.1443364
Deriv/Anális	-.0594657	.0996956	-0.60	0.551	-.2548655	.1359341
Número de problemas nuevos consultados						
Ninguno						
Uno	-.0861346	.0679796	-1.27	0.205	-.2193721	.0471029
Más de uno	-.1927279	.1580878	-1.22	0.223	-.5025743	.1171184
Puntuación malestar emocional del paciente en el encuentro						
Sin dificultad						
Con Dificult	-.0640336	.0996057	-0.64	0.520	-.2592572	.13119
Ansiedad del paciente						
SI	.0159257	.0668794	0.24	0.812	-.1151556	.147007
Depresión del paciente						
SI	.0749077	.0998725	0.75	0.453	-.1208388	.2706543
Apoyo social familia y amigos del paciente						
Buen apoyo						
	.066563	.0712722	0.93	0.350	-.073128	.206254
Acontecimientos vitales estresantes paciente						
Ninguno						
Uno	.1210115	.09139	1.32	0.185	-.0581096	.3001325
Dos	.1406695	.0863466	1.63	0.103	-.0285667	.3099057
Tres	.1879342	.0888101	2.12	0.034	.0138695	.3619988
Más de 4	-.051562	.1479918	-0.35	0.728	-.3416205	.2384965

Tabla 67- Cont.4- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de DESESPERACION del profesional en los encuentros difíciles

PENS_2_Desesp	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Factores externos						
Facilidad para obtener cita						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0563524	.066601	-0.85	0.397	-.1868879	.0741831
No pertinen	-.2017615	.0859099	-2.35	0.019	-.3701418	-.0333812
Poco tiempo espera (sala espera)						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0269386	.0601729	0.45	0.654	-.0909981	.1448753
No pertinen	-.053401	.2919999	-0.18	0.855	-.6257104	.5189084
Confort sala espera						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0246105	.064784	0.38	0.704	-.1023637	.1515848
No pertinen	-.0563408	.2916517	-0.19	0.847	-.6279677	.5152861
Pocas Interrupciones consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0804398	.0710867	-1.13	0.258	-.2197671	.0588876
No pertinen	.0751812	.1916136	0.39	0.695	-.3003745	.450737
Comodidad consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1923333	.1269014	-1.52	0.130	-.4410555	.056389
No pertinen	-.0783549	.2911345	-0.27	0.788	-.648968	.4922583
Escala comunicación médico-paciente						
Apoyo_emoc	.0057456	.0124365	0.46	0.644	-.0186295	.0301208
Fase resoluti	.0189003	.0137993	1.37	0.171	-.008146	.0459465
Satis. global	.0318631	.0213407	1.49	0.135	-.0099638	.0736901
Escala comun.	.0066494	.0060576	1.10	0.272	-.0052234	.0185221
x2_Sat.Globo.	.001939	.0012193	1.59	0.112	-.0004507	.0043288
x2_Esc. Comu.	.0001025	.0000872	1.17	0.240	-.0000685	.0002734
Cumplimiento expectativas del paciente						
Dar recetas						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0271378	.0901564	0.30	0.763	-.1495655	.2038412
No pertinen	-.0796233	.1196209	-0.67	0.506	-.314076	.1548293
Solicitar pruebas						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0968917	.0938987	-1.03	0.302	-.2809298	.0871463
No pertinen	-.1350461	.0642006	-2.10	0.035	-.2608769	-.0092152
Enviar al especialista						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1452625	.0803122	-1.81	0.070	-.3026714	.0121464
No pertinen	-.1941892	.0634938	-3.06	0.002	-.3186348	-.0697436
Dar la baja						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.104688	.2000443	-0.52	0.601	-.4967677	.2873916
No pertinen	.1049973	.0768806	1.37	0.172	-.0456859	.2556806

Tabla 67- Cont.5- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de DESESPERACION del profesional en los encuentros difíciles

PENS_2_Desesp	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Escalas de emociones						
Desconf-Ira	.0257048	.0038448	6.69	0.000	.0181692	.0332404
Impotencia	.0261086	.0025857	10.10	0.000	.0210406	.0311766
Ansiedad	.0530937	.0090317	5.88	0.000	.0353919	.0707956
Depresión	.0518227	.008547	6.06	0.000	.0350709	.0685744
Inseguridad	.0603167	.0134642	4.48	0.000	.0339275	.086706
Emoc. Posit.	.0147501	.0098522	1.50	0.134	-.0045598	.0340601
lg_emoc_+	.1438433	.0697357	2.06	0.039	.0071638	.2805228
Difficult_~s	.0854798	.0097177	8.80	0.000	.0664334	.1045261
Escalas de pensamientos						
PENS_1_Fraca	.0207927	.0032497	6.40	0.000	.0144234	.027162
PENS_2_Desesp						
PENS_3_Bloqu	.0479401	.0064725	7.41	0.000	.0352542	.0606261
PENS_4_Búsqu	.0613766	.0118356	5.19	0.000	.0381793	.084574
PENS_5_Recha	.0598166	.0091198	6.56	0.000	.0419422	.077691
Difficult_~t	.1051189	.0111245	9.45	0.000	.0833153	.1269225
Personalidad del médico						
Neuroticismo	.035976	.0189867	1.89	0.058	-.0012371	.0731892
Extraversión	-.0145566	.0191531	-0.76	0.447	-.052096	.0229828
Impulsividad	-.0243442	.0415125	-0.59	0.558	-.1057071	.0570188
lg_epi_impuls	-.0869506	.1638713	-0.53	0.596	-.4081325	.2342313
Sociabilidad	-.009616	.0179979	-0.53	0.593	-.0448913	.0256593
Bournout del médico						
Desgaste Emoc	.0213671	.0049372	4.33	0.000	.0116903	.0310438
Despersonali	.0329518	.0159967	2.06	0.039	.0015988	.0643047
lg_mbi_d	.4163911	.1511778	2.75	0.006	.120088	.7126942
Realiz. Pers	-.0138958	.0101308	-1.37	0.170	-.0337518	.0059601
Ansiedad y Depresión del médico						
Ansiedad SI	.042357	.1360577	0.31	0.756	-.2243113	.3090253
Depresión SI	.3483464	.1186288	2.94	0.003	.1158382	.5808545
Edad del Médico						
	.0579684	.0325834	1.78	0.075	-.0058939	.1218306
Sexo del Médico						
Mujer						
Hombre	.0241533	.2682841	0.09	0.928	-.5016738	.5499804
Apoyo social de familia y amigos del médico						
Buen apoyo	-.2740177	.0888637	-3.08	0.002	-.4481874	-.099848
Acreditación docente						
SI	-.2343486	.1346103	-1.74	0.082	-.4981798	.0294827
Residente de MFyC asignado						
SI	-.2607463	.1329154	-1.96	0.050	-.5212557	-.0002369
Especialidad MFyC- MIR						
SI	-.1779747	.1342546	-1.33	0.185	-.4411088	.0851594

Tabla 67- Cont.6- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de DESESPERACION del profesional en los encuentros difíciles

PENS_2_Desesp	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Antigüedad con cupo de pacientes						
DE 0 a 4 años						
De 5 a 8 años	.026748	.1494829	0.18	0.858	-.2662331	.3197291
De 9 a 14 año	-.2631618	.1807037	-1.46	0.145	-.6173345	.0910109
>= 15 años	-.1250352	.2492152	-0.50	0.616	-.613488	.3634176
Acontecimientos vitales estresantes del médico						
Enf grave propia						
	-.197383	.3687909	-0.54	0.593	-.9201998	.5254338
Enf grave familia						
	-.1758273	.1723136	-1.02	0.308	-.5135557	.1619011
Fallecim padres, hijos, pareja						
	-.0633691	.2221777	-0.29	0.775	-.4988293	.3720912
Fallecim amigos, familia						
	-.2087206	.2232229	-0.94	0.350	-.6462294	.2287882
Separado, divorcio						
	.1303483	.069981	1.86	0.063	-.0068119	.2675084
Ruptura relación						
Problema con amigos, familia, vecinos						
	.1093727	.1139577	0.96	0.337	-.1139802	.3327256
Sin empleo > 1 mes						
Despedido trabajo						
Crisis económica	.4704519	.0697758	6.74	0.000	.3336938	.6072099
Prob. Policía, justicia	.1742356	.0720796	2.42	0.016	.0329622	.315509
Robo o pérdida de valor						
	.0071317	.1597383	0.04	0.964	-.3059496	.320213

Tabla 68.- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de BLOQUEO RELACIONAL del profesional en los encuentros difíciles

PENS_3_bloq_emoc	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Día de la semana						
Lunes						
Martes	-.0119527	.0797097	-0.15	0.881	-.1681809	.1442754
Miércoles	.0080638	.0775232	0.10	0.917	-.1438789	.1600066
Jueves	.0224777	.0921054	0.24	0.807	-.1580455	.2030009
Viernes	.0238038	.084483	0.28	0.778	-.1417798	.1893875
Turno mañana/tarde						
Mañana						
Tarde	.1531776	.0653316	2.34	0.019	.0251299	.2812252
Citas concert	.0041447	.0055339	0.75	0.454	-.0067016	.014991
Nº citas val	.0046606	.0050276	0.93	0.354	-.0051933	.0145146
% citas val	.1842242	.2576874	0.71	0.475	-.3208338	.6892823
x3 % cit val	.0227776	.2032809	0.11	0.911	-.3756456	.4212008
Edad paciente	.0000682	.0020811	0.03	0.974	-.0040107	.0041471
Sexo paciente						
Mujer						
Hombre	.0512134	.0771321	0.66	0.507	-.0999628	.2023895
Estado civil						
Casado						
Vive pareja	.5545903	.1127492	4.92	0.000	.333606	.7755747
Divorc.separa	-.0253089	.1695266	-0.15	0.881	-.3575751	.3069572
Viudo	-.2340933	.1252188	-1.87	0.062	-.4795176	.0113311
Soltero	-.1480181	.1560824	-0.95	0.343	-.453934	.1578978
Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro						
Grande						
Muy grande	.305744	.1219156	2.51	0.012	.0667938	.5446942
Extremo	.4504276	.1469162	3.07	0.002	.1624771	.7383782
Centro de salud						
El Palo						
Portada Alta	-.279205	.4181658	-0.67	0.504	-1.098795	.540385
Delicias	.0975244	.1964149	0.50	0.620	-.2874417	.4824905
San Andrés	.4547642	.2322544	1.96	0.050	-.000446	.9099744
Federico Cast	-.280184	.2168228	-1.29	0.196	-.7051488	.1447808
El Valle	-.4006178	.269698	-1.49	0.137	-.9292162	.1279806
Limonar	.1622395	.1905148	0.85	0.394	-.2111626	.5356416
San Felipe	.2331722	.1834506	1.27	0.204	-.1263844	.5927288
Ciudad						
Jaén						
Málaga	.2502199	.1554382	1.61	0.107	-.0544334	.5548732
Número motivos consulta según el médico						
Uno						
Más de uno	.0755647	.0798173	0.95	0.344	-.0808744	.2320038

Tabla 68- Cont.1- Análisis bivariante de la escala de PENSAMIENTOS de BLOQUEO RELACIONAL del profesional en los encuentros difíciles

PENS_3_bloq_emoc	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Motivos de consulta según médico						
Prob General	-.000806	.1025821	-0.01	0.994	-.2018632	.2002513
Prob Respirat	-.0470254	.1355211	-0.35	0.729	-.3126419	.2185911
Prob Locomot	-.1143823	.1282582	-0.89	0.372	-.3657637	.136999
Prob Circula	.0242233	.1116151	0.22	0.828	-.1945384	.2429849
Prob Psicoso	.0315976	.1235305	0.26	0.798	-.2105178	.2737129
Burcrático	.0446118	.0877546	0.51	0.611	-.127384	.2166076
Seguim Clín	.0475759	.0939873	0.51	0.613	-.1366359	.2317876
Deriv/Anális	.1761635	.1073969	1.64	0.101	-.0343305	.3866574
Motivo de pérdida de los pacientes no entrevistados						
Crecer de teléfono						
No localizab	-.2711528	.2365147	-1.15	0.252	-.734713	.1924075
No desea part	-.0330178	.1900683	-0.17	0.862	-.4055447	.3395092
No acude cita	-.3215836	.3239908	-0.99	0.321	-.956594	.3134268
Otros	.1013525	.1860906	0.54	0.586	-.2633784	.4660834
Desconocido	-.1392621	.372328	-0.37	0.708	-.8690116	.5904875
Entrevistados						
No						
Si	.0204419	.1018185	0.20	0.841	-.1791187	.2200025
Petición Pruebas complementarias el día E.D.						
Si						
No	.0674523	.124744	0.54	0.589	-.1770414	.3119461
Realizar derivaciones el día ED						
SI						
No	-.2357573	.0754949	-3.12	0.002	-.3837246	-.08779
Realizar recetas el día del ED						
Si						
No	.0368961	.0866023	0.43	0.670	-.1328413	.2066335
Número de problemas de salud crónicos						
numprobl	.0111225	.0170573	0.65	0.514	-.0223091	.0445541
Morbilidad crónica						
Prob General	.1877403	.099848	1.88	0.060	-.0079582	.3834387
Prob Hematol	.1725421	.1501518	1.15	0.251	-.1217501	.4668343
Prob Digestiv	-.0179561	.0853014	-0.21	0.833	-.1851437	.1492315
Prob Ojos	.0024972	.1217444	0.02	0.984	-.2361175	.2411118
Prob Oídos	.117737	.1422968	0.83	0.408	-.1611595	.3966336
Prob Circulat	.0478577	.0722273	0.66	0.508	-.0937052	.1894206
Prob Locomot	.1614473	.0841013	1.92	0.055	-.0033883	.3262829
Prob S. Nerv.	-.0140426	.0996637	-0.14	0.888	-.2093798	.1812947
Prob Psicolog	.0649937	.0840448	0.77	0.439	-.099731	.2297184
Prob Respirat	-.0962323	.1168218	-0.82	0.410	-.3251988	.1327343
Prob Piel	.0653545	.1318586	0.50	0.620	-.1930836	.3237925
Prob End/meta	-.0279522	.0781831	-0.36	0.721	-.1811883	.1252838
Prob Urinario	-.0718648	.0939556	-0.76	0.444	-.2560145	.1122848
Prob gen feme	-.0049681	.0967466	-0.05	0.959	-.194588	.1846518
Prob gen masc	.1682917	.1761274	0.96	0.339	-.1769116	.5134951
Prob social	.2049972	.1207127	1.70	0.089	-.0315954	.4415898
Prob psicoc	.0942457	.0855068	1.10	0.270	-.0733446	.261836

Tabla 68- Cont.2- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de BLOQUEO RELACIONAL del profesional en los encuentros difíciles

PENS_3_bloq_emoc	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Nº Visitas el año anterior						
visitas	-.0003005	.0049772	-0.06	0.952	-.0100557	.0094547
lg_visitas	.0004968	.0675922	0.01	0.994	-.1319815	.1329751
Situación laboral del paciente						
Trabajando						
Paro	-.0312992	.1910697	-0.16	0.870	-.405789	.3431906
Jubilado	.0361994	.1154653	0.31	0.754	-.1901085	.2625072
Incapacitado	.0682473	.1269146	0.54	0.591	-.1805007	.3169954
Cuida fam/hog	.0729264	.1144136	0.64	0.524	-.1513202	.297173
Estudiando	-.4711657	.4955913	-0.95	0.342	-1.442507	.5001754
Otros	-.8866812	.1784635	-4.97	0.000	-1.236463	-.5368992
Tiempo sin trabajo remunerado						
Menos 1 año						
1 a 5 años	.0990848	.141471	0.70	0.484	-.1781932	.3763628
6 a 10 años	-.0744901	.2139381	-0.35	0.728	-.493801	.3448209
Mas 11 años	.0196623	.1517688	0.13	0.897	-.2777991	.3171237
Nunca	-.0580883	.1825648	-0.32	0.750	-.4159088	.2997321
Clase social del paciente						
I y II						
III	-.0469051	.217943	-0.22	0.830	-.4740655	.3802552
IV	.0561329	.2152156	0.26	0.794	-.365682	.4779477
V	-.0992665	.1995057	-0.50	0.619	-.4902905	.2917575
VI	-.1256283	.2237913	-0.56	0.575	-.5642513	.3129947
Nº convivientes hogar						
numconvi	.0162316	.0260255	0.62	0.533	-.0347775	.0672406
r2_numconvi	.0869275	.0944485	0.92	0.357	-.0981882	.2720431
Satisfacción con la convivencia hogar						
Muy o bastante satisfecho/a						
Satis/Insati	-.1381098	.0861177	-1.60	0.109	-.3068974	.0306777
Bastante insa	-.1186406	.1403101	-0.85	0.398	-.3936434	.1563621
Muy Insatisf	.1182691	.2205042	0.54	0.592	-.3139112	.5504494
Cualificación académica						
No sabe leer ni escribir						
Sin estudios	.0689169	.1318352	0.52	0.601	-.1894754	.3273092
E. Primarios	.0047007	.1710121	0.03	0.978	-.3304769	.3398783
E. Secundario	.0485526	.2063601	0.24	0.814	-.3559057	.4530109
E. Superiore	.1800536	.2242052	0.80	0.422	-.2593806	.6194877
Satisfacción con economía						
Vive cómodamente						
Vive bien	.0783467	.1528899	0.51	0.608	-.2213119	.3780054
Dif Económic	-.1052829	.1888616	-0.56	0.577	-.4754448	.264879
Muchas difi	.1959172	.2022371	0.97	0.333	-.2004602	.5922946
Padece enf./ minusvalía crónica						
Si						
No	.0509683	.1110337	0.46	0.646	-.1666537	.2685904
Salud General						
Excelente, muy buena, buena						
Regular	-.0585154	.1140211	-0.51	0.608	-.2819926	.1649619
Mala	-.1251631	.131467	-0.95	0.341	-.3828338	.1325075

Tabla 68- Cont.3- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de BLOQUEO RELACIONAL del profesional en los encuentros difíciles

PENS_3_bloq_emoc	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Calidad de vida general						
Muy buena, buena						
Ni buen/mala	.1461213	.1109902	1.32	0.188	-.0714154	.3636581
Mala	.0811337	.1333357	0.61	0.543	-.1801995	.3424668
Muy mala	-.1770344	.1895091	-0.93	0.350	-.5484654	.1943967
Calidad de vida relacionada con la Salud física						
	.0004795	.0034574	0.14	0.890	-.0062969	.0072559
Calidad de vida relacionada con la salud mental						
	.0061326	.0030146	2.03	0.042	.0002241	.0120411
Número de días desde el encuentro						
menos días						
7 días	.1942636	.1181245	1.64	0.100	-.0372562	.4257834
Número de problemas consultados según paciente						
Uno						
Más de uno	-.0193314	.0813361	-0.24	0.812	-.1787473	.1400844
Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente						
Prob Psicolg	.0279444	.0902693	0.31	0.757	-.1489801	.2048689
Prob Social	.0414908	.2520546	0.16	0.869	-.4525271	.5355086
Prob Psicoso	.030423	.0850325	0.36	0.721	-.1362376	.1970835
Prob General	-.0929648	.1133638	-0.82	0.412	-.3151536	.1292241
Prob Respirat	.0132658	.0986421	0.13	0.893	-.1800691	.2066008
Prob Locomot	.1656534	.0895711	1.85	0.064	-.0099027	.3412096
Prob Ciculat	.0565578	.21937	0.26	0.797	-.3733994	.4865151
Burcrático	-.0863468	.0957869	-0.90	0.367	-.2740857	.1013921
Seguim Enferm	-.1367605	.1315713	-1.04	0.299	-.3946355	.1211144
Deriv/Anális	.0778336	.1513839	0.51	0.607	-.2188734	.3745405
Número de problemas nuevos consultados						
Ninguno						
Uno	-.0901272	.096995	-0.93	0.353	-.2802339	.0999796
Más de uno	-.0651978	.2928197	-0.22	0.824	-.6391138	.5087182
Puntuación malestar emocional del paciente en el encuentro						
Sin dificultad						
Con Dificult	.0710463	.1181599	0.60	0.548	-.1605429	.3026355
Ansiedad del paciente						
SI	.0025934	.0857036	0.03	0.976	-.1653825	.1705694
Depresión del paciente						
SI	-.0203956	.1285329	-0.16	0.874	-.2723154	.2315242
Apoyo social familia y amigos del paciente						
Buen apoyo	.1433572	.0829219	1.73	0.084	-.0191668	.3058812
Acontecimientos vitales estresantes paciente						
Ninguno						
Uno	.1787514	.120384	1.48	0.138	-.0571968	.4146997
Dos	-.0050492	.1339529	-0.04	0.970	-.2675922	.2574937
Tres	.0465396	.1452647	0.32	0.749	-.2381741	.3312532
Más de 4	-.1021205	.1837853	-0.56	0.578	-.4623331	.2580921

Tabla 68- Cont.4- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de BLOQUEO RELACIONAL del profesional en los encuentros difíciles

PENS_3_bloq_emoc	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Factores externos						
Facilidad para obtener cita						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0814464	.0857218	-0.95	0.342	-.249458	.0865653
No pertinen	-.3198097	.2658177	-1.20	0.229	-.8408028	.2011835
Poco tiempo espera (sala espera)						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.041038	.0800513	-0.51	0.608	-.1979357	.1158597
No pertinen	-.4069918	.324785	-1.25	0.210	-1.043559	.2295751
Confort sala espera						
De acuerdo						
Desacuerdo	.1036368	.0809733	1.28	0.201	-.0550679	.2623414
No pertinen	-.35856	.3246845	-1.10	0.269	-.9949298	.2778099
Pocas Interrupciones consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0148335	.0977288	0.15	0.879	-.1767114	.2063783
No pertinen	-.0588405	.2874868	-0.20	0.838	-.6223042	.5046232
Comodidad consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0785524	.1407652	-0.56	0.577	-.3544472	.1973423
No pertinen	-.3975255	.3237602	-1.23	0.220	-1.032084	.2370329
Escala comunicación médico-paciente						
Apoyo_emoc	-.0213471	.0148473	-1.44	0.150	-.0504473	.0077532
Fase resoluti	-.0029852	.0158669	-0.19	0.851	-.0340838	.0281134
Satis. global	-.0042868	.0280284	-0.15	0.878	-.0592214	.0506478
Escala comun.	-.0055721	.0070945	-0.79	0.432	-.0194771	.0083328
x2_Sat.Globo.	-.0000101	.0016273	-0.01	0.995	-.0031996	.0031794
x2_Esc. comun	-.0000692	.0001028	-0.67	0.501	-.0002707	.0001323
Cumplimiento expectativas del paciente						
Dar recetas						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0613965	.1176627	0.52	0.602	-.1692181	.2920112
No pertinen	-.0336686	.1591894	-0.21	0.832	-.3456741	.2783369
Solicitar pruebas						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0117436	.1144965	-0.10	0.918	-.2361525	.2126653
No pertinen	-.1179471	.0846952	-1.39	0.164	-.2839466	.0480524
Enviar al especialista						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0894142	.1065308	-0.84	0.401	-.2982107	.1193822
No pertinen	-.143355	.0839036	-1.71	0.088	-.307803	.021093
Dar la baja						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.495712	.3100253	-1.60	0.110	-1.10335	.1119265
No pertien	.0698633	.0862111	0.81	0.418	-.0991073	.2388339

Tabla 68- Cont.5- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de BLOQUEO RELACIONAL del profesional en los encuentros difíciles

PENS_3_bloq_emoc	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Escalas de emociones						
Desconf-Ira	.0410661	.0048425	8.48	0.000	.0315749	.0505572
Impotencia	.0328944	.003431	9.59	0.000	.0261697	.0396191
Ansiedad	.0660717	.0111138	5.94	0.000	.044289	.0878544
Depresión	.0620918	.0102992	6.03	0.000	.0419058	.0822778
Inseguridad	.0796857	.0176292	4.52	0.000	.0451331	.1142384
Emoc. Posit.	.0046311	.0130608	0.35	0.723	-.0209676	.0302298
lg_emoc_+	.1049347	.0958364	1.09	0.274	-.0829013	.2927707
Difficult_~s	.0141837	.0014233	9.97	0.000	.0113941	.0169732
Escalas de pensamientos						
PENS_1_Fraca	.0275308	.0039701	6.93	0.000	.0197495	.0353121
PENS_2_Deses	.0318161	.0034885	9.12	0.000	.0249788	.0386534
PENS_3_Bloqu						
PENS_4_Búsqu	.0722164	.0167427	4.31	0.000	.0394014	.1050315
PENS_5_Recha	.0778723	.0106325	7.32	0.000	.0570329	.0987116
Difficult_~t	.0139717	.0013785	10.14	0.000	.0112698	.0166736
Personalidad del médico						
Neuroticismo	.0357825	.0236609	1.51	0.130	-.0105921	.0821571
Extraversión	-.0307589	.0223599	-1.38	0.169	-.0745835	.0130657
Impulsividad	-.0195629	.0480169	-0.41	0.684	-.1136743	.0745485
lg_epi_impuls	-.0673693	.1893311	-0.36	0.722	-.4384515	.3037129
Sociabilidad	-.029943	.0225016	-1.33	0.183	-.0740453	.0141593
Bournout del médico						
Desgaste Emoc	.0297768	.0055429	5.37	0.000	.018913	.0406407
Despersonali	.0453523	.0188451	2.41	0.016	.0084165	.0822881
lg_mbi_d	.5631591	.1696034	3.32	0.001	.2307426	.8955756
Realiz. Pers	-.0249973	.0123763	-2.02	0.043	-.0492544	-.0007403
Ansiedad y Depresión del médico						
Ansiedad SI	.0579879	.1597285	0.36	0.717	-.2550743	.37105
Depresión SI	.4516122	.1378365	3.28	0.001	.1814576	.7217668
Edad del Médico						
	.0000682	.0020811	0.03	0.974	-.0040107	.0041471
Sexo del Médico						
Mujer						
Hombre	-.0104947	.1775642	-0.06	0.953	-.3585141	.3375247
Apoyo social de familia y amigos del médico						
Buen apoyo	-.3228947	.1387381	-2.33	0.020	-.5948163	-.050973
Acreditación docente						
SI	-.3232025	.1608077	-2.01	0.044	-.6383797	-.0080252
Residente de MFyC asignado						
SI	-.3489848	.1590373	-2.19	0.028	-.6606923	-.0372774
Especialidad MFyC- MIR						
SI	-.3010773	.157634	-1.91	0.056	-.6100343	.0078797

Tabla 68- Cont.6- Análisis bivariante de la escala de PENSAMIENTOS de BLOQUEO RELACIONAL del profesional en los encuentros difíciles

PENS_3_bloq_emoc	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Antigüedad con cupo de pacientes						
DE 0 a 4 años						
De 5 a 8 años	.0201567	.176117	0.11	0.909	-.3250263	.3653397
De 9 a 14 año	-.3597318	.2171029	-1.66	0.098	-.7852456	.065782
>= 15 años	-.0375846	.3031465	-0.12	0.901	-.6317408	.5565716
Acontecimientos vitales estresantes del médico						
Enf grave propia						
	-.0673274	.4308686	-0.16	0.876	-.9118143	.7771596
Enf grave familia						
	-.2340599	.203259	-1.15	0.250	-.6324402	.1643204
Fallecim padres, hijos, pareja						
	-.0516569	.2556808	-0.20	0.840	-.5527821	.4494683
Fallecim amigos, familia						
	-.1610032	.2746954	-0.59	0.558	-.6993963	.3773898
Separado, divorcio						
	.1228062	.084162	1.46	0.145	-.0421484	.2877608
Ruptura relación						
Problema con amigos, familia, vecinos						
	.0384324	.1473539	0.26	0.794	-.2503759	.3272406
Sin empleo > 1 mes						
Despedido trabajo						
Crisis económica						
	.5508788	.0841387	6.55	0.000	.3859699	.7157876
Prob. Policía, justicia						
	.1442756	.086931	1.66	0.097	-.0261061	.3146573
Robo o pérdida de valor						
	-.0729844	.2063339	-0.35	0.724	-.4773913	.3314225

Tabla 69.- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de CUESTIONAR SOLUCIONES del profesional en los encuentros difíciles

PENS_4_Bus_Soluc.	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Día de la semana						
Lunes						
Martes	-.0447547	.0872751	-0.51	0.608	-.2158108	.1263013
Miércoles	.0003962	.099672	0.00	0.997	-.1949574	.1957498
Jueves	.0504066	.0751494	0.67	0.502	-.0968834	.1976967
Viernes	.085498	.0828787	1.03	0.302	-.0769413	.2479372
Turno mañana/tarde						
Mañana						
Tarde	-.0073642	.083086	-0.09	0.929	-.1702097	.1554813
Citas concert	.0003613	.005668	0.06	0.949	-.0107479	.0114705
Nº citas val	.0032918	.0051461	0.64	0.522	-.0067944	.013378
% citas val	.1365366	.2647184	0.52	0.606	-.3823021	.6553752
x3 % cit val	-.0119648	.2088737	-0.06	0.954	-.4213498	.3974202
Edad paciente	-.0001623	.0023809	-0.07	0.946	-.0048288	.0045041
Sexo paciente						
Mujer						
Hombre	-.100339	.0898239	-1.12	0.264	-.2763906	.0757126
Estado civil						
Casado						
Vive pareja	.2115254	.2095386	1.01	0.313	-.1991628	.6222135
Divorc.separa	.1179993	.2435717	0.48	0.628	-.3593924	.5953911
Viudo	-.2078345	.127481	-1.63	0.103	-.4576927	.0420237
Soltero	-.0198566	.1521827	-0.13	0.896	-.3181292	.2784159
Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro						
Grande						
Muy grande	.3102351	.1329657	2.33	0.020	.049627	.5708431
Extremo	.2383608	.1653284	1.44	0.149	-.0856769	.5623984
Centro de salud						
El Palo						
Portada Alta	-.063579	.4165752	-0.15	0.879	-.8800513	.7528933
Delicias	-.6486954	.3580127	-1.81	0.070	-1.350387	.0529966
San Andrés	.2404055	.4078945	0.59	0.556	-.5590531	1.039864
Federico Cast	-.3328729	.2608743	-1.28	0.202	-.8441771	.1784314
El Valle	-.1479201	.319308	-0.46	0.643	-.7737523	.477912
Limonar	.0602978	.1876163	0.32	0.748	-.3074234	.428019
San Felipe	.1539466	.2003903	0.77	0.442	-.2388112	.5467044
Ciudad						
Jaén						
Málaga	.1526128	.1769287	0.86	0.388	-.1941611	.4993868
Número motivos consulta según el médico						
Uno						
Más de uno	.0850054	.0992917	0.86	0.392	-.1096027	.2796135

Tabla 69- Cont.1- Análisis bivariante de la escala de PENSAMIENTOS de CUESTIONAR SOLUCIONES del profesional en los encuentros difíciles

PENS_4_Bus_Soluc.	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Motivos de consulta según médico						
Prob General	.1762859	.1026986	1.72	0.086	-.0249997	.3775716
Prob Respirat	.0809149	.0971356	0.83	0.405	-.1094674	.2712971
Prob Locomot	-.047798	.1484551	-0.32	0.747	-.3387647	.2431686
Prob Circula	-.0715463	.1260171	-0.57	0.570	-.3185353	.1754427
Prob Psicoso	.1987633	.118726	1.67	0.094	-.0339354	.431462
Burcrático	-.0726745	.0928536	-0.78	0.434	-.2546642	.1093152
Seguim Clín	-.0745756	.1508833	-0.49	0.621	-.3703013	.2211502
Deriv/Anális	-.1473774	.1519289	-0.97	0.332	-.4451526	.1503978
Motivo de pérdida de los pacientes no reclutados						
Crecer de teléfono						
No localizab	-.244007	.2409482	-1.01	0.311	-.7162568	.2282428
No desea part	-.0166209	.2235037	-0.07	0.941	-.4546801	.4214383
No acude cita	-.4010108	.2744704	-1.46	0.144	-.938963	.1369414
Otros	-.205444	.2415607	-0.85	0.395	-.6788942	.2680062
Desconocido	.0887955	.4112279	0.22	0.829	-.7171964	.8947874
Reclutados						
No						
Si	-.161219	.1239014	-1.30	0.193	-.4040612	.0816233
Petición Pruebas complementarias el día E.D.						
Si						
No	.2835542	.1375208	2.06	0.039	.0140184	.5530901
Realizar derivaciones el día ED						
SI						
No	.0452843	.1111325	0.41	0.684	-.1725313	.2631
Realizar recetas el día del ED						
Si						
No	-.0913631	.0827916	-1.10	0.270	-.2536317	.0709055
Número de problemas de salud crónicos						
numprobl	.0157353	.0177594	0.89	0.376	-.0190724	.050543
Morbilidad crónica						
Prob General	-.0476021	.0987589	-0.48	0.630	-.2411659	.1459618
Prob Hematol	.2346748	.1467452	1.60	0.110	-.0529406	.5222901
Prob Digestiv	-.0156732	.0864392	-0.18	0.856	-.185091	.1537446
Prob Ojos	-.1332509	.1244351	-1.07	0.284	-.3771391	.1106374
Prob Oídos	-.0762928	.1275144	-0.60	0.550	-.3262164	.1736309
Prob Circulat	.0424467	.07656	0.55	0.579	-.1076082	.1925016
Prob Locomot	.0429484	.1010843	0.42	0.671	-.1551732	.2410699
Prob S. Nerv.	.0782873	.0903293	0.87	0.386	-.098755	.2553296
Prob Psicolog	.0687355	.0799585	0.86	0.390	-.0879803	.2254512
Prob Respirat	-.0937935	.1108834	-0.85	0.398	-.3111209	.1235339
Prob Piel	-.1115959	.1606005	-0.69	0.487	-.4263671	.2031753
Prob End/meta	-.0478424	.0868862	-0.55	0.582	-.2181362	.1224515
Prob Urinario	-.1762119	.1351178	-1.30	0.192	-.441038	.0886142
Prob gen feme	-.0698983	.124149	-0.56	0.573	-.313226	.1734294
Prob gen masc	-.1122357	.1897449	-0.59	0.554	-.4841288	.2596575
Prob social	.0322969	.1640018	0.20	0.844	-.2891408	.3537346
Prob psicococ	.0668163	.0830541	0.80	0.421	-.0959668	.2295995

Tabla 69- Cont.2- Análisis bivariante de la escala de PENSAMIENTOS de CUESTIONAR SOLUCIONES del profesional en los encuentros difíciles

PENS_4_Bus_Soluc.	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Nº Visitas el año anterior						
visitas	.0028058	.0057061	0.49	0.623	-.0083779	.0139896
lg_visitas	.0564853	.0773015	0.73	0.465	-.0950228	.2079934
Situación laboral del paciente						
Trabajando						
Paro	.2336233	.2170155	1.08	0.282	-.1917192	.6589658
Jubilado	-.0796714	.1263663	-0.63	0.528	-.3273448	.1680021
Incapacitado	.033208	.170971	0.19	0.846	-.3018891	.368305
Cuida fam/hog	.1333444	.1206691	1.11	0.269	-.1031626	.3698514
Estudiando	.1889625	.1892108	1.00	0.318	-.1818838	.5598088
Otros	-.3610838	.6901244	-0.52	0.601	-1.713703	.9915352
Tiempo sin trabajo remunerado						
Menos 1 año						
1 a 5 años	.0193725	.1347539	0.14	0.886	-.2447403	.2834852
6 a 10 años	-.2526194	.2935268	-0.86	0.389	-.8279214	.3226827
Mas 11 años	-.0880395	.1645775	-0.53	0.593	-.4106055	.2345266
Nunca	.0666111	.1481324	0.45	0.653	-.2237232	.3569453
Clase social del paciente						
I y II						
III	-.0839674	.2242277	-0.37	0.708	-.5234456	.3555109
IV	.0218812	.2616562	0.08	0.933	-.4909556	.5347179
V	-.0415967	.2392035	-0.17	0.862	-.5104269	.4272334
VI	.1111356	.2321679	0.48	0.632	-.3439051	.5661762
Nº convivientes hogar						
numconvi	.0414292	.0299794	1.38	0.167	-.0173294	.1001878
r2_numconvi	.1479207	.1091146	1.36	0.175	-.0659399	.3617813
Satisfacción con la convivencia hogar						
Muy o bastante satisfecho/a						
Satis/Insati	-.1342031	.088474	-1.52	0.129	-.307609	.0392027
Bastante insa	-.0107494	.167536	-0.06	0.949	-.3391139	.3176151
Muy Insatisf	.0029307	.2559567	0.01	0.991	-.4987353	.5045967
Cualificación académica						
No sabe leer ni escribir						
Sin estudios	-.0155635	.1419297	-0.11	0.913	-.2937406	.2626135
E. Primarios	-.009525	.1716007	-0.06	0.956	-.3458563	.3268062
E. Secundario	-.0531211	.2009527	-0.26	0.792	-.4469812	.340739
E. Superiore	.1030182	.2394354	0.43	0.667	-.3662666	.572303
Satisfacción con economía						
Vive cómodamente						
Vive bien	-.0697594	.1549608	-0.45	0.653	-.3734771	.2339582
Dif Económic	-.0382304	.1760954	-0.22	0.828	-.3833711	.3069103
Muchas dific	-.0815425	.2058175	-0.40	0.692	-.4849373	.3218523
Padece enf./ minusvalía crónica						
Sí						
No	.0595906	.0940499	0.63	0.526	-.1247438	.243925
Salud General						
Excelente, muy buena, buena						
Regular	.0780766	.0918975	0.85	0.396	-.1020393	.2581924
Mala	-.1499143	.1395747	-1.07	0.283	-.4234757	.1236471

Tabla 69- Cont.3- Análisis bivariante de la escala de PENSAMIENTOS de CUESTIONAR SOLUCIONES del profesional en los encuentros difíciles

PENS_4_Bus_Soluc.	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Calidad de vida general						
Muy buena, buena						
Ni buen/mala	.2028285	.0756393	2.68	0.007	.0545783	.3510788
Mala	.0851578	.1162982	0.73	0.464	-.1427824	.313098
Muy mala	-.0537254	.2349586	-0.23	0.819	-.5142358	.406785
Calidad de vida relacionada con la Salud física						
	-.0004892	.0032056	-0.15	0.879	-.0067721	.0057937
Calidad de vida relacionada con la salud mental						
	.0047187	.0031086	1.52	0.129	-.0013741	.0108115
Número de días desde el encuentro						
7 o menos días						
Más 7 días	.0494347	.1378733	0.36	0.720	-.2207921	.3196615
Número de problemas consultados según paciente						
Uno						
Más de uno	-.0781896	.0713447	-1.10	0.273	-.2180227	.0616435
Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente						
Prob Psicolg	.0106045	.1109672	0.10	0.924	-.2068872	.2280962
Prob Social	-.0305935	.467074	-0.07	0.948	-.9460417	.8848546
Prob Psicoso	.0050217	.1165214	0.04	0.966	-.223356	.2333994
Prob General	-.0397853	.1234184	-0.32	0.747	-.2816809	.2021103
Prob Respirat	-.0863954	.1002295	-0.86	0.389	-.2828416	.1100509
Prob Locomot	.1333097	.1002205	1.33	0.183	-.0631189	.3297383
Prob Ciculat	.1033533	.1307424	0.79	0.429	-.1528971	.3596037
Burcrático	-.1370223	.0947279	-1.45	0.148	-.3226855	.0486409
Seguim Enferm	-.0573643	.1164605	-0.49	0.622	-.2856227	.1708941
Deriv/Anális	-.256518	.2200668	-1.17	0.244	-.687841	.1748049
Número de problemas nuevos consultados según el paciente						
Ninguno						
Uno	-.2422445	.0905974	-2.67	0.007	-.4198121	-.0646769
Más de uno	-.3431307	.3540821	-0.97	0.333	-1.037119	.3508574
Puntuación malestar emocional del paciente en el encuentro						
Sin dificultad						
Con Dificult	-.0542996	.1095525	-0.50	0.620	-.2690186	.1604194
Ansiedad del paciente						
SI	-.0686759	.0745021	-0.92	0.357	-.2146973	.0773456
Depresión del paciente						
SI	.0802199	.1082086	0.74	0.458	-.131865	.2923048
Apoyo social familia y amigos del paciente						
Buen apoyo	.1113619	.0876236	1.27	0.204	-.0603771	.2831009
Acontecimientos vitales estresantes paciente						
Ninguno						
Uno	.2096936	.1061648	1.98	0.048	.0016145	.4177727
Dos	.1150908	.1169282	0.98	0.325	-.1140843	.3442659
Tres	.0625163	.1431692	0.44	0.662	-.2180902	.3431227
Más de 4	-.2195657	.2104668	-1.04	0.297	-.6320731	.1929417

Tabla 69- Cont.4- Análisis bivariante de la escala de PENSAMIENTOS de CUESTIONAR SOLUCIONES del profesional en los encuentros difíciles

PENS_4_Bus_Soluc.	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Factores externos						
Facilidad para obtener cita						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0711267	.0969151	-0.73	0.463	-.2610768	.1188233
No pertinen.	.1787034	.2216596	0.81	0.420	-.2557415	.6131482
Poco tiempo espera (sala espera)						
De acuerdo						
Desacuerdo	.1110713	.0816804	1.36	0.174	-.0490195	.271162
No pertinen.	.2029357	.1247458	1.63	0.104	-.0415617	.4474331
Confort sala espera						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.088666	.0883442	-1.00	0.316	-.2618174	.0844854
No pertinen	.1327024	.1230323	1.08	0.281	-.1084364	.3738412
Pocas Interrupciones consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.192476	.0992698	-1.94	0.053	-.3870412	.0020891
No pertinen	.2183806	.1262877	1.73	0.084	-.0291387	.4658999
Comodidad consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.4031199	.165632	-2.43	0.015	-.7277527	-.0784871
No pertinen	.1310531	.1206416	1.09	0.277	-.1054001	.3675063

Escala comunicación médico-paciente						
Apoyo_emoc	.0149153	.0177408	0.84	0.400	-.019856	.0496867
Fase resoluti	.023886	.017077	1.40	0.162	-.0095843	.0573562
Satis. global	.0363357	.0279172	1.30	0.193	-.0183809	.0910523
Escala comun.	.0097336	.0077618	1.25	0.210	-.0054792	.0249465
x2_Sat.glob.	.0021164	.0015594	1.36	0.175	-.00094	.0051727
x2_Esc.Comu	.0001434	.0001145	1.25	0.210	-.0000809	.0003678

Cumplimiento expectativas del paciente						
Dar recetas						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1353884	.1561914	-0.87	0.386	-.441518	.1707412
No pertinen	-.1755879	.1982482	-0.89	0.376	-.5641472	.2129715
Solicitar pruebas						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0039226	.1266561	-0.03	0.975	-.252164	.2443188
No pertinen	-.0825044	.0876239	-0.94	0.346	-.2542441	.0892354
Enviar al especialista						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0736042	.1133208	-0.65	0.516	-.295709	.1485005
No pertinen	-.1418592	.0870232	-1.63	0.103	-.3124216	.0287031
Dar la baja						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.3551234	.2601178	-1.37	0.172	-.8649448	.1546981
No pertien	-.0360835	.0952496	-0.38	0.705	-.2227693	.1506022

Tabla 69- Cont.5- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de CUESTIONAR SOLUCIONES del profesional en los encuentros difíciles

PENS_4_Bus_Soluc.	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Escalas de emociones						
Desconf-Ira	.0215795	.0049631	4.35	0.000	.011852	.031307
Impotencia	.0273443	.0034346	7.96	0.000	.0206127	.034076
Ansiedad	.0534577	.0113649	4.70	0.000	.0311828	.0757326
Depresión	.0549726	.0111418	4.93	0.000	.033135	.0768101
Inseguridad	.0918105	.0150351	6.11	0.000	.0623423	.1212787
Emoc. Posit.	.0432404	.0130562	3.31	0.001	.0176507	.0688301
lg_emoc_+	.3318672	.1167648	2.84	0.004	.1030125	.560722
Difficult_~s	.0105375	.0014622	7.21	0.000	.0076717	.0134033
Escalas de pensamientos						
PENS_1_Fraca	.0224804	.00465	4.83	0.000	.0133666	.0315941
PENS_2_Deses	.0247392	.0032198	7.68	0.000	.0184286	.0310498
PENS_3_Bloqu	.0426906	.0088455	4.83	0.000	.0253537	.0600276
PENS_4_Búsqu						
PENS_5_Recha	.0503326	.0108357	4.65	0.000	.029095	.0715701
Difficult_~t	.0100247	.0014644	6.85	0.000	.0071545	.012895
Personalidad del médico						
Neuroticismo	.0539054	.0244716	2.20	0.028	.005942	.1018689
Extraversión	-.0309431	.028014	-1.10	0.269	-.0858494	.0239632
Impulsividad	-.0218588	.048881	-0.45	0.655	-.1176638	.0739463
lg_epi_impuls	-.1152031	.1658236	-0.69	0.487	-.4402114	.2098053
Sociabilidad	-.0281448	.0302686	-0.93	0.352	-.0874702	.0311805
Bournout del médico						
Desgaste Emoc	.0244342	.0073259	3.34	0.001	.0100757	.0387927
Despersonali	.0281459	.0200932	1.40	0.161	-.011236	.0675278
lg_mbi_d	.3563533	.1983313	1.80	0.072	-.032369	.7450755
Realiz. Pers	-.0159396	.01405	-1.13	0.257	-.0434772	.011598
Ansiedad y Depresión del médico						
Ansiedad SI	.125173	.1811953	0.69	0.490	-.2299632	.4803092
Depresión SI	.4162582	.1514777	2.75	0.006	.1193673	.7131491
Edad del Médico						
	-.0023858	.0183265	-0.13	0.896	-.0383052	.0335335
Sexo del Médico						
Mujer						
Hombre	-.192847	.1836139	-1.05	0.294	-.5527237	.1670297
Apoyo social de familia y amigos del médico						
Buen apoyo	-.4070172	.1158597	-3.51	0.000	-.6340979	-.1799364
Acreditación docente						
SI	-.0839016	.1900227	-0.44	0.659	-.4563393	.2885361
Residente de MFyC asignado						
SI	-.1103405	.1859353	-0.59	0.553	-.4747669	.254086
Especialidad MFyC- MIR						
SI	-.1164089	.1799202	-0.65	0.518	-.4690461	.2362282

Tabla 69- Cont.6- Análisis bivariante de la escala de PENSAMIENTOS de CUESTIONAR SOLUCIONES del profesional en los encuentros difíciles

PENS_4_Bus_Soluc.	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Antigüedad con cupo de pacientes						
DE 0 a 4 años						
De 5 a 8 años	.1791065	.1915766	0.93	0.350	-.1963767	.5545897
De 9 a 14 año	-.1387401	.2639888	-0.53	0.599	-.6561487	.3786684
>= 15 años	.2295744	.2804562	0.82	0.413	-.3201095	.7792584
Acontecimientos vitales estresantes del medico						
Enf grave propia	.0491179	.3595587	0.14	0.891	-.6556043	.75384
Enf grave familia	-.2834437	.2142904	-1.32	0.186	-.7034452	.1365578
Fallecim padres, hijos, pareja	-.2382152	.3448188	-0.69	0.490	-.9140476	.4376172
Fallecim amigos, familia	-.318988	.2809375	-1.14	0.256	-.8696153	.2316393
Separado, divorcio	-.6674388	.089834	-7.43	0.000	-.8435103	-.4913673
Ruptura relación						
Problema con amigos, familia, vecinos	.1626245	.163791	0.99	0.321	-.1584	.483649
Sin empleo > 1 mes						
Despedido trabajo						
Crisis económica	.5129827	.0917481	5.59	0.000	.3331597	.6928058
Prob. Policía, justicia	.2943069	.0939567	3.13	0.002	.1101552	.4784587
Robo o pérdida de valor	.0900375	.2026643	0.44	0.657	-.3071773	.4872522

Tabla 70.- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de RECHAZO del profesional en los encuentros difíciles

PENS_5_Rechaz	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z 	[95% Conf. Interval]	
Día de la semana						
Lunes						
Martes	.1898621	.0816928	2.32	0.020	.0297472	.3499771
Miércoles	.1602946	.1112721	1.44	0.150	-.0577948	.3783839
Jueves	.1004901	.1150966	0.87	0.383	-.125095	.3260753
Viernes	.1106425	.0982417	1.13	0.260	-.0819077	.3031927
Turno mañana/tarde						
Mañana						
Tarde	.1329963	.0963375	1.38	0.167	-.0558218	.3218143
Citas concert	.005895	.0082072	0.72	0.473	-.0101908	.0219808
Nº citas val	.0091041	.0068461	1.33	0.184	-.004314	.0225221
% citas val	.3699246	.3526577	1.05	0.294	-.3212717	1.061121
x3 % cit val	.2332804	.2517464	0.93	0.354	-.2601334	.7266942
Edad paciente	.0021284	.0026471	0.80	0.421	-.0030598	.0073167
Sexo paciente						
Mujer						
Hombre	.0078315	.0937448	0.08	0.933	-.175905	.191568
Estado civil						
Casado						
Vive pareja	.6831163	.1452575	4.70	0.000	.3984169	.9678157
Divorc.separa	-.3431752	.3204786	-1.07	0.284	-.9713018	.2849513
Viudo	-.105341	.1739508	-0.61	0.545	-.4462782	.2355962
Soltero	-.1635811	.1726391	-0.95	0.343	-.5019474	.1747853
Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro						
Grande						
Muy grande	.3443537	.1466768	2.35	0.019	.0568723	.631835
Extremo	.3826006	.1868236	2.05	0.041	.0164331	.7487682
Centro de salud						
El Palo						
Portada Alta	-.3325213	.5299426	-0.63	0.530	-1.37119	.7061472
Delicias	-.1393051	.2536432	-0.55	0.583	-.6364366	.3578263
San Andrés	.3838051	.2700072	1.42	0.155	-.1453993	.9130094
Federico Cast	-.2829932	.3437597	-0.82	0.410	-.9567498	.3907634
El Valle	-.9350557	.4408174	-2.12	0.034	-1.799042	-.0710696
Limonar	.365914	.26808	1.36	0.172	-.1595131	.8913412
San Felipe	.0982013	.2815314	0.35	0.727	-.4535902	.6499928
Ciudad						
Jaén						
Málaga	.1477635	.1950414	0.76	0.449	-.2345107	.5300377
Número motivos consulta según el médico						
Uno						
Más de uno	.0640658	.1421236	0.45	0.652	-.2144913	.3426229

Tabla 70- Cont.1- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de RECHAZO del profesional en los encuentros difíciles

PENS_5_Rechaz	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Motivos de consulta según médico						
Prob General	-.0458267	.1364446	-0.34	0.737	-.3132533	.2215998
Prob Respirat	-.0769923	.1450689	-0.53	0.596	-.3613221	.2073376
Prob Locomot	-.032405	.1754245	-0.18	0.853	-.3762308	.3114208
Prob Circula	-.090725	.2781429	-0.33	0.744	-.6358752	.4544251
Prob Psicoso	-.145092	.1990514	-0.73	0.466	-.5352256	.2450416
Burcrático	-.0239101	.1190273	-0.20	0.841	-.2571993	.2093791
Seguim Clín	.0243031	.1845169	0.13	0.895	-.3373434	.3859496
Deriv/Anális	.2266699	.1394833	1.63	0.104	-.0467124	.5000522
Motivo de pérdida de los pacientes no entrevistados						
Crecer de teléfono						
No localizab	.1265167	.4667196	0.27	0.786	-.7882369	1.04127
No desea part	.3399364	.4882726	0.70	0.486	-.6170604	1.296933
No acude cita	-.2363888	.6247323	-0.38	0.705	-1.460842	.9880641
Otros	.7191227	.4362697	1.65	0.099	-.1359502	1.574196
Desconocido	.1150091	.5007704	0.23	0.818	-.8664829	1.096501
Entrevistados						
No						
Si	-.0747541	.1121085	-0.67	0.505	-.2944828	.1449745
Petición Pruebas complementarias el día E.D.						
Si						
No	.0781911	.1336042	0.59	0.558	-.1836683	.3400505
Realizar derivaciones el día ED						
SI						
No	-.4034931	.1036949	-3.89	0.000	-.6067315	-.2002547
Realizar recetas el día del ED						
Si						
No	.015208	.1190585	0.13	0.898	-.2181423	.2485583
Número de problemas de salud crónicos						
numprobl	.015044	.0256718	0.59	0.558	-.0352719	.0653599
Morbilidad crónica						
Prob General	.2319771	.1273119	1.82	0.068	-.0175497	.481504
Prob Hematol	.3060471	.1571187	1.95	0.051	-.0018999	.6139941
Prob Digestiv	-.020277	.1134794	-0.18	0.858	-.2426926	.2021386
Prob Ojos	.1518242	.1359272	1.12	0.264	-.1145883	.4182367
Prob Oídos	-.0325969	.2200349	-0.15	0.882	-.4638574	.3986636
Prob Circulat	.116351	.0950714	1.22	0.221	-.0699855	.3026876
Prob Locomot	.1877972	.1015043	1.85	0.064	-.0111475	.386742
Prob S. Nerv.	-.1138841	.1084826	-1.05	0.294	-.3265061	.098738
Prob Psicolog	.0346593	.0928043	0.37	0.709	-.1472337	.2165523
Prob Respirat	-.0125174	.1554535	-0.08	0.936	-.3172007	.2921659
Prob Piel	-.0208522	.1434659	-0.15	0.884	-.3020403	.2603359
Prob End/meta	-.0206686	.0796896	-0.26	0.795	-.1768573	.1355201
Prob Urinario	-.1552407	.1181028	-1.31	0.189	-.3867179	.0762365
Prob gen feme	-.0458267	.1593479	-0.29	0.774	-.3581428	.2664894
Prob gen masc	.0431479	.2229645	0.19	0.847	-.3938545	.4801503
Prob social	.1590859	.1718953	0.93	0.355	-.1778227	.4959944
Prob psicococ	.0717427	.0990743	0.72	0.469	-.1224393	.2659247

Tabla 70- Cont.2- Análisis bivariante de la escala de PENSAMIENTOS de RECHAZO del profesional en los encuentros difíciles

PENS_5_Rechaz	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z 	[95% Conf. Interval]	
<u>Nº Visitas el año anterior</u>						
Visitas	.0019286	.0072828	0.26	0.791	-.0123453	.0162026
lg_visitas	.0375658	.0950801	0.40	0.693	-.1487878	.2239194
<u>Situación laboral del paciente</u>						
Trabajando						
Paro	.1883661	.2526149	0.75	0.456	-.30675	.6834821
Jubilado	.3520701	.1723923	2.04	0.041	.0141873	.6899528
Incapacitado	.1912604	.2018578	0.95	0.343	-.2043736	.5868945
Cuida fam/hog	.3022347	.1670644	1.81	0.070	-.0252055	.6296749
Estudiando	.0077821	.6013759	0.01	0.990	-1.170893	1.186457
Otros	-.3976829	.3246939	-1.22	0.221	-1.034071	.2387055
<u>Tiempo sin trabajo remunerado</u>						
Menos 1 año						
1 a 5 años	.2754357	.2189141	1.26	0.208	-.153628	.7044994
6 a 10 años	-.2550369	.3344726	-0.76	0.446	-.9105912	.4005174
Mas 11 años	.1976328	.2179832	0.91	0.365	-.2296065	.624872
Nunca	.1078686	.2417435	0.45	0.655	-.36594	.5816772
<u>Clase social del paciente</u>						
I y II						
III	.1347806	.2980622	0.45	0.651	-.4494105	.7189718
IV	.141961	.2977812	0.48	0.634	-.4416795	.7256014
V	.0277026	.2861123	0.10	0.923	-.5330672	.5884724
VI	.0528062	.3043802	0.17	0.862	-.543768	.6493805
<u>Nº convivientes hogar</u>						
numconvi						
r2_numconvi	-.0457849	.1306224	-0.35	0.726	-.3018001	.2102302
<u>Satisfacción con la convivencia hogar</u>						
Muy o bastante satisfecho/a						
Satis/Insati	.0159436	.1258123	0.13	0.899	-.2306438	.2625311
Bastante insa	.0176996	.1974203	0.09	0.929	-.3692371	.4046362
Muy Insatisf	.181329	.2804944	0.65	0.518	-.3684298	.7310878
<u>Cualificación académica</u>						
No sabe leer ni escribir						
Sin estudios	-.019352	.1845335	-0.10	0.916	-.381031	.3423269
E. Primarios	-.1016756	.2176084	-0.47	0.640	-.5281803	.3248291
E. Secundario	-.148074	.246907	-0.60	0.549	-.6320027	.3358548
E. Superiore	.0708242	.2709222	0.26	0.794	-.4601735	.601822
<u>Satisfacción con economía</u>						
Vive cómodamente						
Vive bien	-.0448386	.1567701	-0.29	0.775	-.3521023	.2624251
Dif Económic	-.1991287	.213786	-0.93	0.352	-.6181415	.2198841
Muchas dific	.0777777	.2230008	0.35	0.727	-.3592959	.5148513
<u>Padece enf./ minusvalía crónica</u>						
Sí						
No	-.0114186	.1109729	-0.10	0.918	-.2289214	.2060843
<u>Salud General</u>						
Excelente, muy buena, buena						
Regular	.1959835	.1441258	1.36	0.174	-.086498	.4784649
Mala	.0616017	.1839042	0.33	0.738	-.298844	.4220473

Tabla 70- Cont.3- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de RECHAZO del profesional en los encuentros difíciles

PENS_5_Rechaz	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Calidad de vida general						
Muy buena, buena						
Ni buen/mala	.1993692	.1189991	1.68	0.094	-.0338647	.4326031
Mala	.3283337	.1606817	2.04	0.041	.0134032	.6432641
Muy mala	-.0745996	.2883297	-0.26	0.796	-.6397154	.4905162
Calidad de vida relacionada con la Salud física						
	-.0033506	.0046523	-0.72	0.471	-.012469	.0057677
Calidad de vida relacionada con la salud mental						
	.0056769	.003796	1.50	0.135	-.0017631	.0131169
Número de días desde el encuentro						
Menos días						
7 días	.2198099	.1428248	1.54	0.124	-.0601217	.4997414
Número de problemas consultados según paciente						
Uno						
Más de uno	-.0265062	.1179796	-0.22	0.822	-.257742	.2047297
Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente						
Prob Psicolg	.1398917	.1476995	0.95	0.344	-.1495941	.4293775
Prob Social	.1472893	.2650702	0.56	0.578	-.3722388	.6668174
Prob Psicoso	.1437871	.1324621	1.09	0.278	-.1158337	.403408
Prob General	-.1500428	.1583865	-0.95	0.343	-.4604746	.160389
Prob Respirat	-.1076307	.1168217	-0.92	0.357	-.336597	.1213356
Prob Locomot	.2473378	.1141198	2.17	0.030	.0236671	.4710084
Prob Ciculat	.0780364	.1690218	0.46	0.644	-.2532402	.409313
Burcrático	-.1941664	.1117818	-1.74	0.082	-.4132548	.024922
Seguim Enferm	-.2297242	.1766051	-1.30	0.193	-.5758638	.1164153
Deriv/Anális	-.0331113	.1468177	-0.23	0.822	-.3208687	.2546462
Número de problemas nuevos consultados según el paciente						
Ninguno						
Uno	-.1515858	.1260233	-1.20	0.229	-.398587	.0954154
Más de uno	-.4842479	.2336063	-2.07	0.038	-.9421078	-.0263879
Puntuación malestar emocional del paciente en el encuentro						
Sin dificultad						
Con Dificult	.08107	.1452323	0.56	0.577	-.2035801	.3657201
Ansiedad del paciente						
SI	-.0442193	.1026962	-0.43	0.667	-.2455002	.1570616
Depresión del paciente						
SI	.1874343	.1677315	1.12	0.264	-.1413134	.5161821
Apoyo social familia y amigos del paciente						
Buen apoyo	.0263771	.1116865	0.24	0.813	-.1925244	.2452786
Acontecimientos vitales estresantes paciente						
Ninguno						
Uno	.124021	.1384547	0.90	0.370	-.1473452	.3953873
Dos	.0899754	.1606147	0.56	0.575	-.2248237	.4047745
Tres	.0878629	.1940419	0.45	0.651	-.2924522	.468178
Más de 4	-.0805728	.2622798	-0.31	0.759	-.5946317	.4334861

Tabla 70- Cont.4- Análisis bivariante de la escala de PENSAMIENTOS de RECHAZO del profesional en los encuentros difíciles

PENS_5_Rechaz	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Factores externos						
Facilidad para obtener cita						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0958355	.1120557	-0.86	0.392	-.3154607	.1237897
No pertinen	-.1823216	.4201671	-0.43	0.664	-1.005834	.6411908
Poco tiempo espera (sala espera)						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0040118	.1043633	-0.04	0.969	-.2085602	.2005366
No pertinen	-.7116908	.3976655	-1.79	0.074	-1.491101	.0677193
Confort sala espera						
De acuerdo						
Desacuerdo	.1870268	.1021248	1.83	0.067	-.0131342	.3871878
No pertinen	-.649319	.3979871	-1.63	0.103	-1.429359	.1307214
Pocas Interrupciones consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.040652	.1170383	-0.35	0.728	-.2700428	.1887389
No pertinen	-.1174819	.4077776	-0.29	0.773	-.9167114	.6817476
Comodidad consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	.1560905	.1680419	0.93	0.353	-.1732654	.4854465
No pertinen	-.6963887	.3967368	-1.76	0.079	-1.473978	.0812011
Escala comunicación médico-paciente						
Apoyo_emoc	-.0265957	.0175602	-1.51	0.130	-.0610131	.0078217
Explicaciones	-.0014573	.0182633	-0.08	0.936	-.0372528	.0343381
Escuchado	-.0111196	.0276867	-0.40	0.688	-.0653844	.0431453
Esc_comunica	-.0070805	.0078509	-0.90	0.367	-.0224678	.0083069
x2_escuchado	-.0002502	.0015903	-0.16	0.875	-.0033671	.0028667
x2_comunic~n	-.000078	.000118	-0.66	0.509	-.0003093	.0001533
Cumplimiento expectativas del paciente						
Dar recetas						
De acuerdo						
Desacuerdo	.1945765	.1518933	1.28	0.200	-.1031289	.4922819
No pertinen.	.1213517	.1700256	0.71	0.475	-.2118923	.4545958
Solicitar pruebas						
De acuerdo						
Desacuerdo	.020032	.1497011	0.13	0.894	-.2733768	.3134409
No pertinen	-.0613833	.1076318	-0.57	0.568	-.2723379	.1495712
Enviar al especialista						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0768396	.1257219	-0.61	0.541	-.32325	.1695708
No pertinen	-.167534	.1096982	-1.53	0.127	-.3825386	.0474706
Dar la baja						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0772688	.3054996	0.25	0.800	-.5214994	.676037
No pertien.	.2578723	.1271473	2.03	0.043	.0086682	.5070764

Tabla 70- Cont.5- Análisis bivalente de la escala de PENSAMIENTOS de RECHAZO del profesional en los encuentros difíciles

PENS_5_Rechaz	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Escalas de emociones						
Desconf-Ira	.0472789	.0048168	9.82	0.000	.0378382	.0567196
Impotencia	.0344743	.0042291	8.15	0.000	.0261853	.0427632
Ansiedad	.0742403	.0155766	4.77	0.000	.0437107	.1047699
Depresión	.0851042	.0129852	6.55	0.000	.0596536	.1105548
Inseguridad	.0985119	.0217414	4.53	0.000	.0558995	.1411244
Emoc. Posit.	.0155535	.0161554	0.96	0.336	-.0161104	.0472174
lg_emoc_+	.1694804	.1181551	1.43	0.151	-.0620994	.4010601
Difficult_~s	.0159745	.0014848	10.76	0.000	.0130643	.0188848
Escalas de pensamientos						
PENS_1_Fraca	.0324988	.00585	5.56	0.000	.0210331	.0439646
PENS_2_Deses	.0390866	.0042217	9.26	0.000	.0308122	.0473609
PENS_3_Bloqu	.0787096	.0088906	8.85	0.000	.0612843	.0961349
PENS_4_Búsqu	.0821018	.0203841	4.03	0.000	.0421497	.122054
PENS_5_Recha						
Difficult_~t	.0165386	.0015779	10.48	0.000	.0134459	.0196312
Personalidad del médico						
Neuroticismo	.0610874	.0340832	1.79	0.073	-.0057145	.1278893
Extraversión	-.0168865	.027321	-0.62	0.537	-.0704346	.0366616
Impulsividad	-.0029735	.0599027	-0.05	0.960	-.1203806	.1144336
lg_epi_impuls	-.0070355	.2561763	-0.03	0.978	-.5091317	.4950608
Sociabilidad	-.0189805	.0271266	-0.70	0.484	-.0721476	.0341866
Bournout del médico						
Desgaste Emoc	.0307364	.0099478	3.09	0.002	.011239	.0502338
Despersonali	.0463459	.0222344	2.08	0.037	.0027672	.0899245
lg_mbi_d	.5436312	.2326964	2.34	0.019	.0875546	.9997079
Realiz. Pers	-.0337968	.0147237	-2.30	0.022	-.0626547	-.0049388
Ansiedad y Depresión del médico						
Ansiedad SI	.0145555	.2138557	0.07	0.946	-.404594	.4337051
Depresión SI	.6032505	.1772207	3.40	0.001	.2559042	.9505968
Edad del Médico						
	.023614	.032272	0.73	0.464	-.0396381	.086866
Sexo del Médico						
Mujer						
Hombre	.0051678	.2228246	0.02	0.981	-.4315604	.4418959
Apoyo social de familia y amigos del médico						
Buen Apoyo	-.4974834	.159823	-3.11	0.002	-.8107306	-.1842361
Acreditación docente						
SI	-.3493617	.1974364	-1.77	0.077	-.7363299	.0376065
Residente MFyC asignado						
SI	-.3772463	.1956491	-1.93	0.054	-.7607115	.0062189
Especialidad MFyC- MIR						
SI	-.4287846	.1928782	-2.22	0.026	-.8068189	-.0507502

Tabla 70- Cont.6- Análisis bivariante de la escala de PENSAMIENTOS de RECHAZO del profesional en los encuentros difíciles

PENS_5_Rechaz	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Antigüedad con cupo de pacientes						
DE 0 a 4 años						
De 5 a 8 años	.2746802	.2271369	1.21	0.227	-.1705	.7198605
De 9 a 14 año	-.2606607	.2534768	-1.03	0.304	-.7574661	.2361446
>= 15 años	-.0014121	.4190649	-0.00	0.997	-.8227641	.81994
Acontecimientos vitales estresantes del médico						
Enf grave propia						
	-.1333381	.3983173	-0.33	0.738	-.9140257	.6473495
Enf grave familia						
	.0679096	.2328991	0.29	0.771	-.3885642	.5243834
Fallecim padres, hijos, pareja						
	.1226994	.2738743	0.45	0.654	-.4140843	.6594831
Fallecim amigos, familia						
	-.0755675	.2859945	-0.26	0.792	-.6361063	.4849713
Separado, divorcio						
	.2995006	.1066436	2.81	0.005	.090483	.5085183
Ruptura relación						
Problema con amigos, familia, vecinos						
	.116154	.2211615	0.53	0.599	-.3173145	.5496225
Sin empleo > 1 mes						
Despedido trabajo						
Crisis económica						
	.3862371	.1075933	3.59	0.000	.175358	.5971161
Prob. Policía, justicia						
	.427837	.1091658	3.92	0.000	.2138759	.641798
Robo o pérdida de valor						
	.2169126	.2192654	0.99	0.323	-.2128397	.6466648

Tabla 71.- Regresión binomial negativa de la escala GLOBAL de PENSAMIENTOS NEGATIVOS del profesional en los encuentros difíciles

Diffi_thought	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Día de la semana						
Lunes						
Martes	.0318598	.0614429	0.52	0.604	-.0885662	.1522857
Miércoles	.0426563	.0686597	0.62	0.534	-.0919143	.177227
Jueves	.0477168	.0846497	0.56	0.573	-.1181937	.2136272
Viernes	.0351515	.0568577	0.62	0.536	-.0762875	.1465906
Turno mañana/tarde						
Mañana						
Tarde	.1440455	.0593156	2.43	0.015	.027789	.260302
Citas concert	.0029979	.0055352	0.54	0.588	-.007851	.0138467
Nº citas val	.0054514	.0053302	1.02	0.306	-.0049956	.0158984
% citas val	.2285689	.2814968	0.81	0.417	-.3231547	.7802926
x3 % cit val	.0439765	.2133144	0.21	0.837	-.374112	.4620649
Edad paciente	.0022184	.0020333	1.09	0.275	-.0017668	.0062037
Sexo paciente						
Mujer						
Hombre	-.0203391	.0684227	-0.30	0.766	-.1544451	.113767
Estado civil						
Casado						
Vive pareja	.4595729	.1221862	3.76	0.000	.2200925	.6990534
Divorc.separa	-.1064888	.1930937	-0.55	0.581	-.4849454	.2719678
Viudo	-.1804791	.1141025	-1.58	0.114	-.4041158	.0431577
Soltero	-.1076725	.1279183	-0.84	0.400	-.3583877	.1430427
Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro						
Grande						
Muy grande	.3426347	.1289447	2.66	0.008	.0899078	.5953616
Extremo	.3965538	.1507556	2.63	0.009	.1010782	.6920294
Centro de salud						
El Palo						
Portada Alta	-.3261428	.495049	-0.66	0.510	-1.296421	.6441355
Delicias	.0081869	.2358134	0.03	0.972	-.4539989	.4703727
San Andrés	.3417328	.2338649	1.46	0.144	-.1166339	.8000996
Federico Cast	-.4069524	.2115605	-1.92	0.054	-.8216034	.0076985
El Valle	-.6103804	.3198689	-1.91	0.056	-1.237312	.0165511
Limonar	.111336	.1549084	0.72	0.472	-.1922788	.4149509
San Felipe	.2003943	.1788423	1.12	0.262	-.1501301	.5509188
Ciudad						
Jaén						
Málaga	.3151619	.160848	1.96	0.050	-.0000945	.6304182
Número motivos consulta según el médico						
Uno						
Más de uno	.0937744	.0867878	1.08	0.280	-.0763265	.2638753

Tabla 71- Cont.1- Regresión binomial negativa de la escala GLOBAL de PENSAMIENTOS NEGATIVOS del profesional en los encuentros difíciles

Diffi_thought	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Motivos de consulta según médico						
Prob General	.0267963	.0990436	0.27	0.787	-.1673256	.2209181
Prob Respirat	-.0069976	.1154705	-0.06	0.952	-.2333156	.2193204
Prob Locomot	-.1586323	.1405566	-1.13	0.259	-.4341181	.1168536
Prob Circula	.0951492	.1151184	0.83	0.409	-.1304788	.3207772
Prob Psicoso	.0375303	.1191029	0.32	0.753	-.1959071	.2709678
Burocrático	.004224	.088112	0.05	0.962	-.1684723	.1769203
Seguim Clín	.0434024	.1049099	0.41	0.679	-.1622171	.249022
Deriv/Anális	.1138529	.0987096	1.15	0.249	-.0796143	.3073202
Motivo de pérdida de los pacientes no entrevistados						
Crecer de teléfono						
No localizab	-.297378	.210236	-1.41	0.157	-.709433	.1146769
No desea part	-.1165027	.2092461	-0.56	0.578	-.5266176	.2936122
No acude cita	-.3566749	.3125116	-1.14	0.254	-.9691865	.2558366
Otros	.0981769	.1727733	0.57	0.570	-.2404525	.4368063
Desconocido	-.1069006	.3890553	-0.27	0.783	-.869435	.6556337
Entrevistados						
No						
Si	-.0179392	.1064093	-0.17	0.866	-.2264976	.1906192
Petición Pruebas complementarias el día E.D.						
Si						
No	.0844236	.1040815	0.81	0.417	-.1195724	.2884195
Realizar derivaciones el día ED						
SI						
No	-.2227426	.081476	-2.73	0.006	-.3824326	-.0630526
Realizar recetas el día del ED						
Si						
No	-.0150693	.0835334	-0.18	0.857	-.1787919	.1486532
Número de problemas de salud crónicos						
numprobl	.0304935	.0164473	1.85	0.064	-.0017426	.0627296
Morbilidad crónica						
Prob General	.1105718	.0902631	1.22	0.221	-.0663407	.2874843
Prob Hematol	.2048384	.1181053	1.73	0.083	-.0266438	.4363206
Prob Digestiv	.0435138	.0739463	0.59	0.556	-.1014184	.188446
Prob Ojos	.0843686	.1005142	0.84	0.401	-.1126357	.2813729
Prob Oídos	.0155143	.1242591	0.12	0.901	-.2280291	.2590576
Prob Circulat	.1186583	.0581688	2.04	0.041	.0046495	.2326672
Prob Locomot	.1876951	.0858165	2.19	0.029	.0194979	.3558923
Prob S. Nerv.	.009634	.0813182	0.12	0.906	-.1497467	.1690147
Prob Psicolog	.0796535	.0713808	1.12	0.264	-.0602502	.2195572
Prob Respirat	-.0679245	.0803427	-0.85	0.398	-.2253934	.0895443
Prob Piel	.0552296	.1105887	0.50	0.617	-.1615202	.2719795
Prob End/meta	.0028065	.0676676	0.04	0.967	-.1298196	.1354325
Prob Urinario	.0039866	.1075832	0.04	0.970	-.2068725	.2148457
Prob gen feme	-.0371725	.1081568	-0.34	0.731	-.2491559	.1748108
Prob gen masc	.0818333	.1542033	0.53	0.596	-.2203995	.3840662
Prob social	.1646657	.1230087	1.34	0.181	-.076427	.4057584
Prob psicoso	.0970809	.0728104	1.33	0.182	-.0456248	.2397867

Tabla 71- Cont.2- Regresión binomial negativa de la escala GLOBAL de PENSAMIENTOS NEGATIVOS del profesional en los encuentros difíciles

<u>Diffi_thought</u>	<u>Coef.</u>	<u>Robust Std. Err.</u>	<u>z</u>	<u>P> z </u>	<u>[95% Conf. Interval]</u>	
<u>Nº Visitas el año anterior</u>						
visitas	.0024315	.0050056	0.49	0.627	-.0073794	.0122424
lg_visitas	.0372409	.0674167	0.55	0.581	-.0948934	.1693751
<u>Situación laboral del paciente</u>						
Trabajando						
Paro	.079495	.1776062	0.45	0.654	-.2686068	.4275968
Jubilado	.1792865	.1252048	1.43	0.152	-.0661103	.4246834
Incapacitado	.1138297	.1434878	0.79	0.428	-.1674012	.3950606
Cuida fam/hog	.2124638	.1169059	1.82	0.069	-.0166676	.4415952
Estudiando	-.1916267	.3916194	-0.49	0.625	-.9591865	.5759331
Otros	-.5139943	.4904604	-1.05	0.295	-1.475279	.4472904
<u>Tiempo sin trabajo remunerado</u>						
Menos 1 año						
1 a 5 años	.2075214	.1642166	1.26	0.206	-.1143373	.5293801
6 a 10 años	-.0042247	.2177678	-0.02	0.985	-.4310417	.4225924
Mas 11 años	.1198197	.1777553	0.67	0.500	-.2285742	.4682136
Nunca	.0732228	.1959296	0.37	0.709	-.3107921	.4572377
<u>Clase social del paciente</u>						
I y II						
III	-.0156032	.1802533	-0.09	0.931	-.3688931	.3376868
IV	.0297722	.1931759	0.15	0.878	-.3488457	.40839
V	-.111084	.1789083	-0.62	0.535	-.4617378	.2395697
VI	-.0510998	.187563	-0.27	0.785	-.4187166	.316517
<u>Nº convivientes hogar</u>						
numconvi	-.0027031	.0272502	-0.10	0.921	-.0561126	.0507063
r2_numconvi	.0182675	.1007812	0.18	0.856	-.1792599	.2157949
<u>Satisfacción con la convivencia hogar</u>						
Muy o bastante satisfecho/a						
Satis/Insati	-.0855657	.0755328	-1.13	0.257	-.2336073	.0624758
Bastante insa	-.0321093	.125686	-0.26	0.798	-.2784494	.2142308
Muy Insatisf	.026125	.210627	0.12	0.901	-.3866962	.4389463
<u>Cualificación académica</u>						
No sabe leer ni escribir						
Sin estudios	-.0210729	.1045605	-0.20	0.840	-.2260078	.1838619
E. Primarios	-.0608669	.1527237	-0.40	0.690	-.3601998	.2384661
E. Secundario	-.0840096	.1894354	-0.44	0.657	-.4552961	.2872769
E. Superiore	.1358694	.2155135	0.63	0.528	-.2865294	.5582681
<u>Satisfacción con economía</u>						
Vive cómodamente						
Vive bien	.0126726	.1155984	0.11	0.913	-.213896	.2392413
Dif Económic	-.0861048	.1522293	-0.57	0.572	-.3844688	.2122592
Muchas dific	.081861	.1657527	0.49	0.621	-.2430084	.4067304
<u>Padece enf./ minusvalía crónica</u>						
Sí						
No	.0255499	.09953	0.26	0.797	-.1695253	.220625
<u>Salud General</u>						
Excelente, muy buena, buena						
Regular	.0552107	.1141834	0.48	0.629	-.1685847	.2790061
Mala	-.0187854	.1432751	-0.13	0.896	-.2995993	.2620286

Tabla 71- Cont.3- Regresión binomial negativa de la escala GLOBAL de PENSAMIENTOS NEGATIVOS del profesional en los encuentros difíciles

Diffi_thought	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Calidad de vida general						
Muy buena, buena						
Ni buen/mala	.1886851	.081334	2.32	0.020	.0292734	.3480968
Mala	.1537105	.1187328	1.29	0.195	-.0790015	.3864225
Muy mala	-.1914722	.1808909	-1.06	0.290	-.546012	.1630675
Calidad de vida relacionada con la Salud física						
	-.0016911	.0034109	-0.50	0.620	-.0083764	.0049942
Calidad de vida relacionada con la salud mental						
	.0050998	.002522	2.02	0.043	.0001568	.0100428
Número de días desde el encuentro						
Menos de 7 días						
7 días	.1332006	.1095287	1.22	0.224	-.0814717	.3478728
Número de problemas consultados según paciente						
Uno						
Más de uno	-.0527334	.0770467	-0.68	0.494	-.2037421	.0982753
Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente						
Prob Psicolg	.0456702	.087456	0.52	0.602	-.1257404	.2170808
Prob Social	-.0406693	.2938803	-0.14	0.890	-.6166641	.5353256
Prob Psicoso	.0342251	.0795696	0.43	0.667	-.1217285	.1901786
Prob General	-.0437011	.1168295	-0.37	0.708	-.2726827	.1852804
Prob Respirat	-.0244538	.0858493	-0.28	0.776	-.1927154	.1438077
Prob Locomot	.1522436	.0893921	1.70	0.089	-.0229616	.3274488
Prob Ciculat	.1195581	.1801922	0.66	0.507	-.2336121	.4727284
Burcrático	-.1120223	.0912415	-1.23	0.220	-.2908524	.0668077
Seguim Enferm	-.0507571	.0953536	-0.53	0.595	-.2376466	.1361324
Deriv/Anális	.0085512	.1231788	0.07	0.945	-.2328748	.2499773
Número de problemas nuevos consultados						
Ninguno						
Uno	-.1295289	.0844596	-1.53	0.125	-.2950666	.0360088
Más de uno	-.218516	.2209781	-0.99	0.323	-.6516252	.2145932
Puntuación malestar emocional del paciente en el encuentro						
Sin dificultad						
Con Dificult	-.025677	.1118016	-0.23	0.818	-.2448042	.1934502
Ansiedad del paciente						
SI	-.0314133	.0751222	-0.42	0.676	-.1786501	.1158234
Depresión del paciente						
SI	.0326034	.1199187	0.27	0.786	-.2024329	.2676397
Apoyo social familia y amigos del paciente						
Buen apoyo						
	.1043176	.0852762	1.22	0.221	-.0628208	.2714559
Acontecimientos vitales estresantes paciente						
Ninguno						
Uno	.1186681	.1024146	1.16	0.247	-.0820609	.319397
Dos	.0654477	.1051514	0.62	0.534	-.1406453	.2715406
Tres	.1034164	.1203116	0.86	0.390	-.13239	.3392228
Más de 4	-.0978778	.1814433	-0.54	0.590	-.4535002	.2577445

Tabla 71- Cont.4- Regresión binomial negativa de la escala GLOBAL de PENSAMIENTOS NEGATIVOS del profesional en los encuentros difíciles

Diffi_thought	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Factores externos						
Facilidad para obtener cita						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0485287	.0846795	-0.57	0.567	-.2144975	.1174401
No pertinen.	-.1904685	.2254176	-0.84	0.398	-.6322788	.2513418
Poco tiempo espera (sala espera)						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0057893	.0876763	0.07	0.947	-.1660531	.1776318
No pertinen	-.1361461	.2965662	-0.46	0.646	-.7174051	.445113
Confort sala espera						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0715441	.0881546	0.81	0.417	-.1012358	.244324
No pertinen.	-.115962	.2906073	-0.40	0.690	-.6855418	.4536178
Pocas Interrupciones consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0332301	.0818414	-0.41	0.685	-.1936363	.1271761
No pertinen.	.0635168	.2409575	0.26	0.792	-.4087511	.5357848
Comodidad consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1361086	.174283	-0.78	0.435	-.4776969	.2054798
No pertinen.	-.1489172	.2953866	-0.50	0.614	-.7278642	.4300298
Escala comunicación médico-paciente						
Apoyo_emoc	-.0057374	.0142973	-0.40	0.688	-.0337596	.0222848
Fase resoluti	.0149429	.0158546	0.94	0.346	-.0161315	.0460173
Satis. global	.0193605	.0266757	0.73	0.468	-.0329229	.0716438
Escala comun.	.0024728	.0070585	0.35	0.726	-.0113616	.0163072
x2_Sat.glob.	.001361	.0015361	0.89	0.376	-.0016497	.0043717
x2_Esc. Comu.	.0000509	.0001032	0.49	0.622	-.0001513	.0002531
Expectativas cubiertas						
Dar recetas						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0296573	.1123315	0.26	0.792	-.1905084	.2498229
No pertinen.	-.0664524	.1446918	-0.46	0.646	-.3500431	.2171383
Solicitar pruebas						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0838051	.1233478	-0.68	0.497	-.3255624	.1579522
No pertinen.	-.1377248	.1058118	-1.30	0.193	-.3451121	.0696624
Enviar al especialista						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1435206	.1410129	-1.02	0.309	-.4199008	.1328596
No pertinen.	-.2054779	.1190549	-1.73	0.084	-.4388213	.0278654
Dar la baja						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.2067627	.2277955	-0.91	0.364	-.6532337	.2397083
No pertien.	.1036175	.1050394	0.99	0.324	-.102256	.3094909

Tabla 71- Cont.5- Regresión binomial negativa de la escala GLOBAL de PENSAMIENTOS NEGATIVOS del profesional en los encuentros difíciles

Diffi_thought	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Escalas de emociones						
Desconf-Ira	.0368667	.0044739	8.24	0.000	.0280981	.0456354
Impotencia	.0337069	.0030721	10.97	0.000	.0276856	.0397282
Ansiedad	.0698377	.0103111	6.77	0.000	.0496283	.090047
Depresión	.0808882	.0143662	5.63	0.000	.0527309	.1090455
Inseguridad	.082648	.0167188	4.94	0.000	.0498797	.1154163
Emoc. Posit.	.0195574	.0126881	1.54	0.123	-.0053108	.0444257
lg_emoc_+	.1924643	.0883893	2.18	0.029	.0192244	.3657042
Difficult_~s	.0148481	.0013432	11.05	0.000	.0122154	.0174808
Escalas de pensamientos						
PENS_1_Fraca	.0314677	.0036711	8.57	0.000	.0242724	.038663
PENS_2_Deses	.0378683	.0033094	11.44	0.000	.031382	.0443545
PENS_3_Bloqu	.069684	.0072373	9.63	0.000	.0554993	.0838688
PENS_4_Búsqu	.0808882	.0143662	5.63	0.000	.0527309	.1090455
PENS_5_Recha	.0828593	.0106568	7.78	0.000	.0619724	.1037462
Difficult_~t	.0148481	.0013432	11.05	0.000	.0122154	.0174808
Personalidad del médico						
Neuroticismo	.04754	.0255869	1.86	0.063	-.0026094	.0976894
Extraversión	-.0236566	.0233235	-1.01	0.310	-.0693697	.0220565
Sinceridad	.0222651	.0614421	0.36	0.717	-.0981593	.1426895
Impulsividad	-.0212538	.0484988	-0.44	0.661	-.1163096	.073802
lg_epi_impuls	-.0824303	.1982339	-0.42	0.678	-.4709617	.306101
Sociabilidad	-.0210303	.0242782	-0.87	0.386	-.0686146	.0265541
Bournout del médico						
Desgaste Emoc	.0305127	.0059689	5.11	0.000	.018814	.0422115
Despersonali	.0508864	.0188952	2.69	0.007	.0138525	.0879204
lg_mbi_d	.6005812	.1734586	3.46	0.001	.2606086	.9405539
Realiz. Pers	-.0213003	.0124614	-1.71	0.087	-.0457242	.0031237
Ansiedad y Depresión del médico						
Ansiedad SI	.0823847	.1676437	0.49	0.623	-.2461909	.4109603
Depresión SI	.4280205	.1511838	2.83	0.005	.1317056	.7243353
Apoyo social de familia amigos del médico						
Buen apoyo	-.3623843	.1236659	-2.93	0.003	-.604765	-.1200035
Edad del Médico						
	.022564	.0202603	1.11	0.265	-.0171454	.0622734
Sexo del Médico						
Mujer						
Hombre	-.0033492	.1873112	-0.02	0.986	-.3704724	.3637741
Acreditación docente						
SI	-.2552327	.1703317	-1.50	0.134	-.5890766	.0786112
Residente de MFyC asignado						
SI	-.2850492	.1680291	-1.70	0.090	-.6143801	.0442817
Especialidad MFyC- MIR						
SI	-.2594103	.1655106	-1.57	0.117	-.583805	.0649845

Tabla 71.- Cont.6- Regresión binomial negativa de la escala GLOBAL de PENSAMIENTOS NEGATIVOS del profesional en los encuentros difíciles

Diffi_thought	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Antigüedad con cupo de pacientes						
DE 0 a 4 años						
De 5 a 8 años	.1144452	.1779132	0.64	0.520	-.2342583	.4631486
De 9 a 14 año	-.2850845	.2307155	-1.24	0.217	-.7372786	.1671097
>= 15 años	-.0124925	.3342326	-0.04	0.970	-.6675764	.6425914
Acontecimientos vitales estresantes del médico						
Enf grave propia						
	-.1051513	.4539931	-0.23	0.817	-.9949615	.7846589
Enf grave familia						
	-.1788693	.2932697	-0.61	0.542	-.7536673	.3959287
Fallecim padres, hijos, pareja						
	.1327806	.3604894	0.37	0.713	-.5737657	.839327
Fallecim amigos, familia						
	-.1284297	.3045993	-0.42	0.673	-.7254333	.4685739
Separado, divorcio						
	.1053989	.1111663	0.95	0.343	-.1124831	.3232809
Problema con amigos, familia, vecinos						
	.0924632	.1869114	0.49	0.621	-.2738765	.4588029
Crisis económica	.6686564	.1111663	6.01	0.000	.4507745	.8865384
Prob. Policía, justicia	.2371371	.0905319	2.62	0.009	.0596978	.4145764
Robo o pérdida de valor	-.4241176	.1502596	-2.82	0.005	-.7186209	-.1296143

Tabla 72.- Regresión multivariante binomial negativa de la escala de Emociones de DESCONFIANZA-IRA del profesional durante los encuentros difíciles. N=291

VARIABLE INDEP.	Coefficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Estado civil</u>						
Casado						
Vive pareja	.4668182	.1495462	3.12	0.002	.173713	.7599235
Separado	-.1525506	.213034	-0.72	0.474	-.5700896	.2649885
Viudo	-.2485395	.1550393	-1.60	0.109	-.552411	.055332
Soltero	-.3433949	.1641043	-2.09	0.036	-.6650334	-.0217563
<u>Dificultades económicas</u>						
Vive cómodam.						
Vive bien	-.0875658	.148147	-0.59	0.554	-.3779285	.202797
Dificultades	-.2137774	.1478117	-1.45	0.148	-.5034829	.0759282
Muchas dificu	-.3209464	.1929638	-1.66	0.096	-.6991486	.0572558
<u>Problemas crónicos</u>						
Probl.general	.3097372	.1385743	2.24	0.025	.0381365	.5813379
Probl.sangre	.1716128	.1385543	1.24	0.215	-.0999486	.4431742
Probl.social	.2443571	.1780538	1.37	0.170	-.104622	.5933362
<u>Calidad de vida</u>						
Muy buena/buena						
Ni buena/mala	.1552977	.1300764	1.19	0.233	-.0996473	.4102427
Mala	.3214849	.154816	2.08	0.038	.0180511	.6249188
Muy mala	.2386312	.2242222	1.06	0.287	-.2008362	.6780987
<u>Apoyo social del paciente</u>						
Buen apoyo	.0764469	.1002551	0.76	0.446	-.1200495	.2729434
<u>Satisfacción convivencia hogar</u>						
Muy/bastante satisfecho						
Ni sati/insat	-.0100316	.1093728	-0.09	0.927	-.2243984	.2043352
Bastante insat	.1778354	.2160218	0.82	0.410	-.2455595	.6012304
Muy insatisf	.0569455	.2523035	0.23	0.821	-.4375603	.5514512
Hora cita	-.0000145	.0000111	-1.31	0.190	-.0000362	7.19e-06
<u>Turno mañana/tarde</u>						
Turno tarde	.5743093	.2836697	2.02	0.043	.018327	1.130292
<u>Ciudad</u>						
Málaga	1.397338	.3269301	4.27	0.000	.7565667	2.038109
<u>Centro de Salud</u>						
El Palo						
Portada Alta	-.8201737	.3828721	-2.14	0.032	-1.570589	-.0697582
Delicias	-.6444476	.2395487	-2.69	0.007	-1.113955	-.1749408
San Andrés	.0835304	.2174298	0.38	0.701	-.3426242	.5096849
Federico Cast	-.3618609	.1776645	-2.04	0.042	-.7100769	-.0136448
El Valle	-1.094559	.2726617	-4.01	0.000	-1.628966	-.5601518
San Felipe (omitted)						
Limonar	-.1423839	.1875216	-0.76	0.448	-.5099195	.2251517
<u>Número motivos consulta según el médico</u>						
Uno						
Más de uno	-.0993321	.0865319	-1.15	0.251	-.2689316	.0702674

Tabla 72- Cont.- Regresión multivariante binomial negativa de la escala de Emociones de DESCONFIANZA-IRA del profesional durante los encuentros difíciles. N=291

VARIABLE INDEP.	Coefficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Motivo de consulta</u>						
Pedir baja	.0410631	.1553125	0.26	0.791	-.2633439	.3454701
Pedir informe	-.0079442	.1650403	-0.05	0.962	-.3314172	.3155288
Pedir derivac	-.2370368	.1996905	-1.19	0.235	-.628423	.1543494
Pedir anal-der	.2627823	.1760349	1.49	0.135	-.0822398	.6078044
<u>Escala comunicación médico-paciente</u>						
Apoyo_emoci.	-.0094094	.0156802	-0.60	0.548	-.040142	.0213232
<u>Factores externos</u>						
Facilidad para obener cita						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.2015296	.0934265	-2.16	0.031	-.3846421	-.018417
No pertinen.	-.0640844	.3462287	-0.19	0.853	-.7426803	.6145114
Confort sala espera						
De acuerdo						
Desacuerdo	.1769447	.0707614	2.50	0.012	.0382549	.3156344
No pertinen.	-.4828148	.2978631	-1.62	0.105	-1.066616	.1009862
<u>Calidad de vida relacionada con la salud física</u>						
sf12_física	.0046556	.0029007	1.61	0.108	-.0010296	.0103408
<u>Calidad de vida relacionada con la Salud mental</u>						
sf12_mental	.0026906	.0039947	0.67	0.501	-.0051389	.0105201
<u>Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro</u>						
Grande						
Muy grande	.2173028	.1402499	1.55	0.121	-.0575819	.4921874
Extremo	.3785541	.1456803	2.60	0.009	.0930261	.6640822
<u>MEDICO</u>						
<u>Burnout</u>						
Desgaste.emoc	.0133893	.0087334	1.53	0.125	-.0037278	.0305064
Despersonaliz	.0111238	.1708426	0.07	0.948	-.3237215	.3459691
Realiz.person	-.0340391	.014346	-2.37	0.018	-.0621567	-.0059214
<u>Ansiedad y Depresión del médico</u>						
Depresión med	.4356994	.1259463	3.46	0.001	.1888492	.6825495
<u>Apoyo social de familia y amigos del médico</u>						
Buen apoyo	-.0021624	.0494051	-0.04	0.965	-.0989947	.0946699
<u>Acontecimientos vitales estresantes del médico</u>						
Separado, divorcio						
	.0829845	.2340823	0.35	0.723	-.3758083	.5417773
Crisis económ	.1686657	.1355893	1.24	0.214	-.0970844	.4344159
P.polic-just	.3111638	.2268227	1.37	0.170	-.1334005	.755728

Nota: El centro de salud San Felipe fue extraído de la ecuación por colinealidad.

¹= Error estándar ajustado por el cluster "médico"

Tabla 73.- Regresión multivariante binomial negativa de la escala de Emociones de IMPOTENCIA del profesional durante los encuentros difíciles. N=276

VARIABLE INDEP.	Coefficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Turno mañana/tarde</u>						
Turno tarde	.1999879	.1417099	1.41	0.158	-.0777585	.4777343
<u>Centro de Salud</u>						
El Palo						
Portada Alta	-.1934747	.3592446	-0.54	0.590	-.8975812	.5106317
Delicias	-.5413349	.2040511	-2.65	0.008	-.9412676	-.1414021
San Andrés	.0228749	.1339709	0.17	0.864	-.2397033	.285453
Federico Cast	-.2920835	.1532348	-1.91	0.057	-.5924182	.0082512
El Valle	-.8722012	.1168359	-7.47	0.000	-1.101195	-.643207
San Felipe (omitted)						
El Limonar	.1766756	.1509232	1.17	0.242	-.1191285	.4724796
<u>Ciudad</u>						
Jaén						
Málaga	.1443284	.1639026	0.88	0.379	-.1769149	.4655716
<u>Sexo paciente</u>						
Mujer						
Hombre	.0363698	.0619946	0.59	0.557	-.0851374	.1578771
<u>Estado Civil</u>						
Casado						
Vive pareja	.1581201	.0811991	1.95	0.051	-.0010272	.3172675
Divorciado	-.0394206	.1146801	-0.34	0.731	-.2641895	.1853483
Viudo	-.0945718	.0962932	-0.98	0.326	-.2833029	.0941594
Soltero	-.0467687	.0843301	-0.55	0.579	-.2120525	.1185152
<u>Problemas crónicos</u>						
General	.1210485	.0782286	1.55	0.122	-.0322767	.2743738
Sangre	.1635354	.0641096	2.55	0.011	.0378829	.2891878
Circulatorio	.0445602	.05702	0.78	0.435	-.0671969	.1563173
Locomotor	.1265667	.0537474	2.35	0.019	.0212237	.2319097
Nervioso	.1444201	.0488667	2.96	0.003	.0486432	.2401969
Psicológico	.1053764	.0518236	2.03	0.042	.003804	.2069488
Social	.2902538	.1144265	2.54	0.011	.0659819	.5145256
<u>Número de problemas de salud crónicos</u>						
n°probl.cron	-.0220261	.0143304	-1.54	0.124	-.0501131	.0060608
<u>Calidad de vida relacionada con la salud física</u>						
sf12_física	-.0063076	.0021639	-2.91	0.004	-.0105488	-.0020664
<u>Calidad de vida relacionada con la salud mental</u>						
sf12_mental	.003359	.0030456	1.10	0.270	-.0026103	.0093283
<u>Percepción de calida de vida</u>						
Muy buen/buen						
Ni buena/mala	.1530249	.0678509	2.26	0.024	.0200396	.2860102
Mala	.1253549	.0854496	1.47	0.142	-.0421232	.2928331
Muy mala	-.1280363	.1144686	-1.12	0.263	-.3523907	.0963181
<u>Satisfacción con la convivencia en el hogar</u>						
Muy/bastante satisfecho						
Ni sati/insat	-.0673621	.0777517	-0.87	0.386	-.2197527	.0850285
Bastante insati	.3818053	.1431137	2.67	0.008	.1013076	.6623031
Muy insatisf.	-.090795	.1599766	-0.57	0.570	-.4043433	.2227533

Tabla 73-Cont.- Regresión multivariante binomial negativa de la escala de Emociones de IMPOTENCIA del profesional durante los encuentros difíciles. N=276

VARIABLE INDEP.	Coeficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Apoyo social de familia y amigos del paciente</u>						
Buen apoyo	.1663457	.0679393	2.45	0.014	.0331871	.2995042
Hora del E.D.	-2.89e-06	5.34e-06	-0.54	0.588	-.0000134	7.58e-06
<u>Nº problemas consultados nuevos según paciente</u>						
Ninguno						
Uno	-.0097832	.0704827	-0.14	0.890	-.1479267	.1283602
Más de uno	-.0372932	.1690107	-0.22	0.825	-.3685482	.2939618
<u>Expectativas cubiertas</u>						
<u>Enviar al especialista</u>						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0959808	.1020174	-0.94	0.347	-.2959312	.1039696
No pertinen.	-.0621424	.0707981	-0.88	0.380	-.2009042	.0766193
<u>Motivos de consulta según médico</u>						
Renovar baja	-.3819394	.1055013	-3.62	0.000	-.5887181	-.1751607
Pedir análisis	-.1423634	.1120934	-1.27	0.204	-.3620623	.0773356
<u>Malestar emocional del médico en el encuentro</u>						
Grande						
Muy grande	.2187085	.0795894	2.75	0.006	.0627161	.3747008
Extremo	.4222465	.0930261	4.54	0.000	.2399187	.6045742
<u>MEDICO</u>						
<u>Personalidad del médico -EPI-</u>						
Neurotic.med	.0139103	.0207157	0.67	0.502	-.0266917	.0545124
<u>Apoyo social de familia y amigos del médico</u>						
Buen apoyo	.1759532	.1472612	1.19	0.232	-.1126734	.4645799
<u>Ansiedad y Depresión del médico</u>						
Ansiedad SI						
Depresión SI	.2951678	.100736	2.93	0.003	.0977288	.4926067
<u>Acontecimientos vitales estresantes del médico</u>						
Crisis económ	.1378956	.0985225	1.40	0.162	-.055205	.3309962
P.polic-just	-.0185005	.1279179	-0.14	0.885	-.2692149	.2322139

¹Error estándar ajustado por el cluster "médico"

Nota: El centro de salud San Felipe fue extraído de la ecuación por colinealidad.

Tabla 74.- Regresión multivariante binomial negativa de la escala de Emociones de ANSIEDAD del profesional durante los encuentros difíciles. N=284

VARIABLE INDEP.	Coeficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Sexo paciente</u>						
Pacient varón	-.1259974	.0903644	-1.39	0.163	-.3031083	.0511135
<u>Estado civil</u>						
Casado						
Vive pareja	.0103956	.0977866	0.11	0.915	-.1812626	.2020538
Divorciado	.3080226	.1912552	1.61	0.107	-.0668308	.682876
viudo	-.1245506	.10413	-1.20	0.232	-.3286417	.0795405
soltero	-.089039	.1093776	-0.81	0.416	-.3034151	.1253372
<u>Situación laboral</u>						
Trabajando						
Desempleado	.1372867	.1112983	1.23	0.217	-.0808539	.3554273
Jubilado	.2199427	.0954602	2.30	0.021	.0328442	.4070412
Incapacitado	.126287	.1108346	1.14	0.255	-.0909448	.3435188
Ama de Casa	.0743839	.0835836	0.89	0.374	-.089437	.2382047
Estudiante	-.0838653	.2065236	-0.41	0.685	-.4886442	.3209136
Otros	-.1515482	.2912487	-0.52	0.603	-.7223852	.4192887
<u>Problemas crónicos</u>						
Circulatorio	.05016	.058477	0.86	0.391	-.0644529	.1647728
Locomotor	.1389314	.0628351	2.21	0.027	.0157768	.262086
<u>Número de problemas de salud crónicos</u>						
Nºprobl.cron	-.030788	.017372	-1.77	0.076	-.0648365	.0032605
<u>Calidad de vida relacionada con la salud física</u>						
sf12_fisica	-.0000536	.0031242	-0.02	0.986	-.0061769	.0060696
<u>Calidad de vida relacionada con la salud mental</u>						
sf12_mental	.0048429	.0034886	1.39	0.165	-.0019947	.0116805
<u>Calidad de vida general</u>						
Muy buena, buena						
Ni buen/mala	.0774176	.063563	1.22	0.223	-.0471635	.2019988
Mala	.114278	.1269906	0.90	0.368	-.134619	.363175
Muy mala	-.1721709	.2037677	-0.84	0.398	-.5715484	.2272065
<u>Satisfacción con la convivencia en el hogar</u>						
Muy/bastante satisfecho						
Ni sati/insat	-.0595872	.0776571	-0.77	0.443	-.2117923	.0926179
Bast.insatis.	.2933305	.1334956	2.20	0.028	.031684	.554977
Muy insatisf.	.152118	.1682421	0.90	0.366	-.1776305	.4818665
<u>Ciudad</u>						
Málaga	.9704825	.1835008	5.29	0.000	.6108274	1.330137
<u>Centro de Salud</u>						
El Palo						
Portada alta	-.6992582	.4150211	-1.68	0.092	-1.512685	.1141681
Delicias	-.6377291	.1721607	-3.70	0.000	-.9751577	-.3003004
San Andrés	-.042236	.2563917	-0.16	0.869	-.5447544	.4602825
Federico Cast	.3878834	.1585046	2.45	0.014	.0772201	.6985468
El Valle	-.6131064	.1265267	-4.85	0.000	-.8610942	-.3651185
San Felipe (omitted)						
El Limonar	-.0336361	.2054973	-0.16	0.870	-.4364034	.3691313

Tabla 74-Cont.- Regresión multivariante binomial negativa de la escala de Emociones de ANSIEDAD del profesional durante los encuentros difíciles. N=284

VARIABLE INDEP.	Coefficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
Consulta por problemas nuevos						
Ninguno						
Uno	.0258565	.0774085	0.33	0.738	-.1258613	.1775743
Más de uno	-.3025407	.1967328	-1.54	0.124	-.68813	.0830485
Motivos consulta según paciente						
Ir por baja	-.1541151	.2246124	-0.69	0.493	-.5943472	.2861171
Ir por análisis	-.1397684	.181957	-0.77	0.442	-.4963975	.2168607
ir por result	-.3011341	.131432	-2.29	0.022	-.5587362	-.0435321
ir por deriva	.0438447	.1507845	0.29	0.771	-.2516874	.3393768
Ir por locomo	-.1615357	.1244165	-1.30	0.194	-.4053877	.0823162
Nºproblemas consultados según paciente						
Uno						
Más de uno	-.1151682	.0853603	-1.35	0.177	-.2824712	.0521348
Motivos de consulta según médico						
Motiv.informe	.2520431	.0776276	3.25	0.001	.0998959	.4041903
Motiv.psicoso	.1236341	.1262815	0.98	0.328	-.123873	.3711413
Malestar emocional del médico en el encuentro						
Grande						
Muy grande	.1620327	.1116364	1.45	0.147	-.0567707	.3808361
Extremo	.3731903	.1026378	3.64	0.000	.1720239	.5743567
Expectativas cubiertas						
Solicitar pruebas						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0777238	.0962951	-0.81	0.420	-.2664587	.1110111
No pertinen.	-.0060365	.0797934	-0.08	0.940	-.1624287	.1503556
Factores externos						
Dificultad para obener cita						
De acuerdo						
Desacuerdo 	-.1946553	.0916027	-2.12	0.034	-.3741933	-.0151174
No pertinen.	.1681665	.2354375	0.71	0.475	-.2932825	.6296155
Confort sala espera						
De acuerdo						
Desacuerdo	.145898	.0810032	1.80	0.072	-.0128653	.3046613
No pertinen.	.3404981	.1197757	2.84	0.004	.1057421	.5752541
MEDICO						
Apoyo social de familia y amigos del médico						
Buen apoyo	.0300567	.048239	0.62	0.533	-.0644901	.1246035
Personalidad del médico -EPI-						
Neurot. medic	.0259898	.0166826	1.56	0.119	-.0067074	.058687
EPI_Extrav~n	-.0073809	.0212231	-0.35	0.728	-.0489775	.0342157
Bournout del médico						
MBI_Desg.emoc	.0156178	.0075994	2.06	0.040	.0007233	.0305123
MBI_desperson	-.1214876	.1798875	-0.68	0.499	-.4740606	.2310853
Acontecimientos vitales estresantes del médico						
Separado, divorcio						
	-.2333859	.1823843	-1.28	0.201	-.5908526	.1240808

Nota: El centro de salud San Felipe fue extraído de la ecuación por colinealidad.

¹= Error estándar ajustado por el cluster "médico"

Tabla 75.- Regresión multivariante binomial negativa de la escala de Emociones de DEPRESIÓN del profesional durante los encuentros difíciles. N=290

VARIABLE INDEP.	Coefficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
Edad paciente	.0094203	.0034865	2.70	0.007	.0025869	.0162538
Estado civil						
Casado						
Vive pareja	.4209597	.1839601	2.29	0.022	.0604046	.7815149
Divorciado	-.3542278	.2442768	-1.45	0.147	-.8330015	.1245458
Viudo	-.3484281	.1271721	-2.74	0.006	-.5976808	-.0991753
Soltero	-.0191395	.1096506	-0.17	0.861	-.2340508	.1957718
Situación laboral						
Trabajando						
Paro	-.228088	.1984329	-1.15	0.250	-.6170092	.1608333
jubilado	-.2591487	.1244542	-2.08	0.037	-.5030745	-.0152228
Invalido	.048518	.1412716	0.34	0.731	-.2283692	.3254052
Ama de casa	-.0176433	.111047	-0.16	0.874	-.2352915	.2000048
Estudiante	.7061416	.3392034	2.08	0.037	.041315	1.370968
Otro	-.1623478	.3397551	-0.48	0.633	-.8282556	.50356
Problemas crónicos						
Sangre	.1228242	.1305838	0.94	0.347	-.1331153	.3787637
Circulatorio	.0467608	.1048985	0.45	0.656	-.1588365	.2523581
Locomotor	.0556286	.097349	0.57	0.568	-.135172	.2464292
Nervioso	.1081528	.1122071	0.96	0.335	-.1117691	.3280748
Nºprobl.croni	-.0369188	.0236516	-1.56	0.119	-.0832751	.0094376
Calidad de vida relacionada con la salud física						
sf12_fisica	-.0026969	.0034894	-0.77	0.440	-.0095359	.0041422
Calidad de vida relacionada con la salud mental						
sf12_mental	-.0044895	.0039639	-1.13	0.257	-.0122585	.0032796
Ciudad						
Málaga	2.115676	.2089447	10.13	0.000	1.706152	2.5252
Centro de Salud						
El Palo						
Portada Alta	-.5859209	.4487995	-1.31	0.192	-1.465552	.2937099
Delicias	-.8081014	.2284564	-3.54	0.000	-1.255868	-.3603351
San Andrés	-.1277317	.2080536	-0.61	0.539	-.5355093	.2800458
Federico Cast	1.540852	.1693077	9.10	0.000	1.209015	1.872689
El Valle (omitted)						
San Felipe	2.187116	.1472565	14.85	0.000	1.898499	2.475734
Limonar	.0878534	.2630578	0.33	0.738	-.4277303	.6034372
Nºproblemas consultados nuevos según el paciente						
Ninguno						
Uno	-.2944289	.1175128	-2.51	0.012	-.5247498	-.064108
Más de uno	-.1663312	.1662256	-1.00	0.317	-.4921274	.1594651

Tabla 75-Cont.- Regresión Multivariante de la escala de Emociones de DEPRESIÓN del profesional durante los encuentros difíciles. N=290

VARIABLE INDEP.	Coeficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
Motivo consulta según paciente						
Ir por baja	-.7653861	.1956128	-3.91	0.000	-1.14878	-.3819921
Ir por deriva	.1249021	.1525018	0.82	0.413	-.1739958	.4238
Motivo consulta según médico						
Informe	.2969794	.0851494	3.49	0.000	.1300896	.4638692
Derivación	.195474	.13301	1.47	0.142	-.0652208	.4561689
Revision clin	.069489	.1367616	0.51	0.611	-.1985589	.3375369
Malestar emocional del médico en el encuentro						
Grande						
Muy grande	.1580354	.1138023	1.39	0.165	-.065013	.3810837
Extremo	.1985372	.1344942	1.48	0.140	-.0650667	.462141
MEDICO						
Personalidad del médico -EPI-						
Neurotic.medi	.0530609	.0223046	2.38	0.017	.0093446	.0967771
Sociabil.medi	-.0178144	.0238555	-0.75	0.455	-.0645702	.0289415
Bournout del médico						
Desgast.emoci	.0181083	.006879	2.63	0.008	.0046257	.0315909
Despersonaliz	.346314	.140867	2.46	0.014	.0702199	.6224082
Apoyo social de familia y amigos del médico						
Buen apoyo	.0055465	.0488922	0.11	0.910	-.0902805	.1013734
Acontecimientos vitales estresantes del médico						
Separado, divorcio	.3127361	.229914	1.36	0.174	-.1378871	.7633592
Crisis económ	-.0456307	.150718	-0.30	0.762	-.3410325	.2497712
P.polic-just	.1767922	.1106554	1.60	0.110	-.0400884	.3936728
Robo	-.1573441	.1276151	-1.23	0.218	-.4074651	.0927769

¹Error estándar ajustado por el cluster "médico"

Nota: El centro de salud El Valle fue omitido por un problema de colinealidad

Tabla 76.- Regresión Multivariante de la escala de Emociones de INSEGURIDAD del profesional durante los encuentros difíciles.

VARIABLE INDEP.	Coef. Correl	Error Estándar	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Edad paciente</u>	.0002996	.0050764	0.06	0.953	-.00965	.0102491
<u>Estado civil</u>						
Casado						
Vive pareja	.1573846	.1661701	0.95	0.344	-.1683028	.483072
divorciado	.1026214	.1384383	0.74	0.459	-.1687127	.3739554
viudo	-.2952923	.1366991	-2.16	0.031	-.5632176	-.027367
soltero	-.132206	.1360927	-0.97	0.331	-.3989428	.1345308
<u>Situación laboral</u>						
Trabajando						
En paro	.1019131	.1745089	0.58	0.559	-.2401181	.4439443
jubilado	.0019352	.1311203	0.01	0.988	-.2550559	.2589264
Incapacitado	.2632445	.1320746	1.99	0.046	.0043831	.522106
Ama de casa	-.1072982	.1156553	-0.93	0.354	-.3339784	.1193819
Estudiantes	.3433785	.2315743	1.48	0.138	-.1104988	.7972559
Otros	.1364621	.2689059	0.51	0.612	-.3905838	.663508
<u>Número de problemas de salud crónicos</u>						
numprobl	.0436037	.0236331	1.85	0.065	-.0027163	.0899238
<u>Problemas crónicos</u>						
sangre	.1916475	.2103316	0.91	0.362	-.2205949	.6038899
respiratorio	-.3405617	.1388984	-2.45	0.014	-.6127975	-.0683259
piel	-.0951733	.1133028	-0.84	0.401	-.3172427	.126896
<u>Calidad de vida relacionada con la salud física</u>						
sf12_fisica	-.0021563	.0033911	-0.64	0.525	-.0088027	.0044901
<u>Calidad de vida relacionada con la salud mental</u>						
sf12_mental	.0061572	.0035667	1.73	0.084	-.0008334	.0131479
<u>Satisfacción con la convivencia en el hogar</u>						
Muy/bastante satisfecho						
Ni insat/sati	-.1874312	.1062019	-1.76	0.078	-.3955831	.0207207
Bastante insa	.2036286	.1750572	1.16	0.245	-.1394772	.5467344
Muy insatisf.	.3045604	.2165394	1.41	0.160	-.1198491	.7289698
<u>Depresión del paciente</u>						
SI	.11824	.1066675	1.11	0.268	-.0908244	.3273045
<u>Centro de Salud</u>						
El Palo						
Portada Alta	-.5019379	.3190889	-1.57	0.116	-1.127341	.1234649
Delicias	-1.354219	.2613386	-5.18	0.000	-1.866433	-.8420046
San Andrés	.1935772	.2728199	0.71	0.478	-.3411399	.7282944
Federico Cast	-.415637	.2493349	-1.67	0.096	-.9043245	.0730505
El Valle	-1.20215	.3043876	-3.95	0.000	-1.798739	-.6055609
San Felipe	.036121	.2254075	0.16	0.873	-.4056696	.4779115
Limonar	-.1583814	.2875199	-0.55	0.582	-.7219102	.4051473
<u>Puntuación malestar emocional del paciente en el encuentro</u>						
Sin dificultad						
Con Dificult	-.0098371	.096605	-0.10	0.919	-.1991793	.1795052

Tabla 76 Cont.- Regresión Multivariante de la escala de Emociones de INSEGURIDAD del profesional durante los encuentros difíciles.

VARIABLE INDEP.	Coef. Correl	Error Estándar	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Número de días desde el encuentro</u>						
Menos de 7 días						
Más 7 días	-.1773892	.138026	-1.29	0.199	-.4479151	.0931368
<u>Número de problemas consultados según paciente</u>						
Uno						
Más de uno	-.2298802	.1044067	-2.28	0.023	-.4345136	-.0252468
<u>Número de problemas nuevos consultados</u>						
Ninguno						
Uno	.0357576	.0960844	0.37	0.710	-.1525644	.2240795
Más de uno	-.3496354	.2648181	-1.32	0.187	-.8686693	.1693985
<u>Motivo consulta según paciente</u>						
respiratorio	-.0494037	.1322472	-0.37	0.709	-.3086035	.209796
circulatorio	-.3545617	.1425072	-2.49	0.013	-.6338707	-.0752527
recetas	.0051841	.0873965	0.06	0.953	-.16611	.1764781
pedir análisis	-.2142857	.1820366	-1.18	0.239	-.5710709	.1424995
<u>Factores externos</u>						
<u>Comodidad consulta</u>						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1560641	.1410433	-1.11	0.269	-.4325039	.1203757
No pertinen.	.1027738	.1923106	0.53	0.593	-.274148	.4796956
<u>Motivo consulta según médico</u>						
respiratorio	-.0888813	.1898472	-0.47	0.640	-.4609749	.2832123
psicosocial	.0357584	.1454395	0.25	0.806	-.2492978	.3208146
recetas	.0255075	.1018488	0.25	0.802	-.1741125	.2251275
<u>MÉDICO</u>						
<u>Edad del médico</u>						
	-.0143033	.0359931	-0.40	0.691	-.0848485	.0562419
<u>Personalidad del médico -EPI-</u>						
Neuroticismo	.0069172	.0275721	0.25	0.802	-.0471231	.0609575
Sociabilidad	.0085311	.0301058	0.28	0.777	-.0504752	.0675373
<u>Bournout del médico</u>						
Desgaste emo	.0244904	.0105342	2.32	0.020	.0038438	.0451371
Despersonali	-.2897222	.2938647	-0.99	0.324	-.8656865	.2862421
<u>Ansiedad y Depresión del médico</u>						
Ansiedad SI	.0914829	.2120857	0.43	0.666	-.3241974	.5071632
Depresión SI	.2995825	.1030004	2.91	0.004	.0977054	.5014596
<u>Acontecimientos vitales estresantes del médico</u>						
<u>Separado, divorcio</u>						
	.1465028	.2207913	0.66	0.507	-.2862402	.5792458
Crisis económ	.1406733	.1438058	0.98	0.328	-.1411808	.4225275
P.polic-just	.2448352	.1802835	1.36	0.174	-.108514	.5981845

Tasa de razón de verosimilitud=0; $\chi^2 = 44.30$; Prob $\chi^2 > = 0,000$

Number of obs = 281

(Std. Err. adjusted for 39 clusters in medico)

Tabla 77.- Regresión multivariante binomial negativa de la escala de Emociones POSITIVAS del profesional durante los encuentros difíciles. N=261

VARIABLE INDEP.	Coefficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Día de la semana</u>						
Lunes						
Martes	-.2390147	.1607544	-1.49	0.137	-.5540876	.0760582
Miércoles	-.2585448	.1378146	-1.88	0.061	-.5286564	.0115668
Jueves	-.1326498	.1516463	-0.87	0.382	-.4298711	.1645715
Viernes	-.0259064	.1190021	-0.22	0.828	-.2591462	.2073334
<u>Centro de Salud</u>						
El Palo						
Portada Alta	.0624295	.2368827	0.26	0.792	-.4018521	.526711
Delicias	-.7926722	.5163398	-1.54	0.125	-1.80468	.2193353
San Andrés	-.2495899	.2887505	-0.86	0.387	-.8155305	.3163506
Federico Cast	.009415	.2243117	0.04	0.967	-.4302279	.4490579
El Valle	-.3691288	.4637134	-0.80	0.426	-1.27799	.5397327
San Felipe	.1143373	.219827	0.52	0.603	-.3165157	.5451903
Limonar	-.3364123	.23415	-1.44	0.151	-.7953378	.1225132
<u>Sexo paciente</u>						
Mujer						
Hombre	-.0812646	.1231563	-0.66	0.509	-.3226466	.1601173
<u>Nº convivientes hogar</u>						
r2_numconvi	-.1891194	.169608	-1.12	0.265	-.5215449	.1433061
<u>Estado civil</u>						
Casado						
Vive pareja	-.5638783	.3154226	-1.79	0.074	-1.182095	.0543387
Divorciado	-.1640909	.2587098	-0.63	0.526	-.6711527	.3429709
Viudo	-.347911	.1591818	-2.19	0.029	-.6599015	-.0359204
Soltero	.0537288	.1608962	0.33	0.738	-.261622	.3690795
<u>Situación laboral</u>						
Trabajando						
Paro	.4040633	.2563748	1.58	0.115	-.0984221	.9065487
Jubilado	-.2532933	.1383718	-1.83	0.067	-.524497	.0179105
Incapacitado	-.1900486	.1981183	-0.96	0.337	-.5783534	.1982561
Ama de casa	.106946	.1649655	0.65	0.517	-.2163804	.4302724
Estudiante	-.3566852	.304457	-1.17	0.241	-.9534101	.2400396
Otro	.753783	.4775455	1.58	0.114	-.182189	1.689755
<u>Clase social</u>						
Clase I-II						
III	.1826953	.2081318	0.88	0.380	-.2252356	.5906263
IV	.0898286	.2009501	0.45	0.655	-.3040264	.4836835
V	-.1124814	.233927	-0.48	0.631	-.5709699	.3460071
VI	.2529263	.2488149	1.02	0.309	-.234742	.7405946
<u>Número de problemas de salud crónicos</u>						
Nºprobl.croni	.0350462	.0451032	0.78	0.437	-.0533544	.1234469
<u>Problemas crónicos</u>						
General	-.314195	.1602151	-1.96	0.050	-.6282108	-.0001792
Digestivo	.2855918	.0997397	2.86	0.004	.0901056	.481078
Circulatorio	-.0525749	.146253	-0.36	0.719	-.3392254	.2340757
Nervioso	.3391169	.1237524	2.74	0.006	.0965666	.5816672
Psicológico	.1698341	.0917104	1.85	0.064	-.0099151	.3495832
Respiratorio	-.3191436	.1264264	-2.52	0.012	-.5669348	-.0713525

Tabla 77- Cont.- Regresión multivariante binomial negativa de la escala de Emociones POSITIVAS del profesional durante los encuentros difíciles. N=261

VARIABLE INDEP.	Coefficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Calidad de vida</u>						
Muy buena-buena						
Ni buen/mala	-.1253275	.1541857	-0.81	0.416	-.4275259	.1768709
Mala	-.1602528	.1733245	-0.92	0.355	-.4999625	.1794569
Muy mala	-.244027	.1923454	-1.27	0.205	-.6210171	.1329631
<u>Depresión del paciente</u>						
SI	.1739963	.1169225	1.49	0.137	-.0551676	.4031602
<u>Motivo consulta según paciente</u>						
Respiratorio	-.1942421	.1442188	-1.35	0.178	-.4769057	.0884215
Baja laboral	-.3796997	.2389289	-1.59	0.112	-.8479918	.0885924
Pedir análisis	-.4719007	.4694936	-1.01	0.315	-1.392091	.44829
Análisis-deriva	.3823204	.4534134	0.84	0.399	-.5063535	1.270994
<u>Escala comunicación médico-paciente</u>						
Apoyo_emocion	.0450398	.0211927	2.13	0.034	.0035029	.0865767
<u>Factores externos</u>						
Poco tiempo espera (sala espera)						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0042503	.1124587	-0.04	0.970	-.2246654	.2161647
No pertinen.	.5753099	.3496957	1.65	0.100	-.110081	1.260701
Comodidad consulta						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1631868	.1872337	-0.87	0.383	-.5301581	.2037844
No pertinen.	omitted because of collinearity					
<u>MÉDICO</u>						
Edad médico	.0573608	.0283173	2.03	0.043	.0018599	.1128618
<u>Malestar emocional del médico en el encuentro</u>						
Grande						
Muy grande	.1622617	.1288357	1.26	0.208	-.0902517	.414775
Extremo	.269558	.1164711	2.31	0.021	.0412789	.4978371
<u>Motivo de consulta según médico</u>						
General	-.0080627	.1504359	-0.05	0.957	-.3029116	.2867863
Respiratorio	.0265516	.1577989	0.17	0.866	-.2827286	.3358317
Psicológico	.1023414	.2248254	0.46	0.649	-.3383083	.5429911
Baja laboral	-.0708439	.2192511	-0.32	0.747	-.5005682	.3588803
Burocrático	-.0970315	.0846559	-1.15	0.252	-.2629541	.068891
Pedir análisis	-.4085214	.4174729	-0.98	0.328	-1.226753	.4097104
Análisis-Deriv.	-.1926242	.2101987	-0.92	0.359	-.604606	.2193576
<u>Personalidad del médico -EPI-</u>						
Realiz.person	.0289333	.017941	1.61	0.107	-.0062304	.064097
<u>Apoyo social de familia y amigos del médico</u>						
Buen apoyo	-.1214341	.0553441	-2.19	0.028	-.2299065	-.0129617
<u>Acontecimientos vitales estresantes del médico</u>						
Enf prop grave	-.2479255	.0874159	-2.84	0.005	-.4192575	-.0765934
Fallec. Padre/hijo/pareja						
	.2659929	.1684001	1.58	0.114	-.0640652	.5960511
Separado/div.	-.0134123	.392609	-0.03	0.973	-.7829117	.7560872
Crisis encon.	-.1581853	.2174629	-0.73	0.467	-.5844047	.2680342
Prob. Justic.	-.1555116	.3263589	-0.48	0.634	-.7951632	.4841401

¹Error estándar ajustado por el cluster "médico"

Nota: La opción "no pertinente" de la Variable "comodidad en la consulta" se omitió por colinealidad

Tabla 78.- Análisis multivariante binomial negativa de la escala GLOBAL DE EMOCIONES NEGATIVAS del profesional en los encuentros difíciles. N=281

VARIABLE INDEP.	Coficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Turno mañana/tarde</u>						
Mañana						
Tarde	.1076772	.061141	1.76	0.078	-.0121569	.2275113
<u>Edad paciente</u>						
	-.0006513	.001703	-0.38	0.702	-.003989	.0026865
<u>Estado civil</u>						
Casado						
Vive pareja	.184337	.1297635	1.42	0.155	-.0699949	.4386688
Divorc.separa	-.0837424	.1363228	-0.61	0.539	-.3509301	.1834454
Viudo	-.1657858	.1061337	-1.56	0.118	-.3738041	.0422325
Soltero	-.1063259	.1090409	-0.98	0.330	-.3200421	.1073902
<u>Centro de salud</u>						
El Palo						
Portada Alta	-.454174	.3223202	-1.41	0.159	-1.08591	.177562
Delicias	-.579067	.1493649	-3.88	0.000	-.8718168	-.2863173
San Andrés	-.0296213	.2434252	-0.12	0.903	-.5067259	.4474834
Federico Cast	-.4446122	.2422907	-1.84	0.067	-.9194933	.0302688
El Valle	-.8293875	.1289937	-6.43	0.000	-1.08221	-.5765646
Limonar	.0367836	.2046746	0.18	0.857	-.3643712	.4379384
San Felipe	.1987494	.2352204	0.84	0.398	-.262274	.6597729
<u>Número motivos consulta según el médico</u>						
Uno						
Más de uno	-.0246881	.0694974	-0.36	0.722	-.1609004	.1115243
<u>Motivos de consulta según médico</u>						
Prob General	-.0007222	.0841093	-0.01	0.993	-.1655734	.164129
Deriv/Anális	-.0381605	.1096451	-0.35	0.728	-.253061	.1767399
<u>Realizar derivaciones el día ED</u>						
SI						
No	-.0378774	.0689257	-0.55	0.583	-.1729693	.0972146
<u>Morbilidad crónica</u>						
Prob General	.1191537	.0879083	1.36	0.175	-.0531434	.2914509
Prob Hematol	.1551352	.1085202	1.43	0.153	-.0575606	.367831
Prob Circulat	.0544542	.0607539	0.90	0.370	-.0646212	.1735296
Prob Locomot	.1510211	.0672549	2.25	0.025	.0192039	.2828383
Prob social	.2663675	.1029785	2.59	0.010	.0645333	.4682016
<u>Nº convivientes hogar</u>						
numconvi						
r2_numconvi	-.0074508	.096789	-0.08	0.939	-.1971537	.1822522
<u>Satisfacción con la convivencia hogar</u>						
Muy o bastante satisfecho/a						
Satis/Insati	-.0198016	.0693101	-0.29	0.775	-.155647	.1160438
Bastante insa	.336258	.1562054	2.15	0.031	.0301011	.642415
Muy Insatisf	-.0853386	.139511	-0.61	0.541	-.3587752	.1880979
<u>Apoyo social familia y amigos del paciente</u>						
Buen apoyo	.0744717	.0548099	1.36	0.174	-.0329537	.181897

Tabla 78. Cont.- Análisis multivariante binomial negativa de la escala GLOBAL DE EMOCIONES NEGATIVAS del profesional en los encuentros difíciles. N=281

VARIABLE INDEP.	Coefficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Calidad de vida general</u>						
Muy buena, buena						
Ni buen/mala	.1042193	.0725287	1.44	0.151	-.0379343	.246373
Mala	.16546	.0914054	1.81	0.070	-.0136913	.3446112
Muy mala	-.0959235	.1295755	-0.74	0.459	-.3498868	.1580398
<u>Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente</u>						
Prob Locomot	-.0547015	.0663609	-0.82	0.410	-.1847664	.0753635
<u>Número de problemas nuevos consultados según el paciente</u>						
Ninguno						
Uno	-.0175658	.0532534	-0.33	0.742	-.1219407	.086809
Más de uno	-.128838	.1475731	-0.87	0.383	-.4180759	.1604
<u>Factores externos</u>						
<u>Confort en sala de espera</u>						
De acuerdo						
Desacuerdo	.1406238	.0534465	2.63	0.009	.0358706	.245377
No pertinen	.0351313	.2158904	0.16	0.871	-.3880062	.4582688
<u>Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro</u>						
Grande						
Muy grande	.2609258	.11475	2.27	0.023	.03602	.4858316
Extremo	.4951213	.1420881	3.48	0.000	.2166339	.7736088
<u>MEDICO</u>						
<u>Personalidad del médico</u>						
Neuroticismo	.0099442	.0198246	0.50	0.616	-.0289113	.0487997
<u>Bournout del médico</u>						
Desgaste Emoc	.0188965	.0111151	1.70	0.089	-.0028887	.0406818
lg_mbi_despe	-.1429479	.2733832	-0.52	0.601	-.6787691	.3928732
<u>Ansiedad y Depresión del médico</u>						
Depresión SI	.2224503	.1035395	2.15	0.032	.0195166	.4253839
<u>Acontecimientos vitales estresantes del médico</u>						
Divorcio	.3908306	.3602265	1.08	0.278	-.3152003	1.096862
Crisis econo	-.1617093	.2062058	-0.78	0.433	-.5658654	.2424467
Judicial	.2818095	.2009351	1.40	0.161	-.1120159	.675635
<u>Acreditación docente</u>						
SI	.36525	.1931059	1.89	0.059	-.0132306	.7437306
<u>Residente de MFC asignado</u>						
SI	-.6406389	.1710815	-3.74	0.000	-.9759526	-.3053253
<u>Especialidad MFyC- MIR</u>						
SI	.2760912	.234919	1.18	0.240	-.1843416	.7365239

¹Error estándar ajustado por el cluster "médico"

Nota: La variable ciudad fue omitida por un problema de colinealidad

Tabla 79.- Regresión multivariante binomial negativa de la escala de PENSAMIENTOS de FRACASO Y MALTRATO PROFESIONAL, del profesional en los encuentros difíciles. N=288

VARIABLE INDEP.	Coefficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Turno mañana/tarde</u>						
Mañana						
Tarde	.0913185	.0820769	1.11	0.266	-.0695492	.2521862
<u>Centro de Salud</u>						
El Palo						
Portada Alta	-.5004076	.5016589	-1.00	0.319	-1.483641	.4828257
Delicias	-.5514672	.2726045	-2.02	0.043	-1.085762	-.0171722
San Andrés	.057338	.3175484	0.18	0.857	-.5650456	.6797215
Federico Cast	-.6991973	.3408126	-2.05	0.040	-1.367178	-.0312169
El Valle	-1.376812	.4700507	-2.93	0.003	-2.298095	-.45553
Limonar	.555121	.4040788	1.37	0.170	-.2368589	1.347101
San Felipe	.7334684	.3508738	2.09	0.037	.0457683	1.421168
2.ciudad	(omitted)					
<u>Motivos de consulta según médico</u>						
Motiv locomot	-.6072557	.2081246	-2.92	0.004	-1.015172	-.1993391
Derivación	.0934976	.0882184	1.06	0.289	-.0794073	.2664025
<u>Morbilidad crónica</u>						
Probl sangre	.0135686	.1375924	0.10	0.921	-.2561074	.2832447
Probl locomot	.0763045	.0889858	0.86	0.391	-.0981046	.2507135
<u>Situación laboral del paciente</u>						
Trabajando						
Paro	.0737737	.1729555	0.43	0.670	-.2652127	.4127602
Jubilado	.1392509	.1228969	1.13	0.257	-.1016226	.3801245
Incapacitado	.1704714	.1410726	1.21	0.227	-.1060257	.4469685
Cuida fam/hog	.2529559	.1155412	2.19	0.029	.0264994	.4794124
Estudiando	-.8069814	.6669601	-1.21	0.226	-2.114199	.5002364
Otros	-.5588623	.5370134	-1.04	0.298	-1.611389	.4936647
<u>Satisfacción con la convivencia hogar</u>						
Muy o bastante satisfecho/a						
Satis/Insati	-.0022149	.140391	-0.02	0.987	-.2773761	.2729463
Bastante insa	-.0391707	.1420601	-0.28	0.783	-.3176033	.2392619
Muy insatisfe	-.4728423	.2402911	-1.97	0.049	-.9438041	-.0018804
<u>Calidad de vida relacionada con la salud mental</u>						
	.0054537	.0035477	1.54	0.124	-.0014996	.012407
<u>Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente</u>						
Prob Locomot	.1217983	.0760494	1.60	0.109	-.0272557	.2708523
<u>Número de problemas nuevos consultados</u>						
Ninguno						
Uno	-.0633466	.0928465	-0.68	0.495	-.2453224	.1186293
Más de uno	.0003571	.2874531	0.00	0.999	-.5630406	.5637549
<u>Apoyo social familia y amigos del paciente</u>						
Buen apoyo	.1364141	.1108402	1.23	0.218	-.0808287	.3536569

Tabla 79.Cont.- Regresión multivariante binomial negativa de la escala de PENSAMIENTOS de FRACASO Y MALTRATO PROFESIONAL, del profesional en los encuentros difíciles. N=288

VARIABLE INDEP.	Coefficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Cumplimiento expectativas del paciente</u>						
<u>Enviar al especialista</u>						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0132278	.1069727	0.12	0.902	-.1964349	.2228904
No pertinente	-.1459239	.1565413	-0.93	0.351	-.4527392	.1608914
<u>Puntuación malestar emocional del medico en el encuentro</u>						
Grande						
Muy Grande	.2822625	.116483	2.42	0.015	.05396	.510565
Extremo	.5871122	.1643394	3.57	0.000	.2650128	.9092116
<u>MEDICO</u>						
<u>Personalidad del médico</u>						
Neuroticismo	-.0184454	.0332268	-0.56	0.579	-.0835688	.046678
<u>Bournout del médico (MBI)</u>						
Desgaste Emoc	.0313838	.0129557	2.42	0.015	.0059912	.0567765
MBI desper lg	.2700531	.3876416	0.70	0.486	-.4897105	1.029817
Realiz. Pers	-.0161366	.025173	-0.64	0.522	-.0654746	.0332015
<u>Ansiedad y Depresión del médico</u>						
Depresión SI	.0052821	.1603536	0.03	0.974	-.3090051	.3195694
<u>Edad del Médico</u>						
	-.0508203	.031989	-1.59	0.112	-.1135175	.0118768
<u>Apoyo social de familia amigos del médico</u>						
Buen apoyo	-.166926	.3903322	-0.43	0.669	-.9319631	.5981111
<u>Acontecimientos vitales estresantes del médico</u>						
Crisis económ	.1172429	.3150606	0.37	0.710	-.5002645	.7347504
P.polic-just	1.50948	.4604285	3.28	0.001	.6070568	2.411904
<u>Acreditación docente</u>						
SI	.0695175	.3910358	0.18	0.859	-.6968987	.8359336
<u>Residente MFC asignado</u>						
SI	-.2881064	.3415018	-0.84	0.399	-.9574377	.3812249
<u>Especialidad MFyC- MIR</u>						
SI	.6258598	.4124101	1.52	0.129	-.1824493	1.434169

¹Error estándar ajustado por el cluster "médico"

Nota: La variable ciudad se omitió por un problema de colinealidad

Tabla 80.- Regresión multivariante binomial negativa de la escala de PENSAMIENTOS de DESESPERACIÓN, del profesional en los encuentros difíciles. N=261

VARIABLE INDEP.	Coefficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Día de la semana</u>						
Lunes						
Martes	-.0062562	.1020484	-0.06	0.951	-.2062674	.193755
Miércoles	.1009348	.0686701	1.47	0.142	-.0336561	.2355258
Jueves	.0389536	.0824653	0.47	0.637	-.1226753	.2005825
Viernes	-.0458831	.0853505	-0.54	0.591	-.2131669	.1214007
<u>Turno mañana/tarde</u>						
Mañana						
Tarde	.0719202	.0612252	1.17	0.240	-.0480789	.1919193
Edad pacient	-.0057811	.0029912	-1.93	0.053	-.0116437	.0000815
<u>Estado civil</u>						
Casado						
Vive pareja	-.0020283	.1098919	-0.02	0.985	-.2174126	.2133559
Divorc.separa	-.0048913	.1247453	-0.04	0.969	-.2493876	.239605
Viudo	-.0434369	.0720742	-0.60	0.547	-.1846997	.0978259
Soltero	-.0223577	.0810642	-0.28	0.783	-.1812405	.1365252
<u>Centro de salud</u>						
El Palo						
Portada Alta	-.3542462	.2255426	-1.57	0.116	-.7963016	.0878092
Delicias	-.4236666	.1585737	-2.67	0.008	-.7344654	-.1128678
San Andrés	.4033945	.3922712	1.03	0.304	-.3654428	1.172232
Federico Cast	-.260672	.182331	-1.43	0.153	-.6180342	.0966902
El Valle	-.7353791	.2039741	-3.61	0.000	-1.135161	-.3355972
Limonar	.4722448	.3075793	1.54	0.125	-.1305995	1.075089
San Felipe	.1742281	.2652734	0.66	0.511	-.3456982	.6941544
<u>Número motivos consulta según el médico</u>						
Uno						
Más de uno	-.0844324	.0691296	-1.22	0.222	-.219924	.0510592
<u>Motivos de consulta según médico</u>						
Prob Circula	.1175449	.1112862	1.06	0.291	-.100572	.3356618
<u>Realizar derivaciones el día ED</u>						
SI						
No	-.1110532	.0570744	-1.95	0.052	-.222917	.0008106
<u>Número de problemas de salud crónicos</u>						
numprobl	.0010642	.0138452	0.08	0.939	-.0260719	.0282003
<u>Morbilidad crónica</u>						
Prob Circulat	.0716653	.0601892	1.19	0.234	-.0463034	.1896341
Prob Locomot	.0990017	.0524194	1.89	0.059	-.0037385	.2017418
Prob Psicolog	.1072476	.0720784	1.49	0.137	-.0340233	.2485186
Prob Mujer	-.058349	.3007621	-0.19	0.846	-.6478319	.5311339
Prob social	.0113797	.1017706	0.11	0.911	-.1880869	.2108463
<u>Nº Visitas el año anterior</u>						
visitas						
lg_visitas	.1064016	.0389164	2.73	0.006	.0301269	.1826763

Tabla 80.-Cont. 1- Regresión multivariante binomial negativa de la escala de PENSAMIENTOS de DESESPERACIÓN, del profesional en los encuentros difíciles. N=261

VARIABLE INDEP.	Coficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Situación laboral del paciente</u>						
Trabajando						
Paro	.1779125	.0963063	1.85	0.065	-.0108443	.3666694
Jubilado	.2893278	.0958285	3.02	0.003	.1015074	.4771481
Incapacitado	.0285715	.0917615	0.31	0.756	-.1512777	.2084208
Cuida fam/hog	.0935767	.0662348	1.41	0.158	-.0362411	.2233944
Estudiando	-.2009509	.3439084	-0.58	0.559	-.874999	.4730973
Otros	.0374294	.3269966	0.11	0.909	-.6034723	.678331
<u>Cualificación académica</u>						
No sabe leer ni escribir						
Sin estudios	-.215188	.0846527	-2.54	0.011	-.3811042	-.0492718
E. Primarios	-.2115784	.0950699	-2.23	0.026	-.397912	-.0252448
E. Secundario	-.4122575	.1163697	-3.54	0.000	-.640338	-.184177
E. Superiore	-.3497397	.1227092	-2.85	0.004	-.5902453	-.1092341
<u>Salud General</u>						
Excelente, muy buena, buena						
Regular	.0481615	.0728107	0.66	0.508	-.0945448	.1908678
Mala	-.1299908	.0898785	-1.45	0.148	-.3061495	.0461679
<u>Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente</u>						
Prob Locomot	-.0596537	.0591974	-1.01	0.314	-.1756785	.056371
<u>Acontecimientos vitales estresantes paciente</u>						
Ninguno						
Uno	.0719677	.068909	1.04	0.296	-.0630915	.2070269
Dos	.1330896	.0554094	2.40	0.016	.0244891	.24169
Tres	.1210583	.0714031	1.70	0.090	-.0188892	.2610059
Más de 4	-.0657826	.0945388	-0.70	0.487	-.2510753	.1195101
<u>Factores externos</u>						
Confort sala espera						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0456336	.0508493	0.90	0.369	-.0540291	.1452963
No pertinen.	.0025759	.2142843	0.01	0.990	-.4174136	.4225654
<u>Cumplimiento expectativas del paciente</u>						
Enviar al especialista						
De acuerdo						
Desacuerdo	.0898678	.1000096	0.90	0.369	-.1061474	.2858829
No pertinen	-.0825348	.0573994	-1.44	0.150	-.1950356	.029966
<u>Escala comunicación médico-paciente</u>						
Explicaciones	.0068118	.0109064	0.62	0.532	-.0145644	.0281881
x2_ escuchado	-.0002996	.0011994	-0.25	0.803	-.0026504	.0020512

Tabla 80.-Cont. 2- Regresión MULTIVARIANTE binomial negativa de la escala de PENSAMIENTOS de DESESPERACIÓN, del profesional en los encuentros difíciles. N=261

VARIABLE INDEP.	Coefficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
MEDICO						
Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro						
Grande						
Muy grande	.3358017	.0723702	4.64	0.000	.1939587	.4776447
Extremo	.3755616	.0808957	4.64	0.000	.217009	.5341143
Edad del Médico						
Edad medico	.0280283	.0118164	2.37	0.018	.0048685	.051188
Personalidad del médico (EPI)						
Neuroticismo	-.0053472	.0155088	-0.34	0.730	-.0357439	.0250495
Bournout del médico (MBI)						
Desgaste Emoc	.002463	.0057759	0.43	0.670	-.0088575	.0137836
lg_mbi_desper	.1742145	.1220321	1.43	0.153	-.0649641	.4133931
Realiz. Pers	-.0133456	.0082794	-1.61	0.107	-.0295729	.0028817
Ansiedad y Depresión del médico						
Ansiedad SI						
Depresión SI	.477742	.0830847	5.75	0.000	.3148989	.640585
Apoyo social de familia amigos del médico						
Buen apoyo	.2568403	.1425999	1.80	0.072	-.0226504	.536331
Acreditación docente						
SI	.3657582	.2900478	1.26	0.207	-.202725	.9342413
Residente de MFC asignado						
SI	-.35936	.2380997	-1.51	0.131	-.8260269	.1073068
Especialidad MFyC- MIR						
SI	.249157	.1696852	1.47	0.142	-.0834199	.5817339
Antigüedad con cupo de pacientes						
DE 0 a 4 años						
De 5 a 8 años	-.7549423	.2146927	-3.52	0.000	-1.175732	-.3341524
De 9 a 14 año	-.2694792	.1128913	-2.39	0.017	-.4907421	-.0482163
>= 15 años	-.3336345	.184916	-1.80	0.071	-.6960632	.0287942
Acontecimientos vitales estresantes del médico						
Separado, divorcio						
Crisis económica	-.5636371	.3228578	-1.75	0.081	-1.196427	.0691525
Prob. Policía, justicia	.036825	.2563894	0.14	0.886	-.465689	.539339
	.5777513	.272021	2.12	0.034	.0446	1.110903

¹Error estándar ajustado por el cluster "médico"

Tabla 81.- Análisis multivariante binomial negativa de la escala de PENSAMIENTOS de BLOQUEO RELACIONAL del profesional en los encuentros difíciles. N=286

VARIABLE INDEP.	Coeficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
Turno mañana/tarde						
Mañana						
Tarde	.1954614	.0627731	3.11	0.002	.0724283	.3184944
Estado civil						
Casado						
Vive pareja	.29888	.1745451	1.71	0.087	-.0432221	.6409822
Divorc.separa	.0744056	.2155499	0.35	0.730	-.3480644	.4968756
Viudo	-.1360218	.088088	-1.54	0.123	-.3086712	.0366276
Soltero	.0053689	.1194913	0.04	0.964	-.2288298	.2395675
Centro de salud						
El Palo						
Portada Alta	.5953097	.3858761	1.54	0.123	-.1609935	1.351613
Delicias	-.2112384	.3159423	-0.67	0.504	-.8304738	.4079971
San Andrés	.2964024	.5115569	0.58	0.562	-.7062307	1.299036
Federico Cast	-.8435628	.3085673	-2.73	0.006	-1.448344	-.2387819
El Valle	-.9040301	.2877913	-3.14	0.002	-1.468091	-.3399694
Limonar	.8744685	.4622118	1.89	0.059	-.03145	1.780387
San Felipe	.1558194	.3482801	0.45	0.655	-.526797	.8384358
Motivos de consulta según médico						
Deriv/Análisis	-.0379379	.1430226	-0.27	0.791	-.3182571	.2423812
Realizar derivaciones el día ED						
SI						
No	-.0669717	.1027774	-0.65	0.515	-.2684117	.1344683
Morbilidad crónica						
Prob General	.1355225	.1427899	0.95	0.343	-.1443405	.4153854
Prob Locomot	.1469837	.0802217	1.83	0.067	-.0102479	.3042152
Situación laboral del paciente						
Trabajando						
Paro	-.2141097	.1450445	-1.48	0.140	-.4983917	.0701723
Jubilado	.0081442	.1224428	0.07	0.947	-.2318393	.2481277
Incapacitado	-.0237417	.1035878	-0.23	0.819	-.22677	.1792866
Cuida fam/hog	.0250144	.1013103	0.25	0.805	-.1735501	.2235788
Estudiando	-.7230054	.6783348	-1.07	0.286	-2.052517	.6065064
Satisfacción con la convivencia hogar						
Muy o bastante satisfecho/a						
Satis/Insati	.0610355	.1011089	0.60	0.546	-.1371342	.2592053
Bastante insa	.3231188	.1578458	2.05	0.041	.0137466	.6324909
Muy Insatisf	.0079662	.2087477	0.04	0.970	-.4011718	.4171043
Calidad de vida relacionada con la salud mental						
	.0010552	.0028938	0.36	0.715	-.0046165	.0067269

Tabla 81-Cont. 1- Análisis multivariante binomial negativa de la escala de PENSAMIENTOS de BLOQUEO RELACIONAL del profesional en los encuentros difíciles. N=286

VARIABLE INDEP.	Coefficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente</u>						
Prob Locomot	-.0068615	.0946512	-0.07	0.942	-.1923743	.1786514
<u>Apoyo social familia y amigos del paciente</u>						
Buen apoyo	.1334465	.0849275	1.57	0.116	-.0330084	.2999013
<u>Acontecimientos vitales estresantes paciente</u>						
Ninguno						
Uno	.0945174	.1048772	0.90	0.367	-.1110381	.300073
Dos	.0699059	.0965598	0.72	0.469	-.1193479	.2591597
Tres	.0548742	.1186491	0.46	0.644	-.1776738	.2874223
Más de 4	-.0221743	.1069066	-0.21	0.836	-.2317073	.1873587
<u>Factores externos</u>						
<u>Confort sala espera</u>						
De acuerdo						
Desacuerdo	.1398726	.0876304	1.60	0.110	-.0318799	.3116251
No pertinen.	-.0604741	.3411141	-0.18	0.859	-.7290454	.6080972
<u>Escala comunicación médico-paciente</u>						
Apoyo_emoc	-.0275556	.0117221	-2.35	0.019	-.0505304	-.0045808
<u>Cumplimiento expectativas del paciente</u>						
<u>Dar la baja</u>						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.4632987	.242296	-1.91	0.056	-.93819	.0115927
No pertien.	-.0205582	.1152879	-0.18	0.858	-.2465182	.2054018
<u>Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro</u>						
Grande						
Muy grande	.2978137	.0960076	3.10	0.002	.1096423	.4859852
Extremo	.5105689	.1181093	4.32	0.000	.2790788	.7420589
<u>MEDICO</u>						
<u>Personalidad del médico</u>						
Neuroticismo	.0005408	.0220902	0.02	0.980	-.0427551	.0438367
Extraversión	-.1009587	.0318711	-3.17	0.002	-.1634249	-.0384925
<u>Bournout del médico</u>						
Desgaste Emoc	-.0119025	.0103856	-1.15	0.252	-.0322579	.0084529
lg_mbi_d	.1608999	.186311	0.86	0.388	-.2042629	.5260627
Realiz. Pers	-.0109546	.0161503	-0.68	0.498	-.0426085	.0206993
<u>Depresión del médico</u>						
Depresión SI	.667885	.1310935	5.09	0.000	.4109464	.9248236
<u>Apoyo social de familia y amigos del médico</u>						
Buen apoyo	.0609812	.2626845	0.23	0.816	-.453871	.5758335
<u>Acreditación docente</u>						
SI	.0019251	.3938243	0.00	0.996	-.7699563	.7738066

Tabla 81- Cont. 2 -Análisis multivariante binomial negativa de la escala de PENSAMIENTOS de BLOQUEO RELACIONAL del profesional en los encuentros difíciles. N=286

VARIABLE INDEP.	Coeficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
Especialidad MFyC- MIR						
SI	.1086543	.2966881	0.37	0.714	-.4728436	.6901522
Residente de MFC asignado						
SI	-.5718709	.3361345	-1.70	0.089	-1.230682	.0869406
Antigüedad con cupo de pacientes						
DE 0 a 4 años						
De 5 a 8 años	-1.460529	.3937897	-3.71	0.000	-2.232343	-.6887157
De 9 a 14 año	.0172073	.2051654	0.08	0.933	-.3849095	.4193242
>= 15 años	-.1338468	.2221344	-0.60	0.547	-.5692222	.3015285
Acontecimientos vitales estresantes del médico						
Separado, divorcio	-.6191531	.5127796	-1.21	0.227	-1.624183	.3858764
Crisis económica	-.3756976	.3349708	-1.12	0.262	-1.032228	.2808332
Prob. Policía, justicia	1.226141	.4034715	3.04	0.002	.4353509	2.01693

¹Error estándar ajustado por el cluster "médico"

Nota: La variable "ciudad" se omitió por un problema de colinealidad

Tabla 83.- Análisis multivariante binomial negativa de la escala de PENSAMIENTOS de CUESTIONAR SOLUCIONES del profesional en los encuentros difíciles. N=284

VARIABLE INDEP.	Coficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
Estado civil						
Casado						
Vive pareja	.1056473	.1848058	0.57	0.568	-.2565655	.46786
Divorc.separa	-.0208451	.2228883	-0.09	0.925	-.4576981	.4160078
Viudo	-.0465698	.13276	-0.35	0.726	-.3067746	.213635
Soltero	.2251195	.1391339	1.62	0.106	-.047578	.497817
Centro de salud						
El Palo						
Portada Alta	.2307	.2485634	0.93	0.353	-.2564754	.7178753
Delicias	-1.092426	.2699746	-4.05	0.000	-1.621566	-.5632853
San Andrés	.2873959	.2934935	0.98	0.327	-.2878408	.8626325
Federico Cast	-.1747709	.2925736	-0.60	0.550	-.7482046	.3986628
El Valle	-.588777	.2652549	-2.22	0.026	-1.108667	-.068887
Limonar	.0673382	.2438279	0.28	0.782	-.4105556	.545232
San Felipe	-.5244981	.3041659	-1.72	0.085	-1.120652	.071656
Motivos de consulta según médico						
Motiv General	.2594254	.1192673	2.18	0.030	.0256658	.493185
Motiv Psicoso	.3474034	.2048713	1.70	0.090	-.0541369	.7489437
Realización Pr Complementarias el día ED						
SI						
No	.1361112	.1331536	1.02	0.307	-.1248651	.3970875
Morbilidad crónica						
Probl Sangre	-.0893221	.1606255	-0.56	0.578	-.4041424	.2254981
Probl Urinar	-.1604003	.1028182	-1.56	0.119	-.3619202	.0411197
Probl Mujer	-.2126904	.2562588	-0.83	0.407	-.7149485	.2895676
Nº convivientes hogar						
r2_numconvi	.1801318	.1058207	1.70	0.089	-.0272729	.3875365
Satisfacción con la convivencia hogar						
Muy o bastante satisfecho/a						
Satis/Insati	-.0363036	.1039852	-0.35	0.727	-.2401108	.1675036
Bastante insa	.2001276	.1380718	1.45	0.147	-.0704882	.4707433
Muy Insatisf	.1200202	.2620662	0.46	0.647	-.3936201	.6336604
Calidad de vida general						
Muy buena, buena						
Ni buen/mala	.2206297	.0729941	3.02	0.003	.0775639	.3636955
Mala	.1947818	.1146897	1.70	0.089	-.0300058	.4195694
Muy mala	.1164709	.2535438	0.46	0.646	-.3804657	.6134075
Calidad de vida relacionada con la salud mental						
sfl2_mental	.0067397	.0034578	1.95	0.051	-.0000375	.0135168
Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente						
Prob Locomot	-.0173868	.0920071	-0.19	0.850	-.1977174	.1629438
Burocrático	.0662785	.0662914	1.00	0.317	-.0636503	.1962072

Tabla 82.Cont. 1. Análisis multivariante binomial negativa de la escala de PENSAMIENTOS de CUESTIONAR SOLUCIONES del profesional en los encuentros difíciles. N=284

VARIABLE INDEP.	Coefficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Número de problemas nuevos consultados</u>						
Ninguno						
Uno	-.1298848	.0847119	-1.53	0.125	-.295917	.0361475
Más de uno	-.6619128	.354527	-1.87	0.062	-1.356773	.0329473
<u>Acontecimientos vitales estresantes paciente</u>						
Ninguno						
Uno	.245942	.120686	2.04	0.042	.0094017	.4824823
Dos	.3251327	.1291287	2.52	0.012	.0720451	.5782202
Tres	.1555594	.1247701	1.25	0.212	-.0889855	.4001043
Más de 3	.1098241	.1246636	0.88	0.378	-.1345121	.3541603
<u>Factores externos</u>						
<u>Comodidad consulta</u>						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.1443535	.1413743	-1.02	0.307	-.4214421	.132735
No pertinen.	.1390809	.2609081	0.53	0.594	-.3722895	.6504513
<u>Escalas de comunicación según paciente</u>						
explicacio~s	.0065012	.0195075	0.33	0.739	-.0317328	.0447352
x2_escuchado	-.0014092	.0014845	-0.95	0.342	-.0043187	.0015003
<u>Expectativas cubiertas</u>						
<u>Derivar al especialista</u>						
De acuerdo						
Desacuerdo	-.0052811	.1071316	-0.05	0.961	-.2152552	.2046929
No pertinen.	-.2306598	.0978975	-2.36	0.018	-.4225353	-.0387842
<u>MEDICO</u>						
<u>Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro</u>						
Grande						
Muy grande	.0771179	.1025923	0.75	0.452	-.1239593	.2781951
Extremo	.0331994	.1236152	0.27	0.788	-.2090819	.2754807
<u>Personalidad del médico</u>						
Neuroticismo	.0594105	.0209825	2.83	0.005	.0182856	.1005355
<u>Bournout del médico</u>						
Desgaste Emoc	.0070505	.0062086	1.14	0.256	-.0051181	.0192191
lg_mbi_despe	.1114545	.1477108	0.75	0.451	-.1780534	.4009624
<u>Ansiedad y Depresión del médico</u>						
Depresión SI	.6695438	.1310001	5.11	0.000	.4127883	.9262993
<u>Acontecimientos vitales estresantes del médico</u>						
Enf.grav_fam	-.8520675	.1521824	-5.60	0.000	-1.150339	-.5537955
Divorcio	-.2007468	.2082242	-0.96	0.335	-.6088588	.2073652
Crisis econo	.3309837	.2742034	1.21	0.227	-.2064451	.8684124
Judicial	.0460321	.2599677	0.18	0.859	-.4634954	.5555595

¹Error estándar ajustado por el cluster "médico"

Tabla 83.- Análisis multivariante binomial negativa de la escala de PENSAMIENTOS de RECHAZO del profesional en los encuentros difíciles. N=285

VARIABLE INDEP.	Coefficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Día de la semana</u>						
Lunes						
Martes	-.0237723	.1364726	-0.17	0.862	-.2912537	.2437092
Miércoles	.0246917	.1246464	0.20	0.843	-.2196107	.2689941
Jueves	-.140767	.1196163	-1.18	0.239	-.3752106	.0936765
Viernes	-.015974	.1625053	-0.10	0.922	-.3344786	.3025307
<u>Turno mañana/tarde</u>						
Mañana						
Tarde	.2301138	.1074535	2.14	0.032	.0195087	.4407188
<u>Estado civil</u>						
Casado						
Vive pareja	.4647025	.1932363	2.40	0.016	.0859663	.8434387
Divorc.separa	-.1935337	.2652107	-0.73	0.466	-.7133372	.3262697
Viudo	-.1867781	.1308328	-1.43	0.153	-.4432058	.0696496
Soltero	-.0977194	.1330774	-0.73	0.463	-.3585463	.1631076
<u>Centro de salud</u>						
El Palo						
Portada Alta	-.2675307	.4094644	-0.65	0.514	-1.070066	.5350048
Delicias	-.9701431	.2871321	-3.38	0.001	-1.532912	-.4073746
San Andrés	.1337643	.4310403	0.31	0.756	-.7110591	.9785877
Federico Cast	-.7794818	.3470407	-2.25	0.025	-1.459669	-.0992945
El Valle	-2.051456	.3957775	-5.18	0.000	-2.827165	-1.275746
Limonar	.0450382	.4101638	0.11	0.913	-.758868	.8489445
San Felipe	.4148125	.4232946	0.98	0.327	-.4148296	1.244455
<u>Motivos de consulta según médico</u>						
Deriv/Anális	-.0058784	.1308927	-0.04	0.964	-.2624234	.2506665
<u>Petición Pruebas complementarias el día E.D.</u>						
Si						
No	-.0145957	.1313497	-0.11	0.912	-.2720364	.2428449
<u>Morbilidad crónica</u>						
Prob Hematol	.0555998	.195505	0.28	0.776	-.327583	.4387826
Prob Urinario	-.0688776	.0985386	-0.70	0.485	-.2620096	.1242545
Prob Mujer	.1513617	.4816234	0.31	0.753	-.7926029	1.095326
<u>Situación laboral del paciente</u>						
Trabajando						
Paro	.0457755	.1847459	0.25	0.804	-.3163197	.4078707
Jubilado	.3491892	.1636734	2.13	0.033	.0283953	.6699831
Incapacitado	.1648153	.2255803	0.73	0.465	-.277314	.6069446
Cuida fam/hog	.1782714	.1259365	1.42	0.157	-.0685597	.4251025
Estudiando	.7155825	.882418	0.81	0.417	-1.013925	2.44509
Otros	-.283342	.35404	-0.80	0.424	-.9772477	.4105637
<u>Salud General</u>						
Excelente, muy buena, buena						
Regular	.2137732	.1230183	1.74	0.082	-.0273382	.4548846
Mala	-.1187511	.1380554	-0.86	0.390	-.3893348	.1518325

Tabla 83. Cont.-1- Análisis multivariante binomial negativa de la escala de PENSAMIENTOS de RECHAZO del profesional en los encuentros difíciles. N=285

VARIABLE INDEP.	Coefficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Calidad de vida general</u>						
Muy buena, buena						
Ni buen/mala	.2134321	.1124698	1.90	0.058	-.0070046	.4338688
Mala	.612038	.1256906	4.87	0.000	.365689	.858387
Muy mala	.3820856	.3307187	1.16	0.248	-.2661111	1.030282

<u>Calidad de vida relacionada con la salud mental</u>						
	.0052182	.0031342	1.66	0.096	-.0009247	.0113611

<u>Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente</u>						
Prob Locomot	-.0589257	.0968672	-0.61	0.543	-.248782	.1309305
Burcrático	-.0271646	.092853	-0.29	0.770	-.2091531	.1548239
Seguim Enferm	-.3282245	.1683585	-1.95	0.051	-.658201	.0017521

<u>Número de problemas nuevos consultados</u>						
Ninguno						
Uno	.0574057	.0799898	0.72	0.473	-.0993715	.2141829
Más de uno	-.0739508	.2628983	-0.28	0.778	-.589222	.4413203

<u>Apoyo social familia y amigos del paciente</u>						
Buen apoyo	.0472401	.0915399	0.52	0.606	-.1321748	.226655

<u>Acontecimientos vitales estresantes paciente</u>						
Ninguno						
Uno	.137878	.1439416	0.96	0.338	-.1442424	.4199984
Dos	.2557843	.1187171	2.15	0.031	.023103	.4884657
Tres	.2043683	.162896	1.25	0.210	-.114902	.5236387
Más de 3	.210818	.1918881	1.10	0.272	-.1652756	.5869117

<u>Factores externos</u>						
Confort sala espera						
De acuerdo						
Desacuerdo	.227759	.0914285	2.49	0.013	.0485624	.4069556
No pertinen.	-.6921101	.4209797	-1.64	0.100	-1.517215	.1329949

<u>Escala comunicación médico-paciente</u>						
Apoyo_emoc	-.0224849	.0139002	-1.62	0.106	-.0497288	.004759

<u>Expectativas cubiertas</u>						
Dar recetas						
De acuerdo						
Desacuerdo	.1667391	.1862778	0.90	0.371	-.1983586	.5318368
No pertinen.	.1968489	.1532639	1.28	0.199	-.1035428	.4972406

<u>Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro</u>						
Grande						
Muy grande	.3166379	.1197119	2.64	0.008	.0820069	.5512689
Extremo	.5324242	.1558915	3.42	0.001	.2268825	.8379659

<u>MEDICO</u>						
<u>Personalidad del médico</u>						
Neuroticismo	-.0007544	.0375508	-0.02	0.984	-.0743527	.0728439

Tabla 83. Cont.-2- Análisis multivariante binomial negativa de la escala de PENSAMIENTOS de RECHAZO del profesional en los encuentros difíciles. N=285

VARIABLE INDEP.	Coficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Bournout del médico</u>						
Desgaste Emoc	-.0004458	.0129125	-0.03	0.972	-.0257539	.0248623
lg_mbi_d	.309983	.3062903	1.01	0.312	-.2903349	.910301
Realiz. Pers	-.0407777	.0229309	-1.78	0.075	-.0857215	.004166
<u>Ansiedad y Depresión del médico</u>						
Depresión SI	.740209	.1426285	5.19	0.000	.4606623	1.019756
<u>Apoyo social de familia y amigos del médico</u>						
Buen apoyo	.5274317	.2857089	1.85	0.065	-.0325474	1.087411
<u>Acreditación docente</u>						
SI	.1075432	.4429243	0.24	0.808	-.7605724	.9756589
<u>Residente de MFC asignado</u>						
SI	-.2543037	.4195734	-0.61	0.544	-1.076652	.568045
<u>Especialidad MFyC- MIR</u>						
SI	.4749856	.3139482	1.51	0.130	-.1403416	1.090313
<u>Acontecimientos vitales estresantes del médico</u>						
Divorcio	-.4557212	.4453069	-1.02	0.306	-1.328507	.4170644
Crisis econó	-.545369	.3045372	-1.79	0.073	-1.142251	.0515129
P_Judiciales	.625812	.4138334	1.51	0.130	-.1852866	1.436911

¹Error estándar ajustado por el cluster "médico"

Tabla 84- Análisis multivariante binomial negativa de la escala GLOBAL DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS del profesional en los encuentros difíciles. N=277

VARIABLE INDEP.	Coficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%	
<u>Turno mañana/tarde</u>						
Mañana						
Tarde	.0893966	.0686886	1.30	0.193	-.0452305	.2240238
<u>Estado civil</u>						
Casado						
Vive pareja	.1466993	.1194416	1.23	0.219	-.0874018	.3808005
Divorc.separa	.039654	.1376372	0.29	0.773	-.2301099	.309418
Viudo	-.1283113	.0829377	-1.55	0.122	-.2908662	.0342436
Soltero	-.0397539	.0927194	-0.43	0.668	-.2214805	.1419728
<u>Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro</u>						
Grande						
Muy grande	.2959995	.0787693	3.76	0.000	.1416146	.4503845
Extremo	.4403227	.0986123	4.47	0.000	.2470463	.6335992
<u>Centro de salud</u>						
El Palo						
Portada Alta	-.4199422	.3769472	-1.11	0.265	-1.158745	.3188608
Delicias	-.4243456	.1723558	-2.46	0.014	-.7621568	-.0865344
San Andrés	-.0095121	.20742	-0.05	0.963	-.4160479	.3970237
Federico Cast	-.4633114	.2164549	-2.14	0.032	-.8875552	-.0390677
El Valle	-.8950187	.2408115	-3.72	0.000	-1.367001	-.4230368
Limonar	.1688527	.2505096	0.67	0.500	-.3221371	.6598424
San Felipe	.2814662	.2226821	1.26	0.206	-.1549827	.717915
<u>Realizar derivaciones el día ED</u>						
SI						
No	-.1160725	.0711811	-1.63	0.103	-.255585	.0234399
<u>Número de problemas de salud crónicos</u>						
numprobl	-.0264608	.0152177	-1.74	0.082	-.0562868	.0033653
<u>Morbilidad crónica</u>						
Prob Hematol	.2067349	.1011336	2.04	0.041	.0085166	.4049532
Prob Circulat	.0706292	.0421868	1.67	0.094	-.0120554	.1533139
Prob Locomot	.0363825	.0542546	0.67	0.502	-.0699546	.1427195
Prob Mujer	-.6181942	.525191	-1.18	0.239	-1.64755	.4111614
Prob social	.1206933	.098751	1.22	0.222	-.0728551	.3142417
Prob psicococ	.1986558	.0837689	2.37	0.018	.0344718	.3628399
<u>Situación laboral del paciente</u>						
Trabajando						
Paro	.1403227	.1097999	1.28	0.201	-.0748812	.3555265
Jubilado	.1985842	.0829974	2.39	0.017	.0359123	.3612562
Incapacitado	.079708	.0991166	0.80	0.421	-.1145569	.273973
Cuida fam/hog	.0594416	.0659112	0.90	0.367	-.0697419	.188625
Estudiando	.0675233	.5471851	0.12	0.902	-1.00494	1.139986
Otros	-.2079674	.4141332	-0.50	0.616	-1.019654	.6037186
<u>Calidad de vida general</u>						
Muy buena, buena						
Ni buen/mala	.1603403	.0711954	2.25	0.024	.0207999	.2998806
Mala	.2868353	.0927595	3.09	0.002	.10503	.4686407
Muy mala	.0002237	.163157	0.00	0.999	-.3195582	.3200056

Tabla 84. Cont.- Análisis multivariante binomial negativa de las escalas GLOBAL DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS del profesional en los encuentros difíciles. N=277

VARIABLE INDEP.	Coeficiente	Error Estándar ¹	Z	p	Interv.Confianza 95%
<u>Calidad de vida relacionada con la salud mental</u>					
sf12_mental	.0041926	.0029473	1.42	0.155	-.001584 .0099692
<u>Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente</u>					
Locomotor	-.0333762	.0621032	-0.54	0.591	-.1550963 .0883439
<u>MEDICO</u>					
<u>Personalidad del médico</u>					
Neuroticismo	-.0023811	.0197293	-0.12	0.904	-.0410499 .0362877
<u>Bournout del médico</u>					
Desgaste Emoc	.0148108	.0106007	1.40	0.162	-.0059663 .0355879
lg_mbi_d	.1484538	.2931327	0.51	0.613	-.4260756 .7229833
Realiz. Pers	-.0148324	.015128	-0.98	0.327	-.0444827 .014818
<u>Ansiedad y Depresión del médico</u>					
Depresión SI	.2716441	.1045144	2.60	0.009	.0667996 .4764885
<u>Acontecimientos vitales estresantes del médico</u>					
Crisis econo	.189647	.2268418	0.84	0.403	-.2549548 .6342487
Judicial	.1430954	.3511526	0.41	0.684	-.5451511 .8313419
Robo	.2021536	.3436868	0.59	0.556	-.4714602 .8757673
<u>Acreditación docente</u>					
SI	.1440993	.3697614	0.39	0.697	-.5806197 .8688184
<u>Residente de MFyC asignado</u>					
SI	-.3553631	.2667054	-1.33	0.183	-.878096 .1673698
<u>Especialidad MFyC-Formación MIR</u>					
SI	.4183817	.3064973	1.37	0.172	-.1823419 1.019105

¹Error estándar ajustado por el cluster "médico"

Nota: La variable ciudad fue omitida por un problema de colinealidad

TABLA 85: Relación de VARIABLES que han sido significativas ($p < 0.05$) en al menos una de las regresiones múltiples de las escalas de EMOCIONES

VARIABLES SIGNIFICATIVAS P<0.05	EMOCIONES									
	DESCONFIANZA- IRA	IMPOTENCIA	ANSIEDAD	DEPRESION	INSEGURIDAD	EMOCIONES POSITIVAS	GLOBAL EMOCIONES NEGATIVAS			
<u>A)VARIABLES DEL PACIENTE</u>										
Mayor edad del paciente				↑						
<u>Estado civil:</u>										
Vivir en Pareja	↑			↑						
Soltero	↓									
Viudo				↓	↓					
<u>Morbilidad crónica</u>										
Problemas Generales	↑									
Problemas de la sangre		↑								
Locomotor		↑	↑		↓		↑			
Respiratorio						↓				
Nervioso		↑				↑				
Digestivo						↑				
Psicológico		↑								
Social		↑					↑			
<u>Situación laboral del paciente</u>										
Jubilado			↑			↓				
Estudiante				↑						
Incapacitado					↑					
<u>Peor calidad de vida general</u>	↑									

NOTA: ↑ = Asociación positiva con la escala. ↓ = Asociación Negativa con la escala

TABLA 85 CONT.1 - Relación de VARIABLES que han sido significativas (p<0.05) en al menos una de las regresiones múltiples de las escalas de EMOCIONES.

VARIABLES SIGNIFICATIVAS P<0.05	EMOCIONES						
	DESCONFIANZA-IRA	IMPOTENCIA	ANSIEDAD	DEPRESION	INSEGURIDAD	EMOCIONES POSITIVAS	GLOBAL EMOCIONES NEGATIVOS
A) <u>VARIABLES DEL PACIENTE-CONT-</u>							
<u>Insatisfacción con la convivencia hogar</u>		↘	↘		↘		
<u>Peor calidad de vida relacionada con la salud física (SF-12)</u>		↘					
<u>Buen Apoyo social familia y amigos del paciente</u>		↘					
B) <u>VARIABLES DE LA INTERFAZ</u> (paciente-médico ó paciente-organización)							
<u>Más de 1 motivo de consulta según el paciente</u>					↘		
<u>Motivo de consulta el día del encuentro según el paciente:</u>							
<u>ir por resultados</u>			↘				
<u>Ir por la baja laboral</u>				↘			
<u>Problemas circulatorios</u>					↘		
<u>>1 Problema nuevo consultado según el paciente</u>				↘			
<u>Motivos de consulta según médico</u>							
<u>Burrático: Renovar IT.</u>		↘					
<u>Motivo informe clínico</u>			↘				
<u>Factores externos</u>							
<u>Dificultad para obtener cita</u>		↘		↘			
<u>Salas espera no confortables</u>		↘					↘
<u>Escala comunicación médico-paciente:</u>							
<u>Mayor apoyo emocional del médico percibido por el paciente</u>						↘	

TABLA 85: CONT. 2- Relación de VARIABLES que han sido significativas ($p < 0.05$) en al menos una de las regresiones múltiples de las escalas de EMOCIONES.

VARIABLES SIGNIFICATIVAS P<0.05	EMOCIONES									
	DESCONFIANZA- IRA	IMPOTENCIA	ANSIEDAD	DEPRESION	INSEGURIDAD	EMOCIONES POSITIVAS	GLOBAL EMOCIONES NEGATIVOS			
<u>C) VARIABLES DEL MÉDICO</u>										
Edad del Médico						↑				
<u>Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro</u>										
Muy grande		↑					↑			
Extremo	↑	↑	↑			↑	↑			
<u>Personalidad del médico</u>										
Neuroticismo				↑						
<u>Bournout del médico</u>										
Desgaste Emocional			↑	↑	↑					
Despersonalización				↑						
Mayor realización Personal	↓									
<u>Depresión del médico</u>							↑			
Buen Apoyo social de familia amigos						↑				
Residente MFyC asignado							↓			

NOTA: ↑ = Asociación positiva con la escala. ↓ = Asociación Negativa con la escala

TABLA 85: CONT. 3- Relación de VARIABLES que han sido significativas ($p < 0.05$) en al menos una de las regresiones múltiples de las escalas de EMOCIONES.

VARIABLES SIGNIFICATIVAS $P < 0.05$	EMOCIONES						
	DESCONTANZA- IRA	IMPOTENCIA	ANSIEDAD	DEPRESION	INSEGURIDAD	EMOCIONES POSITIVAS	GLOBAL EMOCIONES NEGATIVOS
<u>D) VARIABLES DE LA ORGANIZACIÓN</u>							
Turno de trabajo de tarde	↕						
Ciudad: Málaga	↕		↕	↕			
<u>Centro de salud</u>							
El Palo							
Portada Alta	↕						
Delicias	↕	↕	↕	↕	↕		↕
San Andrés							
Federico del Castillo	↕		↕	↕		↕	
El Valle	↕	↕	↕		↕		↕
Limonar							
San Felipe				↕			

NOTA: ↕ = Asociación positiva con la escala. ↘ = Asociación Negativa con la escala

TABLA 86: Relación de VARIABLES que han sido significativas ($p < 0.05$) en al menos una de las regresiones múltiples de las escalas de PENSAMIENTOS.

VARIABLES SIGNIFICATIVAS P < 0.05	PENSAMIENTOS						
	FRACASO/MALTRATO	DESESPERACIÓN	BLOQUEO RELACIONAL	CUESTIONANDO SOLUCIONES.	RECHAZO	GLOBAL PENSAM NEGATIVOS	
<u>Mayor edad paciente</u>		↓					
<u>Estado civil</u>							
Vivir en Pareja					↑		
<u>Morbilidad crónica</u>							
Problemas Hematológicos						↑	
Problemas psico-sociales						↑	
<u>Situación laboral del paciente</u>							
Cuida la familia y el hogar	↑						
jubilado					↑		
<u>Insatisfacción con la convivencia hogar</u>	↓				↑		
<u>Mayor cualificación académica</u>							
<u>Mala calidad de vida general</u>					↑		
<u>Mayor n° de acontecimientos vitales estresantes paciente</u>					↑		

NOTA: ↑ = Asociación positiva con la escala. ↓ = Asociación Negativa con la escala

TABLA 86 Cont.-1: Relación de VARIABLES que han sido significativas (p<0.05) en al menos una de las regresiones múltiples de las escalas de PENSAMIENTOS.

PENSAMIENTOS							
VARIABLES SIGNIFICATIVAS P<0.05	FRACASO/MALTRATO	DESESPERACIÓN	BLOQUEO RELACIONAL	CUESTIONANDO SOLUCIONES.	RECHAZO	GLOBAL PENSAM NEGATIVOS	
<u>B) VARIABLES DE LA INTERFAZ</u> (paciente-médico ó paciente- organización)							
<u>Ig. N° Visitas el año anterior</u>		↑					
<u>Motivos de consulta según médico</u>							
Motivo síntomas generales				↑			
Motivo Aparato Locomotor	↓						
<u>Factores externos</u>							
Percepción de sala espera no confortables					↑		
<u>Escala comunicación médico- paciente</u>							
Mayor apoyo emocional del médico percibido por el paciente			↓				
<u>C) VARIABLES DE LA ORGANIZACIÓN</u>							
<u>Turno de trabajo de tarde</u>			↑		↑		
<u>Centro de salud</u>							
Delicias	↓	↓		↓	↓	↓	
Federico del Castillo	↓		↓		↓	↓	
El Valle	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
San Felipe	↑						

NOTA: ↑ = Asociación positiva con la escala. ↓ = Asociación Negativa con la escala

TABLA 86 Cont.-2: Relación de VARIABLES que han sido significativas ($p < 0.05$) en al menos una de las regresiones múltiples de las escalas de PENSAMIENTOS.

VARIABLES SIGNIFICATIVAS $P < 0.05$	PENSAMIENTOS					
	FRACASO/MALTRATO	DESESPERACIÓN	BLOQUEO RELACIONAL	BÚSQUEDA SOLUCIONES.	RECHAZO	GLOBAL PENSAM NEGATIVOS
<u>D)VARIABLES DEL MÉDICO</u>						
Edad del Médico		↕				
<u>Puntuación malestar emocional del médico en el encuentro</u>						
Muy grande	↕	↕	↕		↕	↕
Extremo	↕	↕	↕		↕	↕
<u>Personalidad del médico</u>						
Extraversión			↕			
Neuroticismo				↕		
<u>Bournout del médico</u>						
Desgaste Emocional	↕					
Depresión del médico		↕	↕		↕	↕
<u>Acontecimientos vitales estresantes del médico</u>						
Enfermedad Familiar grave				↕		
Prob. Policía, justicia	↕		↕			
<u>Antigüedad en cupo</u>						
De 5 a 8 años		↕		↕		
De 9 a 14 años		↕				

NOTA: ↕ = Asociación positiva con la escala. ↘ = Asociación Negativa con la escala

X.-ANEXOS

ANEXO I

CUESTIONARIO REMEDIO

PENSAMIENTOS Y EMOCIONES DEL MÉDICO

CODIGO MEDICO _ _ _ _ _

FECHA: ___/___/_____



GAISAM

Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental
Departamento de Psiquiatría
UNIVERSIDAD DE GRANADA

Ahora, se necesita un poco de concentración. Contesta con sinceridad. No pienses mucho las respuestas. No hay respuestas buenas ni malas.

En el encuentro con este paciente, los pensamientos que más me han venido a la cabeza son: (redondea el número correspondiente al grado de intensidad percibido)

Intensidad

0 nada	1 suave, poco importante	2	3 término medio	4	5	6 grande, muy fuerte
-----------	-----------------------------	---	--------------------	---	---	-------------------------

1. ¿Qué le digo yo hoy a este?.....0-1-2-3-4-5-6
2. ¿Qué he hecho yo para merecer esto?.....0-1-2-3-4-5-6
3. Tranquilo van a ser cinco minutos.....0-1-2-3-4-5-6
4. ¿Dónde querrá que lo derive hoy?.....0-1-2-3-4-5-6
5. Este me ha tocado a mi0-1-2-3-4-5-6
6. No nos entendemos.....0-1-2-3-4-5-6
7. Pues no ha sido tan difícil.....0-1-2-3-4-5-6
8. ¿Qué querrá hoy?.....0-1-2-3-4-5-6
9. Esto es culpa mía.....0-1-2-3-4-5-6
10. Tengo que ahorrar y gestionar el tiempo.....0-1-2-3-4-5-6
11. Lo que quiera pero que se vaya pronto.....0-1-2-3-4-5-6
12. No tiene otra cosa que hacer.....0-1-2-3-4-5-6
13. Este no me amarga hoy la vida.....0-1-2-3-4-5-6
14. Por este también me pagan.....0-1-2-3-4-5-6
15. ¿Por qué no encuentro la solución?.....0-1-2-3-4-5-6
16. Estoy perdiendo el tiempo.....0-1-2-3-4-5-6
17. Tengo que derivarlo al especialista como sea.....0-1-2-3-4-5-6
18. No se cansa nunca.....0-1-2-3-4-5-6
19. No aguanto su actitud.....0-1-2-3-4-5-6
20. O lo abordo ahora o.....0-1-2-3-4-5-6
21. ¿Tiene solución lo que plantea?.....0-1-2-3-4-5-6
22. ¿Por qué haría medicina de familia?.....0-1-2-3-4-5-6
23. Si tuviera tiempo.....0-1-2-3-4-5-6
24. Esta empresa le da todo a ellos.....0-1-2-3-4-5-6
25. Me toca tragar.....0-1-2-3-4-5-6
26. ¿sacaré algo bueno a cambio?.....0-1-2-3-4-5-6
27. Si empezara otra vez no me pasaría esto.....0-1-2-3-4-5-6

Intensidad

0 nada	1 suave, poco importante	2	3 término medio	4	5	6 grande, muy fuerte
-----------	--------------------------------	---	--------------------	---	---	----------------------------

- 28.No merece la pena dedicarle tiempo.....0-1-2-3-4-5-6
- 29.Seguro que viene por la baja.....0-1-2-3-4-5-6
- 30.Ahora toca teatro.....0-1-2-3-4-5-6
- 31.Intentó un pensamiento positivo.....0-1-2-3-4-5-6
- 32.El mismo de siempre.....0-1-2-3-4-5-6
- 33.Tantos años estudiando para esto.....0-1-2-3-4-5-6
- 34.Este paciente me va a retrasar la consulta.....0-1-2-3-4-5-6
- 35.Vete a la mierda.....0-1-2-3-4-5-6
- 36.Cabronazo el que se lo ha quitado.....0-1-2-3-4-5-6
- 37.Cuidado que se me puede pasar algo gordo.....0-1-2-3-4-5-6
- 38.Dios mío, otra vez aquí.....0-1-2-3-4-5-6
- 39.Me temo que da exactamente igual.....0-1-2-3-4-5-6
- 40.Esta entrevista tiene que acabar lo antes posible.....0-1-2-3-4-5-6
- 41.Qué gilipollas que he vuelto a caer.....0-1-2-3-4-5-6
- 42.¿Cómo le digo que se cambie de médico?.....0-1-2-3-4-5-6
- 43.Quieto, no pierdas los papeles.....0-1-2-3-4-5-6
- 44.Y encima le caigo simpático.....0-1-2-3-4-5-6
- 45.¿Para esto estoy yo aquí?.....0-1-2-3-4-5-6
- 46.La empresa nos maltrata, esto es inhumano.....0-1-2-3-4-5-6
- 47.Hoy no lo escucho.....0-1-2-3-4-5-6
- 48.Quién va a atender a este pelma..... 0-1-2-3-4-5-6
- 49.Esto no tiene fin..... 0-1-2-3-4-5-6
- 50.Esto no se paga..... 0-1-2-3-4-5-6
- 51.Y esto, ¿contra quién va?..... 0-1-2-3-4-5-6
- 52.¡Qué coñazo!..... 0-1-2-3-4-5-6
- 53.Contrólate que te sube la tensión..... 0-1-2-3-4-5-6

- 54.Otros..... 0-1-2-3-4-5-6
- 55..... 0-1-2-3-4-5-6
- 56..... 0-1-2-3-4-5-6

El encuentro con este paciente me ha producido las siguientes emociones-sentimientos (redondea el número correspondiente al grado de intensidad percibido) :

Intensidad

0 nada	1 suave, poco importante	2	3 término medio	4	5	6 grande, muy fuerte
-----------	-----------------------------	---	--------------------	---	---	-------------------------

- 1. Agobio.....0-1-2-3-4-5-6
- 2. Rechazo.....0-1-2-3-4-5-6
- 3. Sentirse maltratado.....0-1-2-3-4-5-6
- 4. Ansiedad.....0-1-2-3-4-5-6
- 5. Tristeza.....0-1-2-3-4-5-6
- 6. Respeto.....0-1-2-3-4-5-6
- 7. Inseguridad.....0-1-2-3-4-5-6
- 8. Distanciamiento.....0-1-2-3-4-5-6
- 9. "Cubo de basura".....0-1-2-3-4-5-6
- 10. Nerviosismo.....0-1-2-3-4-5-6
- 11. Desesperanza.....0-1-2-3-4-5-6
- 12. Querer protegerlo.....0-1-2-3-4-5-6
- 13. Bloqueo mental.....0-1-2-3-4-5-6
- 14. Frialdad.....0-1-2-3-4-5-6
- 15. Sentirse manipulado.....0-1-2-3-4-5-6
- 16. Impaciencia.....0-1-2-3-4-5-6
- 17. Empatía.....0-1-2-3-4-5-6
- 18. Soledad.....0-1-2-3-4-5-6
- 19. Torpe.....0-1-2-3-4-5-6
- 20. Aburrimiento.....0-1-2-3-4-5-6
- 21. Sentirse utilizado.....0-1-2-3-4-5-6
- 22. Angustia.....0-1-2-3-4-5-6
- 23. Pena de mi.....0-1-2-3-4-5-6
- 24. Profesionalmente bien.....0-1-2-3-4-5-6
- 25. Desbordado.....0-1-2-3-4-5-6
- 26. Mala leche.....0-1-2-3-4-5-6
- 27. Desconfianza.....0-1-2-3-4-5-6
- 28. Ganas de gritar.....0-1-2-3-4-5-6
- 29. Cansancio.....0-1-2-3-4-5-6
- 30. Alegría.....0-1-2-3-4-5-6
- 31. Incertidumbre.....0-1-2-3-4-5-6
- 32. Rechazo.....0-1-2-3-4-5-6

Intensidad

0 nada	1 suave, poco importante	2	3 término medio	4	5	6 grande, muy fuerte
-----------	-----------------------------	---	--------------------	---	---	-------------------------

- 33. Sentimiento de "estar acusado".....0-1-2-3-4-5-6
- 34. Ansiedad.....0-1-2-3-4-5-6
- 35. Esto no cambiará nunca.....0-1-2-3-4-5-6
- 36. Simpatía.....0-1-2-3-4-5-6
- 37. Duda.....0-1-2-3-4-5-6
- 38. Ganas de agredir.....0-1-2-3-4-5-6
- 39. Sentimiento de "ser juzgado y condenado".....0-1-2-3-4-5-6
- 40. Incomodidad.....0-1-2-3-4-5-6
- 41. Culpabilidad.....0-1-2-3-4-5-6
- 42. Compasión del paciente.....0-1-2-3-4-5-6
- 43. Impotencia.....0-1-2-3-4-5-6
- 44. Ira.....0-1-2-3-4-5-6
- 45. Engañado.....0-1-2-3-4-5-6
- 46. Intranquilidad.....0-1-2-3-4-5-6
- 47. Inutilidad.....0-1-2-3-4-5-6
- 48. Sentimiento de "estar a gusto".....0-1-2-3-4-5-6
- 49. Sentimiento de "no saber que hacer".....0-1-2-3-4-5-6
- 50. Indignación.....0-1-2-3-4-5-6
- 51. Falta de concentración.....0-1-2-3-4-5-6

- Otros sentimientos:
- 52..... 0-1-2-3-4-5-6
- 53..... 0-1-2-3-4-5-6
- 54..... 0-1-2-3-4-5-6

ANEXO II

Federico Castillo 5/4/2010
BALLESTA RODRIGUEZ, M ISABEL Consulta de medicina familia
CONSULTA 18

Num.	Hora	Nuhsa	Usuario	Tarea
<u>08:00-08:30 Demanda clínica</u>				
<u>08:30-10:00 Demanda clínica</u>				
1.	08:30			CLI
2.	08:35			CLI
3.	08:40			CLI
4.	08:45			CLI
5.	08:50			CLI
6.	08:55			CLI
7.	09:00			CLI
8.	09:05			CLI
9.	09:10			CLI
10.	09:15			CLI
11.	09:20			CLI
12.	09:25			CLI
13.	09:30			CLI
14.	09:35			CLI
15.	09:40			CLI
16.	09:45			CLI
17.	09:50			CLI
18.	09:55			CLI
<u>10:30-12:30 Demanda clínica</u>				
1.	10:30			CLI
2.	10:35			CLI
3.	10:40			CLI
4.	10:45			CLI
5.	10:50			CLI
6.	10:55			CLI
7.	11:00			CLI
8.	11:05			CLI
9.	11:10			CLI
10.	11:15			CLI
11.	11:20			CLI
12.	11:25			CLI
13.	11:30			CLI
14.	11:35			CLI
15.	11:40			CLI
16.	11:45			CLI
17.	11:50			CLI
18.	11:55			CLI
19.	12:00			CLI
20.	12:05			CLI
21.	12:10			CLI
22.	12:15			CLI
23.	12:20			CLI
24.	12:25			CLI
24 (BIS).	12:25			CLI
<u>12:45-13:30 Consulta clínica programada</u>				
1.	12:45			CLI
<u>14:00-15:00 Av/so domiciliario a demanda</u>				
1.	14:00			CLI
3.	14:30			CLI

ANEXO III

CUESTIONARIO REMEDIO MÉDICOS.

CÓDIGO MÉDICO _____

EDAD _____ SEXO _____

CENTRO DE TRABAJO _____

CIUDAD _____

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará algunas preguntas que hacen referencia a su manera de proceder, de sentir y de actuar. Después de cada pregunta hay un espacio en el que Vd. Debe contestar SI o No trazando una cruz en el círculo correspondiente.

Lea cada una de las preguntas y decida si, aplicada a Vd. Mismo, indica su modo habitual de actuar o sentir. Si quiere Vd. Contestar SI, trace una cruz dentro del primer círculo, en la columna encabezada por el SI. Si desea contestar NO, trace una cruz en el segundo círculo, en la columna encabezada con el NO.

Trabaje rápidamente y no emplee demasiado tiempo en cada pregunta; es preferible su primera reacción, la espontánea, y no una contestación largamente meditada y pensada. Conteste a todas las preguntas sin omitir ninguna. Normalmente se tardan unos pocos minutos en completar todo el cuestionario.

No existen contestaciones “buenas” ni “malas”; esto no es una prueba de inteligencia o habilidad, sino simplemente una apreciación de su modo normal de actuar. Trabaje rápidamente y no olvide contestar todas las preguntas. Si tiene dudas ante una pregunta, decídase por la respuesta que se acerque más a su modo de ser.

AHORA, VUELVA LA PAGINA Y COMIENCE

	SI	NO
1. ¿Desea Vd. a menudo animación y bullicio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Necesita con frecuencia amigos que le comprendan y alienten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. De ordinario, ¿es Vd. una persona despreocupada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Encuentra muy duro tener que aceptar una negativa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Antes de llevar a cabo una acción, ¿se para Vd. a reflexionar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Su estado de ánimo sufre altibajos algunas veces?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Se siente siempre desdichado sin ningún motivo para ello?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Generalmente dice y hace las cosas con rapidez y sin pararse a pensarlas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Se siente Vd. súbitamente tímido cuando desea hablar con un desconocido simpático y atrayente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ante un reto o provocación, ¿haría cualquier cosa sólo para demostrar osadía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber hecho o dicho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Son todas sus costumbres buenas y deseables?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Hace Vd. con frecuencia las cosas de repente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿Se siente Vd. fácilmente herido en sus sentimientos o amor propio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. En general, ¿prefiere Vd. la lectura a la conversación con la gente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Se encentra algunas veces rebosante de energía y otras francamente agotado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿Le gusta mucho salir de casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. De todas las personas que conoce, ¿hay algunas que no le gustan en absoluto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿Le ocurre a menudo el “soñar despierto”?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ¿Prefiere tener pocos amigos, pero muy escogidos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ¿Se siente a menudo preocupado por sentimientos de culpa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Cuando alguien le grita, ¿responde Vd. también gritando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ¿Diría Vd. que sus nervios acostumbra a estar en tensión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ¿Ha llegado alguna vez tarde al trabajo o a una cita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ¿Puede Vd. normalmente despreocuparse de sus problemas y disfrutar mucho en una fiesta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Después de haber hecho algo importante, piensa Vd. a menudo que podría haberlo realizado mejor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ¿Piensan los demás que Vd. es una persona muy activa y animada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. ¿Acuden ideas a su cabeza que le impiden conciliar el sueño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	SI	NO
29. La mayoría de las veces, ¿está callado cuando se halla con otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. ¿Habla algunas veces de cosas que desconoce?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. ¿Nota Vd. palpitaciones o golpes en el corazón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Si Vd. quiere conocer o enterarse de alguna cosa, ¿prefiere consultar un libro antes que preguntarlo a alguien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. ¿Sufre temblores o estremecimientos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. ¿Le gusta aquella clase de trabajos que exigen de Vd. una intensa atención?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. ¿Es Vd. una persona irritable?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. ¿Murmura Vd. alguna vez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. ¿Le espanta la idea de tener que dar una charla o dirigir la palabra a un grupo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. ¿Se preocupa por desgracias que podrían suceder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. ¿Le gusta hacer cosas en las cuales tenga que actuar con rapidez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. ¿Tiene Vd. muchas pesadilas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. ¿Se sentiría Vd. muy desdichado si no pudiera ver a mucha gente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Alguna vez, después de oír el despertador, ¿ha preferido quedarse un rato más en la cama?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. ¿Se siente afectado por sus dolores y achaques?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. ¿Le gusta tanto hablar con la gente que no pierde ocasión de hablar incluso con un desconocido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. ¿Se considera Vd. una persona nerviosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. ¿Normalmente actúa Vd. con lentitud y sin prisas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. ¿Se siente Vd. fácilmente ofendido cuando la gente le encuentra defectos a Vd. o a su trabajo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. ¿Le gusta que alguna vez le alaben algo de lo que ha hecho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. ¿Diría Vd. que es una persona con gran confianza en sí misma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. ¿Le preocupan sentimientos de inferioridad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Cuando en un restaurante le sirven algo que no le agrada, ¿prefiere Vd. dejarlo sin decir nada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. ¿Se preocupa por su salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. ¿Le es fácil animar una fiesta o reunión aburrida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. ¿Ha comido alguna vez algo más de lo que debiera?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. ¿Sufre Vd. de insomnio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. ¿Tiene tendencia a pasar de una actividad a otra constantemente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. Cuando promete algo, ¿lo cumple siempre aunque le cueste hacerlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CUESTIONARIO M.B.I

Las siguientes preguntas o afirmaciones se relacionan con los sentimientos en el trabajo. Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente y decida si alguna vez se ha sentido de esa forma en su trabajo. Si nunca ha experimentado ese sentimiento, escriba un 0 (cero) en la casilla correspondiente. Si alguna vez ha tenido esa sensación indique con que frecuencia lo siente, señalando el número (del 1 al 6) que mejor describa la frecuencia con que siente esa sensación.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

58. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo. []
59. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo. []
60. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo. []
61. Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes. []
62. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales. []
63. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo. []
64. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes. []
65. Me siento "quemado" por mi trabajo. []
66. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas. []
67. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión. []
68. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. []
69. Me siento muy activo. []
70. Me siento frustrado en mi trabajo. []
71. Creo que estoy trabajando demasiado. []
72. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a algunos de mis pacientes. []
73. Trabajar directamente con las personas me produce estrés. []
74. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes. []
75. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes. []
76. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión. []
77. Me siento acabado. []
78. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma. []
79. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas. []

Escala E.A.D.G.

Últimamente:

	SI	NO
80- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82- ¿Se ha sentido muy irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subtotal A		<input type="checkbox"/>

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar respondiendo)

	SI	NO
84- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: Temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87- ¿Ha estado preocupado por su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL A		<input type="checkbox"/>

Últimamente:

	SI	NO
89- ¿Se ha sentido con poca energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90- ¿Ha perdido Ud. su interés por las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92- ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanza?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subtotal B		<input type="checkbox"/>

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

	SI	NO
93- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96- ¿Se ha sentido enlentecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97- ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL B		<input type="checkbox"/>

FAMILIA Y AMIGOS

Esta parte trata sobre lo que usted piensa de su familia y amigos. En la familia se incluye tanto a las personas que viven con usted como a las que no. A continuación aparecen una serie de comentarios acerca de la familia y amigos. Señale hasta qué punto está de acuerdo con cada uno de ellos.

Responda a TODAS las preguntas marcando la casilla que más corresponda a su opinión.

98. Tengo familiares o amigos que hacen cosas para hacerme feliz	Falso <input type="checkbox"/> 1
	A veces <input type="checkbox"/> 2
	Verdadero <input type="checkbox"/> 3

99. Tengo familiares o amigos que hacen que me sienta querido/a	Falso <input type="checkbox"/> 1
	A veces <input type="checkbox"/> 2
	Verdadero <input type="checkbox"/> 3

100. Tengo familiares o amigos con los que puedo contar pase lo que pase	Falso <input type="checkbox"/> 1
	A veces <input type="checkbox"/> 2
	Verdadero <input type="checkbox"/> 3

101. Tengo familiares o amigos que cuidarían de mí si lo necesitara	Falso <input type="checkbox"/> 1
	A veces <input type="checkbox"/> 2
	Verdadero <input type="checkbox"/> 3

102. Tengo familiares o amigos que me aceptan tal y como soy	Falso <input type="checkbox"/> 1
	A veces <input type="checkbox"/> 2
	Verdadero <input type="checkbox"/> 3

103. Tengo familiares o amigos que me hacen sentir una parte importante de sus vidas	Falso <input type="checkbox"/> 1
	A veces <input type="checkbox"/> 2
	Verdadero <input type="checkbox"/> 3

104. Tengo familiares o amigos que me dan ánimos y apoyo	Falso <input type="checkbox"/> 1
	A veces <input type="checkbox"/> 2
	Verdadero <input type="checkbox"/> 3

ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES DE SU VIDA

¿Ha tenido alguna de las siguientes experiencias o problemas durante los últimos 6 meses?

105. Ha sufrido usted mismo una enfermedad, lesión o agresión grave	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 2
106. Algún familiar cercano ha sufrido una enfermedad, lesión o agresión grave	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 2
107. Ha muerto uno de sus padres, hijos o su pareja / cónyuge.	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 2
108. Ha muerto un amigo cercano a la familia o algún otro familiar (tíos, primos, abuelos).	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 2
109. Se ha separado a causa de problemas en su matrimonio.	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 2
110. Ha roto una relación estable.	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 2
111. Ha tenido un problema grave con algún amigo cercano, vecino o familiar.	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 2
112. Se ha quedado sin empleo o ha buscado empleo durante más de un mes sin éxito.	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 2
113. Le han despedido de su trabajo.	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 2
114. Ha tenido una crisis económica grave.	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 2
115. Ha tenido problemas con la policía o ha comparecido ante un tribunal.	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 2
116. Le han robado o ha perdido algún objeto de valor.	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 2

ANEXO IV

CUESTIONARIO DE LOS PACIENTES.

“RESPUESTA EMOCIONAL DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN LOS ENCUENTROS MÉDICO-PACIENTE DIFÍCILES”. –REMEDIO-

MANUAL DE NORMAS DEL ENTREVISTADOR.

Cada entrevistador tendrá asignados en periodos de dos semanas consecutivos uno o dos médicos.

Cada día de esas dos semanas, al inicio de la consulta entregará al médico por escrito copia de la lista de pacientes citados. Recordará que al lado del nombre de cada paciente anotará el médico la puntuación de disconfort o dificultad de ese encuentro, según la escala que previamente hemos dado a conocer (0-6), siendo 0 = nada de dificultad o disconfort y 6= mucha o gran dificultad o disconfort.

Cada dos horas se le proporcionará una lista actualizada añadiendo las citas que se producen a lo largo de la mañana, al tiempo que se refuerza la tarea.

Al finalizar toda la consulta a demanda se elegirá el **Encuentro Difícil** (D). Este será el protagonizado por el paciente que tenga la máxima puntuación, considerando puntuaciones válidas aquellas de 4, 5 ó 6; Si ningún encuentro en ese día tiene puntuación mayor de 3 se excluirá del estudio; en caso de existir más de un encuentro con igual puntuación máxima se sorteará escribiendo estos nombres en un papel y eligiendo uno al azar. Se excluirán del estudio los encuentros con pacientes que no tengan un registro propio en la historia clínica informatizada. Para seleccionar definitivamente al paciente se asegurará de que dispone de un teléfono de contacto para localizarle. En caso de carecer de él se desestimará y elegiremos al siguiente de máxima puntuación.

Inmediatamente el médico aplicará el **Cuestionario de Emociones y Pensamientos** a ese encuentro seleccionado y lo entregará al encuestador. El entrevistador anotará el código correspondiente y la fecha.

A partir de ese momento el encuestador iniciará los pasos para localizar al paciente y citarlo para realizar la entrevista. Se localizará por teléfono, en el mismo día de la

consulta al centro de salud. Se realizarán al menos 3 intentos o llamadas siendo al menos una en horario de mediodía (de 13 a 16 h), otra en horario de noche (22h)

Al conectar con la persona a citar, se le explicará el objetivo de nuestra llamada con el siguiente diálogo: *“Soy el Doctor X, Médico que trabajo en su Centro de salud. Estamos realizando una Investigación sobre la Atención a los pacientes. Le hemos seleccionado al azar entre las personas que acuden al centro. Es muy importante su colaboración contestando unas preguntas para mejorar la atención que le prestamos en el centro de salud. Para ello le pido que acuda unos minutos al centro lo más pronto que usted pueda. ¿Tiene usted previsto venir al centro de salud en los próximos días a alguna cita con su médico, su enfermera, a laboratorio, a alguna prueba o algo? En caso contrario ¿qué día podría venir?”*

Se concertará la cita según posibilidades horarias del paciente, en su centro de salud, preferiblemente ese mismo día o en cualquier caso lo antes posible, (recordar que si no se consigue la entrevista en los siguientes 7 días del encuentro D, se excluirá al paciente del estudio). Se indicará el nº de consulta o el lugar exacto donde se le esperará.

Si llegada la hora de la cita concertada pasaran 30' sin aparecer el paciente, se realizará una nueva llamada al teléfono de contacto intentando recuperar la cita ese mismo día si es posible, o concertar una nueva cita. Esto se podrá repetir hasta un máximo de 3 veces, es decir a la 3ª cita concertada y no conseguida se dará por perdido sin intentar una cuarta.

En caso de que el paciente seleccionado carezca de teléfono o no sea posible localizarlo se dará también por perdido y se elegirá al siguiente en puntuación.

Igualmente si tras localizar y conectar por teléfono, el paciente rehusara la invitación a participar, se dará por perdido.

Cada médico prolongará los días de seguimiento hasta conseguir **10 pacientes válidos**. Esta prolongación será como máximo a cuatro semanas de observación.

Cada entrevistador cumplimentará una **hoja de seguimiento de caso** para cada uno de los seleccionados. En todos los casos dados por perdidos se anotará en el registro de casos al menos el nº de historia clínica, la edad, sexo y fecha y motivo de consulta. Y se pasará a localizar el siguiente con igual o menor puntuación entre 4, 5, ó 6.de la lista del mismo día de consulta.

La cita y entrevista con el paciente se realizará en un lugar tranquilo del C. S. que garantice la intimidad y sin interrupciones. Si el paciente viniera a la entrevista acompañado, cortésmente se invitará al acompañante a esperar fuera de la habitación. Al inicio se recordará que el cuestionario es anónimo, confidencial y que debe responder con absoluta libertad. Que igualmente si no desea responderlo, en nada repercutirá en su asistencia en el centro de salud.

Las preguntas del cuestionario se responderán SIEMPRE en el momento de la cita, y nunca se llevará el cuestionario a su domicilio para devolverlo una vez respondido.

El entrevistador LEERÁ todos los enunciados y anotará la respuesta correspondiente, realizando aclaraciones o repitiendo la lectura si es necesario, pero NUNCA AÑADIENDO palabras propias o diferentes a las del enunciado

Es fundamental leer despacio y detenerse en cada ENUNCIADO DE LAS PREGUNTAS y asegurarse que se han comprendido, así como seguir las INSTRUCCIONES concretas indicadas para responder.

CODIFICACION CASOS

- A) PACIENTES.: Se denominarán con un código compuesto por 6 cifras correspondiendo las dos primeras al nº asignado al médico (del 01 al 40), las dos siguientes al número asignado al entrevistador (del 01 al 30) y las dos siguientes al nº de orden según se hacen las entrevistas (del 01 al 10).
- B) MEDICOS: Se asignará un código formado por 4 dígitos: los dos primeros por nº de orden asignado correlativamente del 01 al 40 (del 01 al 20 en Jaén y del 21 al 40 en Málaga) y los dos siguientes al nº de orden del entrevistador asignado del 01 al 30 (del 01 al 15 en Jaén y del 16 al 30 en Málaga).

Cumplimentación de la Hoja de seguimiento de casos.

Tras realizar la entrevista del paciente, se adjuntará al cuestionario la hoja de seguimiento de casos correspondiente con los datos que figuran en ella recogidos de la Historia Clínica informatizada del paciente (ver Anexo V)

En los casos perdidos y por tanto que no tendrán cuestionario, se cumplimentará sólo la información prevista para tales circunstancias según figura en la hoja (Anexo V)

CUESTIONARIOS:

- I.-Información general
- II.-SF12
- III.-Ultima visita al médico
- IV.-EADG- Goldberg
- V.-AVE Bruha
- VI.-Familia y amigos

I- INFORMACION GENERAL:

En este cuestionario, la pregunta nº 6 sobre ¿cuál es su empleo actual? Debe responderse detallando profesión, categoría y especialidad. Por ejemplo no valdría “comercial”, sino: “dependiente en una tienda”, o “jefe de departamento de deportes”, o “Gerente de una empresa” etc..., o no vale tampoco “jubilado” sino especificar en qué trabajó antes de jubilarse: “conserje de una oficina” o administrativa en un banco, o “dueña de una peluquería”, etc. Tampoco valen descripciones genéricas como “en la construcción” o “en el campo” sino específicamente: “encofrador”, “ferrallista”, “alicatador” “electricista”, o por ejemplo “dueño de una finca que exploto” “peón agrario” ”tractorista”... etc. Si ha tenido o tiene más de una ocupación reflejar aquella a la que dedica más tiempo y las amas de casa, especificar si antes o alguna vez hicieron cualquier otro trabajo remunerado.

En la pregunta nº 9 sobre cualificación más alta alcanzada, indicar siempre aquella más alta completada, es decir con certificación académica. Por ejemplo. Estudiante de 3º en la universidad = Educación secundaria hasta que no finalice toda la licenciatura o diplomatura. Profesionales manuales que fueron al colegio pero no completaron estudios primarios =sin estudios. En caso de duda o desconocimiento responder con LA EDAD hasta la que permaneció estudiando en la escuela.

II- CUESTIONARIO SOBRE ESTADO SALUD SF12.

En este cuestionario, es importante leer las instrucciones de introducción iniciales y que se entiendan bien.

Además, la pregunta nº 18 es conveniente asegurarse que se ha entendido bien y para ello se hará una contrapregunta; ¿Algún problema emocional le impidió hacer su trabajo tan cuidadosamente como de costumbre? Las respuestas son las mismas: Si, No

La pregunta nº 21 se refiere especialmente a energía física y se podrá utilizar como sinónimo de energía la palabra “pilas”.

III- ULTIMA VISITA A SU MEDICO DE FAMILIA

En la pregunta nº 26 sobre los motivos de consulta se anotarán lo más fielmente, con las palabras utilizadas por el paciente. Y como indica la pregunta, si hubiere más de 3 se pedirá que refiera las 3 MAS IMPORTANTES para él.

En las preguntas nº 29 a 49 se rodeará con un círculo la respuesta elegida.

IV- ESCALA ANSIEDAD - DEPRESION DE GOLDBERG

En este cuestionario hacer hincapié a la referencia temporal de “**Últimamente**”. Se refiere precisamente a lo que el paciente entienda por últimamente, que pueden ser las últimas semanas o los últimos meses 3-6 meses.

Atención también al carácter de “**filtro**” que tienen las preguntas nº 50 a 53 . Siempre que existan 2 o más respuestas afirmativas entre ellas, se seguirá preguntando las siguientes del nº 54 a 58, en caso contrario, es decir: sólo una afirmativa o ninguna, se saltará al siguiente bloque empezando por la pregunta nº 59. Igualmente este bloque tiene las preguntas nº 59 a 62 con carácter de filtro y sólo si existen 2 o más afirmativas se proseguirá haciendo las preguntas nº 63 a 67.

Señalar con una X el cuadrado correspondiente a cada respuesta. Para el cálculo de la puntuación subtotal y total se valorará con 1 punto las respuestas de Si y 0 puntos las de No y se hará la suma.

V- ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES DE SU VIDA

Aquí se iniciará como en los demás con la lectura del enunciado inicial que introduce al tema y en este caso establece un límite temporal de 6 meses.

Se señalará con una X el cuadrado correspondiente a cada respuesta.

VI- FAMILIA Y AMIGOS

Igualmente se señalará con una X la casilla correspondiente a cada respuesta.

Se recordará que el concepto “Familia”, se refiere no sólo a los que conviven en el mismo hogar sino también al resto de familiares.

ANEXO V

HOJA DE SEGUIMIENTO DE CASOS DE PACIENTES.

CÓDIGO PACIENTE ____ / ____ / ____ Fecha Encuentro M-P. ____ / ____ / ____

Nº Historia clínica: _____

Teléfono: _____

Dirección:

Edad: __ Sexo: H _ M _

Motivo de Consulta día D, según anotado en Hª Clínica.....

LLAMADAS:

CITAS:

1ª Fecha: __ / __ / ____ Hora: _____

1ª Fecha: __ / __ / ____ Hora: _____

2ª Fecha: __ / __ / ____ Hora: _____

2ª Fecha: __ / __ / ____ Hora: _____

3ª Fecha: __ / __ / ____ Hora: _____

3ª Fecha: __ / __ / ____ Hora: _____

- CASO PERDIDO:**
- 1- Carecer de teléfono
 - 2- No localizable
 - 3- No desea participar
 - 4- No acude a las citas
 - 5- Otros: especificar:
 - 6- Desconocido

CASO VALIDO: Fecha del cuestionario REMEDIO: __ / __ / ____

DATOS DE LA HISTORIA CLINICA:

Día del encuentro D: Pruebas comp.: SI __ NO __
 Derivaciones: SI __ NO __
 Recetas: SI __ NO __

Motivo de consulta:.....

Nº visitas en los últimos 12 meses anteriores día D: _____

LISTA DE PROBLEMAS en la HISTORIA CLINICA:

- | | |
|--------|---------|
| 1..... | 6..... |
| 2..... | 7..... |
| 3..... | 8..... |
| 4..... | 9..... |
| 5..... | 10..... |

ANEXO VI

CUESTIONARIO REMEDIO

PACIENTES

CODIGO MEDICO _____

FECHA: ____ / ____ / ____



GAISAM

Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental
Departamento de Psiquiatría
UNIVERSIDAD DE GRANADA

AGRADECIMIENTO

El Grupo andaluz de Investigación en Salud Mental le AGRADECE su participación LIBRE Y VOLUNTARIA en este estudio. Si hubiere decidido no participar, en ningún caso eso repercutirá o condicionará su asistencia sanitaria o la relación con los profesionales de su Centro de Salud.

Así como le afirmamos que toda la información recogida en los cuestionarios es COMPLETAMENTE ANONIMA y será tratada con absoluta CONFIDENCIALIDAD sólo por los investigadores del estudio.

Le agradecemos que responda con SINCERIDAD a las preguntas, eligiendo siempre la que más se acerque a su situación o su experiencia personal. No existen respuestas BUENAS O MALAS, todas las respuestas son igualmente importantes.

INSTRUCCIONES

Lea atentamente las introducciones a cada cuestionario y el enunciado de cada pregunta. Asegúrese que comprende las categorías de respuesta y elija la que más se identifique con usted, su opinión, su experiencia y su situación personal.

Responda LIBREMENTE Y CON SINCERIDAD.

Si tiene alguna duda sobre los enunciados de las preguntas o las respuestas, pregunte al investigador que le acompaña para que le sean aclaradas.

GRACIAS

I. INFORMACION GENERAL

La primera parte trata sobre sus datos personales. Por favor, marque la casilla que corresponda

1. ¿Cuál es su sexo?	Mujer <input type="checkbox"/> 1
	Hombre <input type="checkbox"/> 2

2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año 19 <input type="text"/> <input type="text"/>
-------------------------------------	--

3. ¿Cuál es su estado civil actual? MARQUE SOLO UNA CASILLA	Casado <input type="checkbox"/> 1
	Viviendo en pareja <input type="checkbox"/> 2
	Separado <input type="checkbox"/> 3
	Viudo <input type="checkbox"/> 4
	Divorciado <input type="checkbox"/> 5
	Soltero <input type="checkbox"/> 6

4. Actualmente ¿está usted...? MARQUE SOLO UNA CASILLA	Contratado o trabaja como autónomo/a <input type="checkbox"/> 1
	En paro y buscando empleo <input type="checkbox"/> 2
	Jubilado/a <input type="checkbox"/> 3
	Incapacitado/a para trabajar por una enfermedad o discapacidad de larga duración <input type="checkbox"/> 4
	Cuidando de la familia o el hogar <input type="checkbox"/> 5
	Estudiando o en formación a jornada completa <input type="checkbox"/> 6
	Otra ocupación: <input type="checkbox"/> 7 especifique.....

5. Si no tiene un trabajo remunerado ni trabaja por cuenta propia ¿Cuándo tuvo por última vez un empleo remunerado? MARQUE SOLO UNA CASILLA	En los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 1
	Hace entre 1 y 5 años <input type="checkbox"/> 2
	Hace entre 6 y 10 años <input type="checkbox"/> 3
	Hace 11 años o más <input type="checkbox"/> 4
	Nunca ha tenido empleo remunerado <input type="checkbox"/> 5

6. ¿Cuál es su empleo actual? Por favor, indique profesión, categoría y especialidad en su ramo. Si no está trabajando en este momento, escriba el último empleo que haya tenido.

7. Contando con usted, **¿Cuántas personas comparten su vivienda?**

- Vive solo/a 1
Somos dos 2
Somos

8. **¿Hasta qué punto está satisfecho/a con la convivencia que hay en su hogar?**
MARQUE SÓLO UNA CASILLA

- Muy satisfecho/a 1
Bastante satisfecho/a 2
Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a 3
Bastante insatisfecho/a 4
Muy insatisfecho/a 5

9. Por favor, lea la lista de cualificaciones académicas y **SEÑALE LA CUALIFICACIÓN MÁS ALTA ALCANZADA.**
POR FAVOR SEÑALE SÓLO UNA

- Licenciado 6
Diplomado 5
Educación Secundaria (bachiller, 4
COU, FP2)
Educación Primaria (8º EGB, 3
ESO, FP1)
Sin estudios (lee y escribe) 2
No sabe leer ni escribir 1

10. **¿Cómo diría que administra su economía últimamente? ¿Diría que...?**
MARQUE SÓLO UNA CASILLA

- Vive cómodamente? 1
Vive bien? 2
Tiene dificultades económicas? 3
Tiene muchas dificultades económicas? 4

11. **¿Tiene alguna enfermedad, minusvalía o dolencia que le haya afectado o vaya a afectarle durante un periodo largo de tiempo?**
MARQUE SÓLO UNA CASILLA

- SI 1
NO 2

II. CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO DE LA SALUD.

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste a cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

12. En general, usted diría que su salud es:	Excelente <input type="checkbox"/>	1
	Muy buena <input type="checkbox"/>	2
	Buena <input type="checkbox"/>	3
	Regular <input type="checkbox"/>	4
	Mala <input type="checkbox"/>	5

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

13. Esfuerzos moderados como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora	Sí, me limita mucho <input type="checkbox"/>	1
	Sí, me limita un poco <input type="checkbox"/>	2
	No, no me limita nada <input type="checkbox"/>	3

14. Subir varios pisos por una escalera	Sí, me limita mucho <input type="checkbox"/>	1
	Sí, me limita un poco <input type="checkbox"/>	2
	No, no me limita nada <input type="checkbox"/>	3

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

15. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	2

16. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o sus actividades cotidianas?	SI <input type="checkbox"/>	1
	NO <input type="checkbox"/>	2

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

17. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 2

18. ¿No hizo su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional?	SI <input type="checkbox"/> 1
	NO <input type="checkbox"/> 2

19. Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	Nada <input type="checkbox"/> 1
	Un poco <input type="checkbox"/> 2
	Regular <input type="checkbox"/> 3
	Bastante <input type="checkbox"/> 4
	Mucho <input type="checkbox"/> 5

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo....

20. se sintió calmado y tranquilo?	Siempre	<input type="checkbox"/>	1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/>	2
	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	3
	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	4
	Sólo alguna vez	<input type="checkbox"/>	5
	Nunca	<input type="checkbox"/>	6

21. tuvo mucha energía?	Siempre	<input type="checkbox"/>	1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/>	2
	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	3
	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	4
	Sólo alguna vez	<input type="checkbox"/>	5
	Nunca	<input type="checkbox"/>	6

22. se sintió desanimado y triste?	Siempre	<input type="checkbox"/>	1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/>	2
	Muchas veces	<input type="checkbox"/>	3
	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	4
	Sólo alguna vez	<input type="checkbox"/>	5
	Nunca	<input type="checkbox"/>	6

23. Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	Siempre	<input type="checkbox"/>	1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/>	2
	Algunas veces	<input type="checkbox"/>	3
	Sólo alguna vez	<input type="checkbox"/>	4
	Nunca	<input type="checkbox"/>	5

24. En general, ¿cómo valoraría su calidad de vida?	Muy buena	<input type="checkbox"/>	1
	Buena	<input type="checkbox"/>	2
	Ni buena ni mala	<input type="checkbox"/>	3
	Mala	<input type="checkbox"/>	4
	Muy mala	<input type="checkbox"/>	5

EN ESA ULTIMA VISITA,

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No aplicable
41. El médico ha recetado las medicinas convenientes para mi padecimiento / problema.	1	2	3	4	5
42. El médico ha solicitado las pruebas (análisis, radiografías, etc.) oportunas.....	1	2	3	4	5
43. El médico me ha enviado a un especialista ya que la situación lo requería.....	1	2	3	4	5
44. Si he solicitado la baja laboral, el médico me la ha dado.....	1	2	3	4	5

EN ESA ULTIMA VISITA,

45. Fue difícil conseguir la cita para el médico.....	1	2	3	4	5
46. En la sala de espera permanecí poco tiempo antes de entrar en la consulta.....	1	2	3	4	5
47. En la sala de espera me sentí cómodo.....	1	2	3	4	5
48. Sufrí interrupciones cuando estaba dentro de la consulta.....	1	2	3	4	5
49. Dentro de la consulta me sentí cómodo.....	1	2	3	4	5

IV- Escala E.A.D.G.

Últimamente:

	SI	NO	
50- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
51- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
52- ¿Se ha sentido muy irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
53- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Subtotal		<input type="checkbox"/>

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

	SI	NO	
54- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
55- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
56- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
57- ¿Ha estado preocupado por su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
58- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	TOTAL A		<input type="checkbox"/>

Últimamente:

	SI	NO	
59- ¿Se ha sentido con poca energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
60- ¿Ha perdido Ud. su interés por las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
61- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
62- ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanza?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Subtotal		<input type="checkbox"/>

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

	SI	NO	
63- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
64- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
65- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
66- ¿Se ha sentido enlentecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
67- ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	TOTAL B		<input type="checkbox"/>

PUNTUACION: SI = 1 NO = 0

V. ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES DE SU VIDA

¿ Ha tenido alguna de las siguientes experiencias o problemas durante los últimos 6 meses?

68. Ha sufrido usted mismo una enfermedad, lesión o agresión grave	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	2

69. Algún familiar cercano ha sufrido una enfermedad, lesión o agresión grave	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	2

70. Ha muerto uno de sus padres, hijos o su pareja / cónyuge.	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	2

71. Ha muerto un amigo cercano a la familia o algún otro familiar (tíos, primos, abuelos)	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	2

72. Se ha separado a causa de problemas en su matrimonio.	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	2

73. Ha roto una relación estable.	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	2

74. Ha tenido un problema grave con algún amigo cercano, vecino o familiar.	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	2

75. Se ha quedado sin empleo o ha buscado empleo durante más de un mes sin éxito.	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	2

76. Le han despedido de su trabajo.	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	2

77. Ha tenido una crisis económica grave.	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	2

78. Ha tenido problemas con la policía o ha comparecido ante un tribunal.	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	2

79. Le han robado o ha perdido algún objeto de valor.	SI	<input type="checkbox"/>	1
	NO	<input type="checkbox"/>	2

VI. FAMILIA Y AMIGOS

Esta parte trata sobre lo que usted piensa de su familia y amigos. En la familia se incluye tanto a las personas que viven con usted como a las que no. A continuación aparecen una serie de comentarios acerca de la familia y amigos. Señale hasta qué punto está de acuerdo con cada uno de ellos.

Responda a TODAS las preguntas marcando la casilla que más corresponda a su opinión.

80. Tengo familiares o amigos que hacen cosas para hacerme feliz	Falso <input type="checkbox"/>	1
	A veces <input type="checkbox"/>	2
	Verdadero <input type="checkbox"/>	3

81. Tengo familiares o amigos que hacen que me sienta querido/a	Falso <input type="checkbox"/>	1
	A veces <input type="checkbox"/>	2
	Verdadero <input type="checkbox"/>	3

82. Tengo familiares o amigos con los que puedo contar pase lo que pase	Falso <input type="checkbox"/>	1
	A veces <input type="checkbox"/>	2
	Verdadero <input type="checkbox"/>	3

83. Tengo familiares o amigos que cuidarían de mí si lo necesitara	Falso <input type="checkbox"/>	1
	A veces <input type="checkbox"/>	2
	Verdadero <input type="checkbox"/>	3

84. Tengo familiares o amigos que me aceptan tal y como soy	Falso <input type="checkbox"/>	1
	A veces <input type="checkbox"/>	2
	Verdadero <input type="checkbox"/>	3

85. Tengo familiares o amigos que me hacen sentir una parte importante de sus vidas	Falso <input type="checkbox"/>	1
	A veces <input type="checkbox"/>	2
	Verdadero <input type="checkbox"/>	3

86. Tengo familiares o amigos que me dan ánimos y apoyo	Falso <input type="checkbox"/>	1
	A veces <input type="checkbox"/>	2
	Verdadero <input type="checkbox"/>	3

ANEXO VII

ANEXO VII.- Análisis factorial de las ESCALAS DE COMUNICACIÓN en la interfase médico-paciente valoradas por los pacientes de los encuentros difíciles.

N=336.

Kaiser-Meyer-Olkin =0,920; Bartlett: $\chi^2 =2593,855$, gl=120, p= 0,000

	Componente		
	1	2	3
Me ha prestado apoyo	,843		
Me ha ayudado con mi tensión y preocupación	,806		
Me ha explicado mis problemas emocionales	,696		
Me ha explicado la gravedad de mis problemas	,682		
Ha tenido en cuenta mi punto de vista	,649		
Me ha explicado el curso de mi enfermedad	,622	,460	
Me ha explicado-aconsejado el tratamiento	,608		
Me ha explicado el reconocimiento		,794	
Me ha examinado		,727	
Me ha solicitado las pruebas oportunas		,681	
Me ha enviado al especialista convenientemente		,655	
Me ha explicado mis molestias		,560	
Me ha dedicado tiempo suficiente			,788
Me sentí cómodo dentro de la consulta			,746
Me ha escuchado			,727
Me ha recetado lo conveniente			,619

FACTOR 1: Apoyo emocional y comunicación centrada en el paciente (alfa = 0.89)

FACTOR 2: Fase resolutive de la entrevista (alfa = 0.83)

FACTOR 3: Satisfacción global con la entrevista (alfa = 0.78)

ANEXO VIII



FRANCISCO JESÚS MARTOS GÁMIZ, DIRECTOR DEL DISTRITO SANITARIO DE JAÉN

CERTIFICA que habiendo tenido conocimiento del proyecto de investigación "RESPUESTA EMOCIONAL DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN LOS ENCUENTROS MÉDICO-PACIENTE DIFÍCILES" del que es coautora Doña ISABEL BALLESTA RODRÍGUEZ , médico del Centro de Salud Federico del Castillo de este Distrito Sanitario, apoya y aprueba decididamente la puesta en práctica del mismo.

Lo que se certifica en Jaén a efectos de presentación para solicitud de beca de investigación en Jaén a 27 de junio de 2002.

El director de Distrito

Fdo: Francisco Jesús Martos Gámiz



ANEXO IX

TABLA COMPARATIVA ARTICULOS ORIGINALES SOBRE ENCUENTROS DIFICILES

AUTORES	MUESTRA	CARACTERÍSTICAS-VARIABLES	RESULTADOS
PRADOS 1990 ESPAÑA	1 C.S., 5 M.F.	Identificar pacientes difíciles entre los del cupo de pacientes	<u>Prevalencia:</u> 9,4% <u>VARIABLES del paciente:</u> Edad, Sexo, E. Civil,
<u>WALKER EA</u> 1997 EEUU	68 pacientes de reumatología (fibromialgia y AR) Una clínica de reumatología	<u>Definición de PD:</u> La frustración del Reumatólogo medida por el DDPRQ. <u>Factores del paciente</u> asociados a la dificultad: Demográficas, Diagnósticos Psiquiátricos, Factores de personalidad, Discapacidad funcional, Invalidez, Hª de trauma previo	<u>Regresión final</u> mostró relación entre frustración del MF con: 1- presencia de Trastornos de somatización en el paciente, 2-Percepción de falta de control sobre la enfermedad, 3- Presencia de trastornos obsesivo-compulsivos Si tratásemos mejor y/o supiéramos abordar la somatización, disminuiría la frustración del médico.
JACKSON JL, 1999 EEUU	500 pacientes antes, después, 2 semanas y 3 meses ED. 38 MF, Escalas DDPRQ (percepción de ED)	<u>Variables del paciente:</u> Morbilidad psiquiátrica, (PRIME-MD), Calidad de vida (SF-6). Satisfacción con la visita: (RAND- 9 items cuestionario); Resolución de síntomas; Coste de las visitas, Expectativas previas y posteriores a la visita y uso de servicios. <u>Variables de los 38 MG:</u> Escala PBS: Physician Belief Scale- del médico y escala de percepción de ED (DDPRQ)	<u>Prevalencia ED:</u> 15% <u>Pacientes:</u> Trastorno mental, mas de 5 síntomas somáticos, síntomas más severos, peor calidad de vida, menor satisfacción con los cuidados, y mayor uso de los servicios <u>Médicos:</u> Pobre enfoque o actitud o habilidades psicosocial (altas puntuaciones en la escala (PBS) se asociaron a mayores ED (23% frente a 8%)
SCHWENK TL, 1989 EEUU	205 PD, y 22 MF <u>Objetivos:</u> 1- Desarrollar un modelo descriptivo de las características percibidas por los MF, de los paciente etiquetados como PD 2- Describir la autopercepción del MF de sus motivaciones para estudiar Medicina 3- Conocer en qué manera la auto-percepción tanto del MF como del PD puede interactuar en la RD	<u>Definición de PD:</u> "aquel con quien has experimentado mayor dificultad hoy" A ese paciente diario le aplican el cuestionario 1-Análisis factorial de un cuestionario con 40 ítems con características físicas y comportamientos del posible PDC, valoradas por los MF. 2-Características del MF: motivaciones para hacer M.F.	<u>VARIABLES de pacientes:</u> 2/3 mujeres. Obtienen tras análisis factorial DOS factores: que definen la dificultad o ED: 1- Incertidumbre clínica: (síntomas vagos., difíciles de describir, problemas mal definidos.) y 2- dificultad relación interpersonal (reflejado o percibida en estilos o comportamientos amenazantes o agresivos del paciente) Las principales motivaciones para estudiar medicina fue la gratificación esperada de resolver problemas médicos y el deseo de ayudar a la gente.

AUTORES	MUESTRA	CARACTERÍSTICAS-VARIABLES	RESULTADOS
LIN -E 1991 EEUU	2 Centros de salud, 18 MF con larga experiencia y especialistas en M:F o Internistas. Muestra de pacientes HU con diagnósticos de problemas de salud mental 228 Casos elegidos por sus MF como PD 251 Control fueron entrevistados	<u>Definición de ED:</u> el que resulto frustrante para el MF <u>Variables:</u> Cuestionario a pacientes y entrevista estructurada psiquiátrica. Registros de la Hª Clínica informatizada (por el médico)	Prevalencia de ED 37% <u>No encontraron diferencias significativas</u> entre los dos grupos en cuanto a nº y gravedad de los problemas físicos de los pacientes. Diferencia significativa en el grupo de PD que fueron más utilización de servicios y recursos sanitarios, y tuvieron más trastornos mentales relacionados con TAG y somatizaciones. <u>Los Pacientes del grupo PD afirmaron tener más síntomas somáticos y más discapacidad</u> que el grupo control, así como peor calidad de vida <u>Factores predictores</u> para la frustración del médico: Trastornos somatización y el mayor uso de los servicios
HAHN SR 2001 USA N.YORK	4 CS, 27 Médicos, 627 Pacientes, Miden el ED con el cuestionario DDPQRQ-10 ítems	<u>V. Paciente:</u> (cuestionario de signos físicos) Síntomas físicos referidos por los pacientes Psicopatología del paciente y síntomas somatoformes mediante el PRIME-MD. Médico: DDPQRQ-10	Nº y tipo de síntomas físicos del paciente (MORBILIDAD), el nº de síntomas somatoformes, se relacionó significativamente con ED. Asociación entre síntomas físicos y dificultad se debe en parte a la asociación de síntomas físicos con trastornos mentales Pero los síntomas también contribuyen independientemente al ED, quizás por su contribución a perpetuar el "rol enfermo" <u>Prevalencia 15%</u>
HAHN SR, 1996 N. York	ORIGINAL: 4 C, salud, 627 PD, 1727 PAC <u>Objetivo:</u> Medir la prevalencia de ED sentida por el MF en AP y medir la asociación de la dificultad sentida con enfermedades físicas y de salud mental, calidad de vida, uso de servicios sanitarios y satisfacción con los cuidados médicos recibidos por el paciente	Miden percepción dificultad del médico (DDPR-Q) <u>Variables del paciente:</u> PRIME-MD, SF-20, utilización y satisfacción con la atención médica: directamente preguntado al paciente	<u>Variables del paciente:</u> Problemas salud mental del paciente: mayor prevalencia de ataques de pánico, depresión y distimias Peor calidad vida, mayor utilización y menor satisfacción con cuidados. No encontraron significación en variables sociodemográficas.

AUTORES	MUESTRA	CARACTERÍSTICAS-VARIABLES	RESULTADOS
<p>SCHAFFER S, 1998 CALIFORNIA/ EEUU</p>	<p>21 PD en grupo investigación y 22 CONTROLES y 9 MF Muestreo intencional Investigan trastornos de personalidad entre los PD mediante test</p>	<p>Los MF seleccionaron entre 2 -6 PD citaron 1 o más criterios para cada PD: 1- sentimiento de frustración o rechazo, 2- Incertidumbre clínica, 3- Gran nº de problemas o quejas, 4- quejas sin aparente organicidad, 5- Conductas sin adherencia terapéutica, 6- conductas dependientes o demandas inadecuadas. Entre los PD seleccionados invitaron por teléfono a participar en entrevista. Cuestionario semiestructurado (DIPD) de 11 apartados:</p>	<p>Personalidad dependiente es el más asociado Resultados:1- presencia o ausencia de trastornos personalidad; 2- Escala de síntomas en total y resumen simplificado del PIPD, añadiendo todos los síntomas positivos de igual peso presentes Resultados: Características sociodemográficas similares en ambos grupos (PD y CC) El nº total de síntomas correlacionó con el nº de razones de su MF para denominarlo PD, y fue mayor en grupo PD que en Controles Los trastornos personalidad detectados en PD fueron mas prevalentes en PD que en control (7 de 21) : 1- Trastorno de dependencia, 2-Trastorno paranoides, 3- Trastorno dependiente y obsesivo, y 1 caso que reunía criterios para varios trastornos de personalidad Ningún MF. Tenía "diagnosticado" o catalogado a su PD con trastorno de personalidad.</p>
<p>CHANDY J, 1987 Michigan EEUU</p>	<p>CASOS-CONTROL 1 Centro salud; 95 PD "marcados" o definidos por sus MF (seleccionando 5 PD de entre los vistos en los Últimos 15 días). 166 CONTROLES de la Hª Cª)</p>	<p>Definición de PD: subjetiva Los definieron porque le produjeron "frustración" por su conducta o por la relación Entrevista con los médicos</p>	<p>Variables sociodemográficas, morbilidad y consumo recursos: derivaciones, recetas, análisis, visitas. RESULTADOS: los PD, mujeres, mayores edad, divorciado- viudo, mas en controles. Más problemas agudos consultados, problemas crónicos, derivaciones, y visitas al CS No hubo diferencias en visitas "fuera de hora", composición familiar, nivel socio-económico, o continuidad de cuidados. Si se encontraron diferencias significativas con mayor nº problemas crónicos, mas peticiones análisis y medicación, y visitas al C.S</p>

AUTORES	MUESTRA	CARACTERÍSTICAS-VARIABLES	RESULTADOS
CARSON J, 1993 Reino Unido- Londres	36 GP Londres:24- hombres, (27-40 años X=33), 12 mujeres (28-47, X= 32) Describen 36 PD	Le piden que DESCRIBA (que piensen en uno para responder las preguntas) 1.PD: 19 preguntas divididas en 2 secciones: 1ª edad, sexo, tipo de problema, y 2º: Características del GP: edad, sexo, tiempo de trabajo en GP, Pregunta: "Cuál fue el comportamiento o los síntomas del paciente que encontró difícil de manejar?"	Media GP jóvenes y poco tiempo trabajando (media de 16 meses) Pacientes: 78% mujeres, 38 años. V: media 47 años. 47% con prob. Psiquiátricos y 70% prob. Sociales. Ansiedad y Depresión el 22%, problemas físicos el 2% Mas dificultades manejo pacientes demandantes o manipuladores, y pacientes agresivos, y los que no seguían los consejos médicos Competencias: Los MG piensan que están "preparados igual que otros médicos para manejar PD" Edad Médico: El 65% de los más mayores piensan que manejan mejor los ED Experiencia profesional: 79% del grupo con más experiencia >14 meses, manejaban mejor el PD Conductas del MG "¿Se pudo manejar mejor el PD con algún cambio en su propia conducta?": 27 Gp: 1-SI, mejores hnbh comunicación, 2-Más control sobre la relación M-P, y no dejándose manipular por el paciente, 3- Mas control sobre su propio malestar o enfado
MAS X, 2003 España- Cataluña	1 CS, 6 MF, 82 PD, 3 meses observación. Eligen los PD según criterios de Groves. Cataluña	V. Pacientes: N° visitas, edad, sexo, clase social, estudios, estructura familiar, comorbilidad. Definición PD: Clasif GROVES de PD. Discusión sobre opiniones que generan los PD en los MF.	Estudio cuantitativo: Prevalencia: 2,3%, perfil del PD: 67,1% mujeres, Edad media: 57,8años, tipología de Groves predominante: pasivo-dependiente, (41%), con estudios primarios (62%), Jubilada (35%), casada –con hijos(35%) de dos o mas problemas salud (74,4%), y al menos un problema psiquiátrico (40,2%) CUALITATIVO: EMOCIONES del MF: Irritabilidad, frustración, impotencia, cansancio, inseguridad,
KREBS EE, 2006 USA	Médicos de USA 1.391 (MF, Internistas y otras especialidades) cuestionario PWS (calidad de vida y trabajo del médico)	Miden caract del médico: estrés, depresión, ansiedad, Edad médico Organización: lugar de trabajo, horas de trabajo, Morbilidad de los pacientes "frustrantes" (psicosocial y abuso de drogas)	Mayor presencia de ED (frustrantes) se asoció significativamente con: Menos edad del médico, trabajar mayor nº de horas por semana (>55 H/ semana), y más síntomas de depresión, estrés y ansiedad. Y mayor nº de pacientes con problemas psicosociales. O abuso de sustancias.
SMITH RC 2005		Consecuencias ED sobre médicos (www)	Disminución entusiasmo, sentimientos de ser manipulados, (DESCONFIANZA) y deseos de que no vuelva (RECHAZO)

AUTORES	MUESTRA	CARACTERÍSTICAS-VARIABLES	RESULTADOS
SMITH RC 1998		Original, cuestionario a MG preguntan el mayor grado de respuesta emocional sobre 33 situaciones sobre conductas o circunstancias de paciente potencialmente amenazante	Dividen 3 niveles de intensidad emocional, los 11 que más dificultad = amenazas a la integridad del médico o su autoestima (paciente agresivo), 11 nivel intermedio= demandas indebidas del paciente, las menos emocionantes son demandas independientes del médico.
MATHERS N 1995 Reino Unido	60 GP (de 137 GP urbanos) Le envían un cuestionario, Objetivo: comprender si algunas características individuales de los MF se asociaron con el nº de PD sentidos en sus listas de pacientes	Relación características GP y ED Variables médicos: GHQ-12, Job satisfaction-Q (WCW, Job s.g) y uno de Personalidad (PBI) Midieron la Satisfacción laboral M, personalidad, salud general, formación post-grado.	Prevalencia PD: DE 1-3% de su LISTA DIARIA, de pacientes. Una media de 6 por médico Definición de PD según los GP: 1º: Los hipocondríacos, e HU que hacen sentir al MF impotencia, o enfado, (60%) 2º: 40% tipos específicos particulares de pacientes: múltiples síntomas (problemas psiquiátricos, dificultades de comunicación, El 60% de la varianza en la percepción de PD se explicó por: 4 variables; 1-Grandes cargas de trabajo percibidas, 2 -falta de entrenamiento en hbbb comunicación y counselling, 3- baja satisfacción laboral, 4-falta formación postgrado
CRUTCHER JE 1980,	12 MF, 722 encuentros M-P, 30% ED	Definición E.D: el que produce reacciones desagradables en el medico tales como : temor, frustración, culpa	Prevalencia: 30%. Médicos más experimentados sufrieron menos ED Las variables del paciente asociadas fueron: Mayor nº problemas psicosociales y bajo nivel social
PERRY, 2009			Presión del tiempo percibido en las consultas.
KREBS EE, 2006		Organización: lugar de trabajo, horas de trabajo semanales	trabajar mayor nº de horas por semana (>55 H/ semana
MATHERS N 1995	60 GP	Detalles del lugar de trabajo, cargas de trabajo, nº de días semanales de trabajo, nº de pacientes por médico, nº de visitas domiciliarias, Formación post-grado, formación en hbbb comunicación	Se asociaron con mayor nº de PD: más carga de trabajo de lo habitual, y en sentido negativo: La formación postgrado, la satisfacción laboral, hbbb comunicación y counselling, disminuyeron el nº de PD.

AUTORES	MUESTRA	CARACTERÍSTICAS-VARIABLES	RESULTADOS
LEVINSON W, 1993	1.076 MG todo tipo especialidades, en todo EEUU, que participaron en un taller de comunicación M-P.	Desarrollaron un cuestionario sobre <u>difficultad en la relación M-P</u> (identificando los componentes específicos de las visitas frustrantes), y desarrollar un instrumento de ayuda al MF	Validaron al final 25 ítem Los médicos atribuyeron la <u>difficultad</u> a los problemas de comunicación M-P- mas que a sus propias limitaciones. Identifican 7 tipos de problemas de comunicación: 1-Falta de entendimiento, 2- demasiados problemas, 3- sentimientos de distres , 4- falta de confianza y acuerdo, 5- falta de adherencia, 6- pacientes manipulador-demandantes, 7- problemas especiales.
HAHN SR, 1994	+ 92 encuentros: Proveedores de salud (médicos y enfermeras- pacientes), en la fase de desarrollo del instrumento. + 224 encuentros (54 Médicos-Proveedores 224Pacientes.) en "reliability" (Confiability) + 113 Pacientes estudiados en sus características	Desarrollan el CUESTIONARIO DDPRQ	Encontraron 5 factores o dimensiones que definen la relación difícil. Prevalencia ED: 10.3 a 20.6% de los encuentros. Los factores demográficos del paciente: Género, raza y estado civil) y características del profesional (género, profesión enfermeral/ médico) y nivel de formación y la mayoría de los diagnósticos médicos no se asociaron al DDPRQ Las variables del paciente: síntomas psicosomáticos, trastornos leves de personalidad, y psicopatología (depresión mayor, trastornos de pánico y ansiedad generalizada si se asociaron . La mayoría tuvo mas de una de estas características
MAS X, 2009	1 C.S., 4 M. F (+ 4 R), 3 Meses observación. 352 PD encuestados	Los MF. seleccionan los PD con criterios "cualitativos" sin especificar <u>Entrevistan a los PD</u> con cuestionario no validado que incluye: edad, sexo, valoración del encuentro con su médico, y si fue difícil a quien lo atribuye o responsabilidad, Cambios de médico previos por causa de "Médico difícil o mala relación" 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 medico difícil* por parte del paciente.	<u>Pacientes</u> : participación, 85%); 212 (60,2%) mujeres, edad, 54,7años <u>Prevalencia de ED del 8,5%</u> según los médicos. Causas. Atribuidas al la idiosincrasia del paciente <u>Prevalencia de ED: 3,1%</u> , según los pacientes, atribuida a escasa empatía con el MF(81%) 5,1% se plantean cambiar de médico. El 15,1% han cambiado alguna vez de médico. El 3,15 consideraran a su MF un M Difícil

AUTORES	MUESTRA	CARACTERÍSTICAS-VARIABLES	RESULTADOS
PERRY, 2009	5 regiones de EEUU, MF e IM Responden a cuestionario PWS (Physician Worklife Survey).	<p>Les envían un cuestionario de PD con 8 items "¿con qué frecuencia ocurre esta afirmación en los encuentros con sus pacientes"? (De 1= nunca, hasta 4= muy frecuente).</p> <p>Otras variables del médico miden: Strés laboral (escala 4 ítems). Burnout . Satisfacción laboral global. Presión del tiempo percibido en las consultas. Medidas subjetivas de errores clínicos cometidos (tto erróneos no debido a falta de conocimientos). Edad, sexo, raza- nacionalidad, Especialidad, y dedicación exclusiva/no</p>	<p>Clasifican a los MF en tres grupos según la frecuencia de sus ED Realizan 3 cluster: Alto, Medio y Bajo nº de ED y comparan estos tres cluster con el resto de variables.</p> <p>Encuentran asociación en Cluster de Alto nº PD: mujeres más jóvenes</p> <p>Relación muy fuerte del grupo con alto nivel de ED: con el burnout (12 veces más), y con menor satisfacción laboral, estrés, presión del tiempo en consultas, percepción de prestar cuidados menor calidad en el año anterior.</p>

TABLA COMPARATIVA ESTUDIOS CUALITATIVOS SOBRE ENCUENTROS DIFÍCILES

AUTORES	MUESTRA-DISEÑO	CARACTERÍSTICAS	RESULTADOS-
<p>CORNEY RH, 1988 LONDRES ISRAEL</p>	<p>Cualitativo, grupo discusión en Londres. 17 GP participaron, compararon 26 PD con un grupo de pacientes no problemáticos. Una segunda parte fue un taller sobre hbb para manejarlos y resolver el problema</p>	<p>Piden a los MF que escriban los detalles y describan a su PD más difícil de todos, y los problemas asociados a ellos. Estas descripciones por escrito fueron la base de un grupo de discusión, sobre las características de los PD y cómo manejarlos</p>	<p>Características del PP: Mujeres de edad media 40 años, solteras, viudas o separadas. <u>Presentan síntomas físicos leves</u>: Dolor abdominal, y de espalda sin causa orgánica identificada, pese a los exámenes de los especialistas. Sus GP aún no descartan del todo un posible origen orgánico. <u>Hiperfrecuentación</u> y demanda de derivaciones y tratamientos <u>Enfermedad crónica depresiva o ansiosa</u> <u>Distinciones familiares y de pareja</u> (en las que tienen familia), o problemas de soledad <u>Falta de acuerdo o aceptación</u> de la naturaleza psicológica de sus síntomas Provocan frustración en sus médicos <u>Repercusión y manejo del GP</u>: (segunda parte del taller): Expresar su frustración por la falta de control del problema Sentimiento de haber llegado a un punto muerto en la relación, sin progreso ni solución, provoca impotencia en el médico e insatisfacción en el paciente Miedo a "abrir la caja de Pandora" y ser desbordado por los problemas. Y evitan hacer un "abordaje" psicosocial, para el que no tendrían tiempo, experiencia ni recursos <u>CONSENSO</u>: El problema no era sólo por ciertas "características" del paciente sino también por algunos aspectos del "entoque" del médico y el consecuente tipo de relación M-P</p>
<p>STEINMETZ D, 2001, ISRAEL</p>	<p>15 GP, de ISRAEL, de > 5 años experiencia Una entrevista larga con cada uno, Grabadas en audio.</p>	<p>-¿quién es el PD? -Propuesta de manejo -Influencia del carácter (personalidad) del médico en el encuentro</p>	<p>10 GP varones, 5 Mujeres. Edad :39-53 años. Experiencia laboral entre 5- 17 años. 1- ¿Quién es el PD?: Los que presentan alteraciones en el comportamiento (violentos, agresivos, manipuladores, mentirosos, demandantes, que no aceptan las normas sociales, rentistas, descontentos con su atención médica, adictos a drogas.) 2- Presentan múltiples y repetidas quejas sin significación médica clara. 3- Pacientes con trastornos psiquiátricos y psicósomáticos (altos niveles de ansiedad), e HU PROPUESTAS DE MANEJO: A)- Mejorar hbb comunicación y relación M-P: Uso Empatía, Escucha "no enjuiciadora", Establecer un plan y priorización con el paciente, Clarificar "roles" y evitar ambigüedad en el lenguaje. Buen humor, implicar al paciente, buscar consenso... B) Utilizar eficientemente las derivaciones, y pruebas complementarias C) Mostrar las limitaciones del médico y sus dificultades, puede minimizar las barreras. D) Técnicas de "Cuidado del profesional" : Relajación, Resignación, Manejo emocional. E) Reconocer aquella parte de la personalidad del médico que puede interferir las relaciones M-P, y potenciar los que pueden facilitarla: honestidad, aprender de la experiencia, habilidad para ceder, tolerancia, paciencia, sentido del humor, empatía. F): imaginación y creatividad. Compartirlos en grupo de médicos.</p>

AUTORES	MUESTRA- DISEÑO	CARACTERÍSTICAS	RESULTADOS
ELDER N, 2006 USA	15 Departamentos de M.F. EEUU, 102 MF tutores de MF recomendados con > 10 años experiencia, Entrevista semi-estructurada, Audiograbada	Definición de PD: "Aquel a quien menos le agrada ver" Y "aquel que os hace sentir abatido al ver su nombre en su lista de pacientes" Dos preguntas. 1- "Describa al paciente que menos le gusta ver" 2- "¿Cómo hace para mantenerse usted mismo sano y al mismo tiempo procurar cuidados de calidad a ese paciente?"	1- Comportamiento de los PD: siempre enfermos , no mejoran, muy demandantes... 2- Tipo de problemas médicos: múltiples problemas, enfermedades crónicas, consumidores de fármacos, problemas psiquiátricos, 3- El ED ocurre cuando el comportamiento del paciente y sus problemas médicos chocan o se oponen a la práctica profesional y personal del médico: es decir en la RELACION <u>Estrategias de manejo:</u> Empatía, colaboración, Apropiado uso del poder, comprensión emocional y compasión.
ODOWD TC, 1988 Reino Unido	En Reino Unido Intervención sobre PD, Definen el PD: como "Heartsink Patient" 28 PD, Grupos discusión; 6 profesionales del centro salud	28 PD. Se seleccionaron sus historias clínicas y se llevaron a un grupo de discusión de 3 GP, un visitador de salud, un residente y un psicólogo ocasional. Se comentaba la información, definían los problemas, formuló un plan de intervención, y proporcionar soporte al profesional encargado de cada paciente. No dio tiempo a "formular plan" para todos, así que quedaron dos grupos: a) - Atendido "con intervención" y b) otro "atendido sin intervención"	28 PD, (22-mujeres y 6 hombres) entre 18- 68 años, 22 casados, 6 vivían solos, separados, divorciados o viudos, 2 vivían solos, 19 trabajaban fuera o en el hogar, 2 jubilados, En 5 casos tenían mas alta frecuentación que el resto de sus familiares Grupo Intervención: 9 PD tenían graves problemas médicos al inicio, Aumentó a 12 de los 28. 9 PD se consideró que causaban la mayoría de los problemas y se les hizo un plan de intervención: Bajo la media de consultas en ambos grupos (de 16 a 11 visitas en grupo de no intervención y de 19 a 7 en el grupo de intervención) Tenían problemas de salud crónicos y problemas psicopatológicos. La intervención del grupo apoyó al profesional a manejar el PD Piensan que el médico necesita ayuda con este problema pues forma parte de él.

ANEXO X

GLOSARIO DE ABREVIATURAS.

PD - Paciente difícil

MD.- Médico difícil

ED.- Encuentro difícil

MF.- Médico de familia

MFyC.- Medicina familiar y comunitaria

C.C.- Centro de salud