

ORIGINAL

Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire

Jesús Martín-Fernández^{a,*}, M. Isabel del Cura-González^b, Tomás Gómez-Gascón^c, Eva Fernández-López^a, Guadalupe Pajares-Carabajal^a y Bernardo Moreno-Jiménez^d

^aC.S. San Martín de Valdeiglesias, Área 8 de A.P., Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^bUnidad de Investigación, Área 9 de A.P., Servicio Madrileño de Salud, Departamento de Medicina Preventiva, Universidad Rey Juan Carlos I, Madrid, España

^cFacultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Centro de Salud Puerta Bonita II, Área 11 de A.P., Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^dDepartamento de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

Recibido el 29 de julio de 2009; aceptado el 28 de septiembre de 2009

Disponible en Internet el 8 de febrero de 2010

PALABRAS CLAVE

Relación médico-paciente;
Satisfacción del paciente;
Atención Primaria;
Atención Primaria/organización y administración;
Calidad de la atención;
Cuestionarios

Resumen

Objetivo: Describir la satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia mediante la utilización del Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas (PDRQ-9) y reevaluar las propiedades psicométricas de éste.

Diseño: Estudio transversal.

Emplazamiento: Seis centros de Atención Primaria (AP) en la Comunidad de Madrid, España.

Participantes: Cuatrocientos cincuenta y un pacientes aleatoriadamente seleccionados que acababan de acudir a una consulta de Medicina de Familia.

Mediciones: Entrevista en la que se recogen características sociodemográficas del sujeto, su necesidad en salud, la accesibilidad al servicio y la situación socioeconómica. Se recogen las contestaciones a los 9 ítems del PDRQ-9 y se construye un índice sintético de satisfacción; se explican las diferencias en la satisfacción con un modelo multivariante.

Resultados: La media de la satisfacción fue de 4,41 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 4,33–4,48) en una escala de uno (menor satisfacción) a 5 (mayor satisfacción) con una mediana de 4,78 (rango intercuartil: 4,00–5,00). Cuatro de cada 10 sujetos expresaban la máxima satisfacción posible (efecto techo). Un único factor explicaba el 75,3% de la variancia, con un valor alfa de Cronbach de 0,952. La edad (OR: 1,03, IC del 95%: 1,02–1,05) y el vivir en zonas rurales (OR: 1,44, IC del 95%: 0,94–2,20) se asociaban con una satisfacción mayor.

Conclusiones: Los usuarios de AP están bastante satisfechos con la relación con su médico, especialmente los de más edad y los que viven en ámbitos rurales. El PDRQ-9 tiene una elevada consistencia interna, pero presenta problemas de discriminación en la parte alta de la escala.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmartinefe@hotmail.com (J. Martín-Fernández).

KEYWORDS

Physician-patient relationship; Patient satisfaction; Primary Care; Primary Health Care/organisation and administration; Quality of Health Care; Questionnaires

Patient satisfaction with the Patient-Doctor Relationship measured using the Questionnaire (PDRQ-9)**Abstract**

Objective: To describe patient satisfaction of their relationship with the family physician, using the PDRQ-9 questionnaire and assess its psychometric properties.

Design: Cross-sectional study.

Setting: Six Primary Care Health centres in the Community of Madrid, Spain.

Participants: Four hundred and fifty one patients randomly selected from those who had just visited their family physician.

Interventions: Interviews were carried out to collect demographic characteristics, health needs, the accessibility to the service, and the socioeconomic situation of the subjects.

Measurements: The PDRQ-9 responses were collected and a synthetic satisfaction index was constructed. A multivariable model was designed to explain differences in satisfaction.

Results: The mean satisfaction index was 4.41 (95% CI: 4.33–4.48) on a scale of 1 (the worst) to 5 (the best satisfaction possible), with a median of 4.78 (interquartile range 4.00–5.00). Four of every 10 subjects expressed the maximum possible satisfaction (“ceiling effect”). A single factor explained 75.3% of the variance, with a Cronbach α value of 0.952. Age (OR 1.03, 95% CI: 1.02–1.05) and living in rural areas (OR 1.44, 95% CI: 0.94–2.20) were associated with above average satisfaction.

Conclusions: Primary care users feel their relationship with their family physicians are very satisfactory, particularly in those who are older and who live in rural areas. The PDRQ-9 questionnaire shows a high internal consistency, but it is not good enough to discriminate in the upper part of the scale.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La relación médico-paciente es un fenómeno evaluado desde múltiples perspectivas. La trascendencia del estudio permanente de esta relación viene dada por el hecho constatado de su influencia en los resultados de la atención sanitaria¹.

La relación médico-paciente es un fenómeno complejo conformado por varios aspectos, entre los que se pueden señalar la comunicación médico-paciente, la participación del paciente en la toma de decisiones y la satisfacción del paciente.

El estilo y el nivel de comunicación entre médico y paciente es un hecho fundamental que determina la calidad de su relación. En el ámbito de la Atención Primaria (AP) se ha observado que determinados estilos de comunicación más empáticos, más centrados en el paciente y que ofrecían seguridad y apoyo se asociaban con mejores resultados en salud².

La implicación del paciente en la toma de decisiones se ha propuesto como un estilo favorecedor de la equidad en la prestación de servicios³, y en sí misma propicia unos mejores resultados para el paciente y una mejor consecución de sus expectativas⁴. Por su parte, la satisfacción del paciente puede referirse a varios niveles, de los que señalaremos la satisfacción con la organización y la referida a su propio médico. La importancia de la satisfacción con el conjunto del equipo que atiende al paciente está demostrada⁵, y se ha revelado como predictora de la fidelidad en la asistencia a un mismo centro de salud cuando las circunstancias permiten la elección de este⁶. Respecto a las circunstancias relativas al médico que mejoran la satisfacción, encontramos que el paciente parece estar más satisfecho cuando este es cálido, cercano⁷ y adopta un estilo centrado en el paciente⁸. El médico que delimita y responde a

las expectativas de los pacientes proporciona una mayor satisfacción, mientras que las expectativas no resueltas son la principal causa de insatisfacción⁹. Por otra parte, los médicos que proporcionan menos apoyo y seguridad provocan mayores cuotas de insatisfacción en general¹⁰. Otras características de una buena relación médico-paciente podrían ser la confianza en el propio médico¹¹, la continuidad de la relación en el tiempo¹² y la búsqueda de acuerdo en las prioridades¹³.

Con frecuencia se ha estudiado la relación médico-paciente desde la perspectiva del profesional, y se ha catalogado a los pacientes con una mala relación con su médico como «pacientes difíciles»^{14,15}. Se ha descrito en diversos estudios que estos pacientes presentan en muchos casos trastornos psicológicos, de personalidad y de somatización¹⁶. Así, cuando se han desarrollado estrategias que inciden en el diagnóstico de síntomas de la esfera psíquica, mejoran los resultados de su abordaje¹⁷.

Pero el estudio de la relación médico-paciente tiene especial importancia desde la perspectiva de este último, que se ha evaluado con diversos cuestionarios^{18,19}, pero que requiere de herramientas específicas. Van der Fitz-Cornelis y su grupo adaptaron un cuestionario desarrollado sobre la teoría psicoterapéutica: el Helping Alliance Questionnaire con el objetivo de conseguir una herramienta objetiva y fácilmente aplicable en AP que evalúase la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente. Así, crearon y validaron el Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ)²⁰, que más tarde Mingote et al²¹ adaptaron al castellano.

La satisfacción en general, tanto con la organización como con los profesionales de AP, en nuestro medio, parece buena²², aunque hasta ahora no se ha medido la satisfacción con la relación médico-paciente con herramientas

específicas en AP. Este trabajo pretende evaluar la satisfacción con la relación con el médico de AP y la utilización de una herramienta específica para su medida, que no había sido probada en este entorno hasta el momento.

Material y métodos

Diseño y pacientes

Se ha realizado un estudio transversal. Se solicitó la participación en una entrevista para estimar la valoración que el usuario hace del servicio recibido en AP. La evaluación del servicio tenía diferentes perspectivas, una de las cuales era la satisfacción del paciente respecto a la relación con su médico de familia, que se valoró con el PDRQ versión de 9 preguntas (PDRQ-9) adaptado al castellano.

El tamaño de la muestra debía permitir, para evaluar la satisfacción, la construcción de un modelo logístico explicativo con coeficientes estables para al menos 15 variables con una ocurrencia de, al menos, 10 episodios (satisfacción alta/baja) por cada una²³. Para este objetivo se precisaban al menos 150 casos de “satisfacción baja” y 300 sujetos en total si la distribución de la satisfacción fuese simétrica. Para el resto de objetivos del estudio de evaluación de servicios, se precisaba otro 50% adicional de muestra, por lo que se invitó a participar en el estudio a 487 sujetos, de los que 36 (7,4%) no aceptaron. Se seleccionó a los sujetos aleatoriadamente de los listados de médicos de familia de 6 centros de salud (4 urbanos y 2 rurales), elegidos en función de su situación, en zonas con rentas medias disponibles altas o bajas de la distribución de la Comunidad de Madrid.

Mediciones

Una misma persona, ajena al sistema de salud y previamente entrenada, realizó las entrevistas en el primer trimestre de 2008. La entrevista se realizaba al terminar la consulta con el médico de familia en el propio centro de salud, pero fuera de la zona asistencial.

La herramienta utilizada fue el PDRQ-9, en su versión en 9 preguntas, y sobre la adaptación hecha por Mingote. Cada respuesta viene contestada en una escala tipo Likert con 5 categorías: 1 (“nada apropiado”), 2 (“algo apropiado”), 3 (“apropiado”), 4 (“bastante apropiado”) y 5 (“muy apropiado”).

Posteriormente se preguntaba una serie de características del sujeto: sociodemográficas, relacionadas con la necesidad en salud, la accesibilidad al servicio, la existencia de otros tipos de aseguramiento y la situación socioeconómica.

Para evaluar la necesidad en salud se recogió la presencia de enfermedades crónicas (que habían requerido asistencia por más de 6 meses), la existencia o no de ingresos hospitalarios en el último año y el número de veces que se había acudido a la consulta del médico de familia en el último año. Para aproximarnos a la percepción subjetiva del estado de necesidad del paciente se utilizó el EuroQoL-5D.

La accesibilidad al servicio se estudió mediante el tiempo necesario para obtener cita y el tiempo de espera desde la hora de cita hasta la consulta.

Para valorar la situación socioeconómica, se preguntó por el máximo nivel de estudios completado (analfabeto, sin

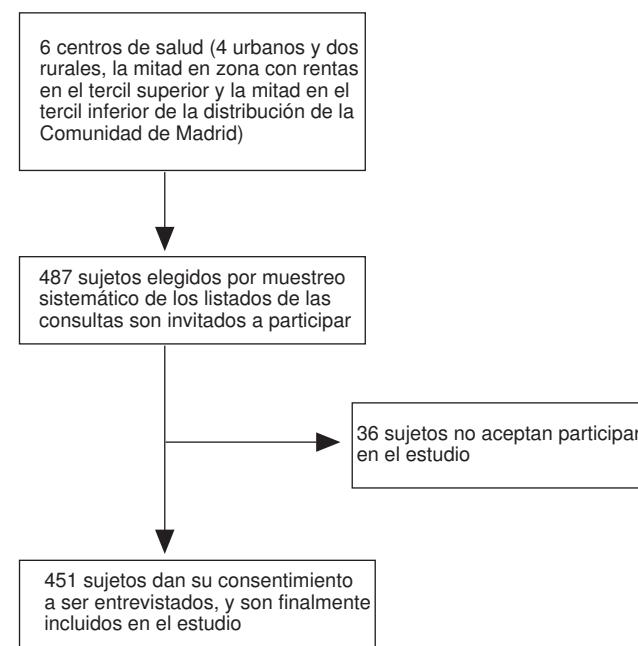
estudios primarios, secundarios o superiores) y por la ocupación (la clase 1 corresponde a la ocupación más cualificada y la clase v a la menos cualificada).

Análisis

Las respuestas al PDRQ se trataron como variables continuas y se obtuvo un índice sintético, resultante de la media de todas las respuestas.

Se hizo un estudio descriptivo de las respuestas de cada pregunta mediante las medidas de tendencia central y dispersión, y se evaluó la existencia de los llamados “efecto suelo” (agrupación de muchas respuestas en la parte inferior de la escala) y “efecto techo” (el mismo fenómeno para la parte alta de la escala). Posteriormente, se llevó a cabo un análisis factorial (componentes principales) basado en un criterio de *eigenvalues* mayores que uno. Se analizó la consistencia interna total del cuestionario y de sus posibles subescalas con el valor alfa de Cronbach.

Para estudiar la posible asociación de las características del sujeto con la satisfacción con la relación de su médico de familia, se evaluó la distribución de cada una de esas características entre aquellos sujetos con una satisfacción por encima o por debajo de la media (análisis univariante). Posteriormente, se construyó un modelo multivariante en el que la variable dependiente era la pertenencia al grupo satisfechos/no satisfechos (por encima de la media/por debajo de la media) y las variables independientes aquellas que presentaban asociación con este estado en el análisis univariante.



Esquema general del estudio: Estudio transversal mediante cuestionario a pacientes que habían acudido a la consulta de Medicina de Familia.

Resultados

Se entrevistó a 451 sujetos. Los 36 que rechazaron su participación tenían una edad algo inferior (51,1 frente a 57,3 años; $p = 0,013$), y no había diferencias en cuanto al

número de enfermedades crónicas o a la utilización hecha del servicio en el último año.

En la tabla 1 se describe la distribución de cada una de las 9 preguntas del cuestionario. Todos los sujetos que aceptaron participar en el estudio contestaron todas las preguntas. Cuatro de cada 10 sujetos contestaron totalmente de acuerdo a todas las preguntas y 7 de cada 10 sujetos presentaban el máximo nivel de acuerdo en al menos una de las preguntas.

La distribución del índice sintético del PDRQ-9 se muestra en la tabla 1. Solo el 25,0% de los pacientes expresa un resultado menor que 4 y el 43,9% de los sujetos presenta el máximo grado de acuerdo con todas las preguntas del cuestionario (lo que indica una satisfacción máxima con la relación con su médico).

En la tabla 2 se presenta el análisis factorial para el PDRQ-9. Se encuentra que un único factor explica el 75,3% de la variancia y que presenta correlaciones muy altas con todos los factores, salvo para el 2.º ítem.

El valor del alfa de Cronbach para las 9 preguntas es de 0,95.

En las tablas 3a y 3b se presenta la distribución de las características de los sujetos según su nivel de satisfacción. El perfil del sujeto más satisfecho en el análisis univariante es el de una persona de mayor edad, que vive en ámbito rural, con una renta familiar algo menor, sin estudios o con estudios primarios y con enfermedades crónicas. Vivir en un ámbito rural y la renta familiar ajustada quedaban al borde de la significación ($p < 0,10$).

Se realizó una regresión logística y se introdujo cada una de esas variables en un bloque. Sólo la edad (que explicaba un 6,0% de la variancia) y el pertenecer a un ámbito rural (el 0,8% de capacidad explicativa adicional) aparecían asociadas con una mayor satisfacción. Ni la renta, ni el nivel de estudios, ni el presentar enfermedades crónicas aportaban capacidad explicativa a esta relación.

Según el modelo seleccionado (tabla 4), por cada 10 años que aumenta la edad, la probabilidad de estar más satisfecho (por encima de la media) aumenta un 37%. El hecho de vivir en un entorno rural aumenta esta misma probabilidad en un 44%, aunque esta relación queda al borde de la significación ($p = 0,09$).

Discusión

La satisfacción de los pacientes respecto a su relación con el médico de familia es muy elevada en nuestro medio cuando utilizamos un cuestionario específico para su medida, como es el PDRQ-9. Esta herramienta, aunque presenta una fiabilidad consistente en diferentes entornos, no es muy discriminativa entre pacientes con satisfacción alta. La presencia de un “efecto techo” es significativa, al menos en el ámbito del estudio. Hasta el momento, ésta es la

Tabla 2 Análisis factorial del Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas

Pregunta	Correlación del ítem con el factor	Variancia del ítem explicada por el factor (extracción)
Mi médico me ayuda	0,86	0,73
Mi médico tiene suficiente tiempo para mí	0,30	0,09
Creo en mi médico	0,92	0,85
Mi médico me entiende	0,94	0,88
Mi médico se dedica a ayudarme	0,94	0,89
Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas	0,90	0,81
Puedo hablar con mi médico	0,94	0,88
Me siento contento con el tratamiento de mi médico	0,93	0,87
Siento a mi médico fácilmente accesible	0,89	0,79

Tabla 1 Distribución de las respuestas del Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas

Pregunta	Media (IC del 95%)	Mediana (rango intercuartil)	Respuestas en los extremos 1/5, %
Mi médico me ayuda	4,32 (4,24–4,41)	5,00 (4,00–5,00)	1,3/59,4
Mi médico tiene suficiente tiempo para mí	4,62 (4,54–4,70)	5,00 (4,00–5,00)	1,8/79,8
Creo en mi médico	4,40 (4,32–4,58)	5,00 (4,00–5,00)	0,7/63,4
Mi médico me entiende	4,35 (4,27–4,44)	5,00 (4,00–5,00)	0,9/61,0
Mi médico se dedica a ayudarme	4,37 (4,29–4,46)	5,00 (4,00–5,00)	1,3/62,5
Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas	4,34 (4,25–4,43)	5,00 (4,00–5,00)	2,2/61,6
Puedo hablar con mi médico	4,44 (4,36–4,52)	5,00 (4,00–5,00)	0,9/65,4
Me siento contento con el tratamiento de mi médico	4,42 (4,34–4,50)	5,00 (4,00–5,00)	0,7/64,7
Siento a mi médico fácilmente accesible	4,37 (4,28–4,46)	5,00 (4,00–5,00)	1,7/64,5
Índice sintético	4,41 (4,33–4,48)	4,78 (4,00–5,00)	0,2/43,9

IC: intervalo de confianza.

Tabla 3a Características de los sujetos según su puntuación media en el Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas. Variables cuantitativas

Variable	PDRQ-9 < 4,41	PDRQ-9 ≥ 4,41	Diferencia de medias (IC del 95%)
	n = 166 Media (DE)	n = 285 Media (DE)	
Edad, años	53,4 (13,3)	59,6 (14,7)	-6,3 (-9,0 - -3,6)
N.º de consultas en el último año	14,6 (12,5)	15,8 (10,3)	-1,2 (-3,3 - 0,9)
N.º de enfermedades crónicas	1,6 (1,7)	2,1 (2,0)	-0,5 (-0,8 - 0,1)
Cuestionario EuroQol-5D (EVA [1-100])	63,5 (20,2)	65,0 (21,8)	-1,5 (-5,5 - 2,6)
Renta familiar ajustada	1.402,4 (1.000,1)	1.222,6 (930,7)	179,8 (-3,8 - 363,9)

DE: desviación estándar; EVA: escala visual analógica; IC: intervalo de confianza; PDRQ-9: Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas.

Tabla 3b Características de los sujetos según su puntuación media en el Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas. Variables discretas

Variable	PDRQ-9 < 4,41	PDRQ-9 ≥ 4,41	Diferencia de proporciones (IC del 95%), %
	n = 166, %	n = 285, %	
Sexo varón	38,0	35,8	2,2 (-8,6 - 11,9)
Centro rural	28,9	35,8	-6,9 (-16,2 - 2,5)
Tienen otro aseguramiento	27,1	21,4	5,7 (-3,0 - 14,5)
Nacionalidad española y UE	89,8	91,2	-1,4 (-7,6 - 4,7)
Ingreso hospitalario el último año	19,3	20,4	-1,1 (-9,2 - 7,0)
Tiempo en obtener consulta (\leq un día)	60,2	59,3	0,9 (-8,9 - 10,8)
Tiempo en sala de espera (\leq 15 min)	73,5	68,8	4,7 (-4,4 - 13,8)
Nivel de estudios (sin estudios o primarios)	52,4	63,2	-10,8 (-20,7 - -0,8)
Clase social (trabajadores manuales)	57,2	57,9	-0,7 (-10,6 - 9,3)

IC: intervalo de confianza; PDRQ-9: Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas; UE: Unión Europea.

Tabla 4 Modelo logístico explicativo para la satisfacción con la relación médico-paciente alta (mayor de la media)

	B	EE	p	Exp (B) = e^B	IC del 95% para Exp (B)	Límite inferior	Límite superior
Constante	-1,724	0,511	0,001	0,178			
Edad	0,032	0,007	<0,001	1,032	1,018	1,047	
Ámbito rural	0,364	0,216	0,092	1,440	0,942	2,200	

B: coeficiente de regresión logística; EE: error estándar; IC: intervalo de confianza; PDRQ-9: Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas.

Variable dependiente: satisfacción en el PDRQ-9 igual o superior a 4,41.

n = 451; Chi² = 23,008 (p < 0,001); R² Nagelkerke = 0,068.

Prueba de Hosmer y Lemeshow Chi² = 8,626 (p = 0,249).

población más grande en la que se ha probado el cuestionario y en la que se han obtenido resultados más altos de satisfacción.

En su formato original, el cuestionario se evaluó en pacientes atendidos en AP y en otros que acudían a una consulta específica de Neurología. En ambos casos

se preguntaba por la relación con el médico de familia. Van der Feltz-Cornelis et al encontraron una media de satisfacción en AP de 4,06 (DE: 0,77). Cuando la entrevista se hacía en el ámbito especializado, pero referida a la relación con el médico de familia, el índice sintético resultante tenía un valor de 3,60 (DE: 1,09). Los resultados

encontrados en nuestro caso tienen un valor medio de 4,41 (DE: 0,77). La adaptación realizada por Mingote et al eligió una solución de 13 preguntas y encontró un valor medio de satisfacción de 3,62 puntos (DE: 0,74). Sin embargo, la encuesta no se realizó específicamente en AP, sino en una consulta externa de un hospital.

Para evaluar la validez aparente (*face validity*) de la adaptación, se debe entender cómo se construye y qué factores intervienen en la relación médico-paciente y cuáles son sus consecuencias a partir de las experiencias de los participantes en el encuentro clínico. Estudiar este complejo proceso requiere varias perspectivas, incluyendo aquellas que permitan explorar de forma abierta cómo médicos y pacientes perciben, interpretan, experimentan y construyen la realidad y en qué contexto ocurre, como hacen los estudios cualitativos²⁴. En diversos trabajos se ve qué conceptos se han mostrado importantes en la percepción de la satisfacción desde un punto de vista cualitativo, como son el hecho de compartir la información con el médico, la capacidad de escucha de este o la toma de decisiones compartidas²⁵. Otros aspectos valorados por los pacientes respecto a la relación con sus médicos de familia fueron la calidad humana, el trato personal (que incluye la escucha y la actitud), la accesibilidad personal y la capacidad de resolución de problemas de salud. Entre las circunstancias que los pacientes valoran de forma negativa en la relación con el médico están la falta de escucha, la prisa y el trato distante²⁴. Creemos que esas características están suficientemente captadas por la adaptación del PDRQ-9 que hemos testado.

No podemos evaluar si la mejor solución es la de 9 o la de 13 preguntas al haber probado solo una de ellas en su versión en castellano. La solución de 9 preguntas aporta una gran consistencia interna en su adaptación con un alfa de Cronbach de 0,95 similar al obtenido en el caso original (0,94)²⁰ y al de la versión de 13 preguntas (0,96)²¹. El análisis factorial apunta de manera consistente a un solo factor, que explica la variancia en un altísimo porcentaje (75,3%).

Encontramos diferencias entre la capacidad discriminativa que presenta el cuestionario respecto a lo expuesto en trabajos anteriores. En el primer estudio, la media de puntuación en las respuestas elegidas oscilaba entre 2,56 y 4,04. En el trabajo con el PDRQ versión de 13 preguntas se obtienen medias entre 3,99 y 4,48 para los ítems finalmente incluidos, mientras que en nuestro caso las medias son siempre superiores a 4,32. La presencia del llamado “efecto techo” parece bastante clara. Van der Feliz-Cornelis et al corroboraron que los resultados sobre satisfacción eran peores cuando se preguntaba en la consulta especializada que cuando se hacía en AP. Los autores explicaban el posible sesgo de la segunda muestra, que puede incluir sujetos con fracasos en el diagnóstico o el tratamiento en AP, y también la circunstancia de que la satisfacción con la relación puede declinar a cotas más realistas al interrogar al sujeto un tiempo después de recibir la atención sanitaria y en un lugar diferente²⁰. El estudio de Mingote et al también recoge los datos mediante entrevista, pero se desarrolla en un entorno donde los contactos son más esporádicos en el tiempo, pueden limitarse a aspectos concretos de la salud y nunca pueden producirse a demanda del paciente. Se conoce que la continuidad de la atención y la accesibilidad son 2 de los atributos que más contribuyen a la satisfacción con los médicos de familia²⁶, y no

son características definitorias del medio donde se llevó a cabo el estudio. Estas diferencias pueden hacer que antes no se hubiese llegado a detectar ese “efecto techo”.

Por otra parte, los resultados obtenidos en este caso, a pesar de este posible “efecto techo”, no son diferentes de los encontrados en las encuestas sobre satisfacción general en nuestro medio, que no se realizan con cuestionarios validados. Así, en la última encuesta sobre satisfacción en la Comunidad de Madrid, el 94% de los pacientes consideraba que su médico de AP era eficaz y resolvía bien sus problemas de salud, el 91% manifestaba que su médico le dedicaba todo el tiempo necesario y el 92% de los entrevistados respondió que su médico de AP le explicaba todo lo que quería saber sobre su salud²².

Respecto a las características asociadas con una mayor satisfacción con la relación médico-paciente, tampoco eran diferentes de lo referido para la satisfacción en general. En el análisis univariante, la edad, el ámbito rural del centro, la presencia de enfermedades crónicas, el poseer sólo estudios primarios y una renta menor parecían relacionarse con una mejor satisfacción con la relación médico-paciente. Pero hay cierta correlación entre las variables y, finalmente, sólo la edad y el vivir en una zona rural se asociaban con el hecho de tener una mayor satisfacción en la relación con el médico.

Una posible relación entre la edad y la pertenencia a una zona rural y una mayor satisfacción con el servicio recibido en AP se habían descrito en nuestro medio previamente²⁷ y en otros sistemas de salud en Europa²⁸. La edad se ha asociado en muchos estudios con una percepción positiva de la atención recibida en AP²⁹⁻³¹.

El resto de variables no se asocian con una mejor relación médico-paciente, al menos desde la perspectiva de este último. Ni el estado de salud ni la situación socioeconómica que se habían relacionado con la satisfacción en AP³⁰ parecen asociarse con la satisfacción particular con la relación médico-paciente. En el análisis univariante los pacientes más satisfechos tienden a tener una media de renta ajustada inferior, pero esta característica no aporta ninguna capacidad explicativa al modelo final. Una peor situación clínica se había relacionado con una menor satisfacción general³², pero parte de esa situación se explicaba por problemas en la comunicación³³, lo que puede dificultar el encontrar asociaciones en un entorno de “alta satisfacción” en la relación con el médico.

Tampoco la accesibilidad se asoció con una mayor satisfacción. La accesibilidad puede entenderse como una característica personal o de la organización. En este caso, sólo podíamos medir la accesibilidad de la organización, y no la encontramos relacionada con una mayor satisfacción en la relación con el médico. En la muestra seleccionada, el 60% de los pacientes tenía cita en el mismo día o el siguiente y el 70% esperó menos de 15 min a ser atendidos, es decir, no existían grandes barreras de acceso. Pero también se ha descrito que la accesibilidad a la consulta no es un factor determinante de la satisfacción del paciente, mientras que si lo es el estilo del médico³⁴.

Este trabajo presenta alguna limitación. En cuanto a la validación de la herramienta, no estaba diseñado para valorar la fiabilidad test-retest. Tampoco se han comparado las versiones de 9 y 13 ítems entre sí. Respecto al estudio de la satisfacción y las características del sujeto y del entorno que se asocian con ella, sólo podemos proponer un modelo

con una capacidad explicativa muy limitada, inferior al 10% de la variabilidad. Aunque se sabe que al estudiar el bienestar o la percepción del paciente los modelos explicativos suelen tener un límite, situado alrededor del 20% en cuanto a la variabilidad explicada³⁵, no podemos descartar que el “efecto techo” que sufre el cuestionario utilizado tenga implicaciones en esto. El efecto techo implica que el rango alto de respuestas no está bien recogido y tiene implicaciones importantes en la sensibilidad al cambio o *responsiveness* de la herramienta utilizada.

A pesar de sus limitaciones, la versión adaptada al castellano del PDRQ-9 se ha mostrado como un instrumento válido desde el punto de vista de su consistencia y de utilidad por su facilidad de aplicación y por la aceptabilidad del paciente, 2 condiciones básicas para la implantación de una herramienta de este tipo en el campo de la investigación y de la calidad. La existencia de ese “efecto techo”, circunstancia descrita para otros cuestionarios propuestos para evaluar la satisfacción con la AP³⁶, se podría evitar rehaciendo las escalas con un mayor número de ítems, aunque esta solución debería evaluarse de nuevo.

En conclusión, podemos decir que los usuarios de AP están bastante satisfechos con la relación con el médico de familia, medida con el PDRQ-9, pero que la herramienta disponible para la medida de esta variable, aunque tiene una alta consistencia interna, presenta problemas de discriminación en la parte alta de la escala. Por otra parte, sólo la edad y el ámbito rural se asocian en alguna medida con la satisfacción percibida por el paciente con la relación con su médico de familia.

Futuras investigaciones deberán determinar si nuevas escalas para el PDRQ en su versión de 9 o 13 ítems permiten una mayor discriminación de los niveles altos de satisfacción y su trascendencia sobre la identificación del perfil del paciente más satisfecho.

Puntos clave

Lo conocido sobre el tema

- La satisfacción del paciente con la asistencia recibida en Atención Primaria es buena, aunque no se ha evaluado la validez de las herramientas de medida.
- La satisfacción con la relación con el médico es un fenómeno complejo, multifactorial y que influye en los resultados de la atención prestada.
- El Patient-Doctor Relationship Questionnaire es una herramienta de medida de la relación médico-paciente construida en un marco teórico sólido y con una consistencia interna adecuada.

¿Qué aporta este estudio?

- La satisfacción del paciente respecto a la relación con su médico de familia es una característica personal, difícil de explicar por circunstancias objetivas, referidas a la organización del sistema o a las características del paciente.
- Existe una tendencia a que la satisfacción en la relación con el médico aumente con la edad y a que

sea mayor en entornos rurales que en entornos urbanos.

- Aunque se confirma la validez interna y la aceptabilidad del Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas, éste presenta una capacidad discriminativa limitada.

Agradecimientos

Al Dr. J.C. Mingote y a su grupo de trabajo por facilitarnos la utilización de su adaptación del PDRQ.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Los datos necesarios para la realización de este estudio se recogieron gracias a la beca concedida por el Fondo de Investigación Sanitaria Proyecto n.º 070514, Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica e Instituto de Salud Carlos III.

Bibliografía

1. Kaplan SH, Greenfield S, Ware Jr JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989;27:S110-27.
2. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002;15:25-38.
3. Murray E, Pollack L, White M, Lo B. Clinical decision-making: Patients' preferences and experiences. *Patient Educ Couns*. 2007;65:189-96.
4. Jahng KH, Martin LR, Golin CE, DiMatteo MR. Preferences for medical collaboration: Patient-physician congruence and patient outcomes. *Patient Educ Couns*. 2005;57:308-14.
5. Otani K, Kurz RS, Harris LE. Managing primary care using patient satisfaction measures. *J Health Manag*. 2005;50:311-24.
6. Brown JB, Dickie I, Brown L, Biehn J. Long-term attendance at a family practice teaching unit. Qualitative study of patients' views. *Can Fam Physician*. 1997;43:901-6.
7. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet*. 2001;357:757-62.
8. Jayasinghe UW, Proudfoot J, Holton C, Davies GP, Amoroso C, Bubner T, et al. Chronically ill Australians' satisfaction with accessibility and patient-centredness. *Int J Qual Health Care*. 2008;20:105-14.
9. Jackson JL, Kroenke K. The effect of unmet expectations among adults presenting with physical symptoms. *Ann Intern Med*. 2001;134:889-97.
10. Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Chlabcz S. The patient's view of the acceptability of the primary care in Poland. *Int J Qual Health Care*. 2008;20:277-83.
11. Keating NL, Gandhi TK, Orav EJ, Bates DW, Ayanian JZ. Patient characteristics and experiences associated with trust in specialist physicians. *Arch Intern Med*. 2004;164:1015-20.
12. Murray M, Bodenheimer T, Rittenhouse D, Grumbach K. Improving timely access to primary care: Case studies of the advanced access model. *JAMA*. 2003;289:1042-6.

13. Jung HP, Wensing M, Olesen F, Grol R. Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. *Qual Saf Health Care.* 2002;11:315–9.
14. Stokes T, Dixon-Woods M, McKinley RK. Breaking up is never easy: GPs' accounts of removing patients from their lists. *Fam Pract.* 2003;20:628–34.
15. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: Clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med.* 1999;159:1069–75.
16. Hahn SR. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Ann Intern Med.* 2001;134:897–904.
17. Van der Feltz-Cornelis CM, van Oppen P, Adèr HJ, van Dyck R. Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychother Psychosom.* 2006;75: 282–9.
18. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract.* 1990;40:487–90.
19. Steven ID, Thomas SA, Eckerman E, Browning C, Dickens E. A patient determined general practice satisfaction questionnaire. *Aust Fam Physician.* 1999;28:342–8.
20. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HW, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: Development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26:115–20.
21. Mingote J, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Carvajal R, Gálvez M, Ruiz-López P. Psychometric validation of the Spanish version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ). *Actas Esp Psiquiatr.* 2009;37:94–100.
22. Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Atención al Paciente. Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de la asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid. Atención Primaria [consultado 25/9/2009]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&c=CM_InfPractica_FA&pagename=ComunidadMadrid%2Festructura&sm=1109266100977&cid=1142537203010&language=es&pid=1109265444699&idOrganismo=1109266228174.
23. Ortega Calvo M, Cayuela Domínguez A. Regresión logística no condicionada y tamaño de muestra: una revisión bibliográfica. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:85–93.
24. Girón M, Beviá B, Medina E, Talero MS. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:561–75.
25. Escudero-Carretero MJ, Prieto-Rodríguez MA, Fernández-Fernández I, March-Cerdà JC. La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 1. Un estudio cualitativo. *Aten Primaria.* 2006;38:8–18.
26. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract.* 2006;23:308–16.
27. Retamal González A, Monge Jodrá V. Valoración de la calidad percibida de los usuarios de zonas básicas de salud de Cuenca. *Aten Primaria.* 1999;24:507–13.
28. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *Int J Qual Health Care.* 2000;12:143–7.
29. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care.* 2001;10:90–5.
30. Potiriadis M, Chondros P, Gilchrist G, Hegarty K, Blashki G, Gunn JM. How do Australian patients rate their general practitioner? A descriptive study using the General Practice Assessment Questionnaire. *Med J Aust.* 2008;189:215–9.
31. Allan J, Schattner P, Stocks N, Ramsay E. Does patient satisfaction of general practice change over a decade? *BMC Fam Pract.* 2009;10:13.
32. Thiedke CC. What do we really know about patient satisfaction? *Fam Pract Manag.* 2007;14:33–6.
33. Parchman ML, Noëjl PH, Lee S. Primary care attributes, health care system hassles, and chronic illness. *Med Care.* 2005;43:1123–9.
34. Vedsted P, Heje HN. Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP. *Scand J Prim Health Care.* 2008;26:228–34.
35. Kahneman D, Diener E, Schwarz N. Foundations of hedonic psychology: Scientific perspectives on enjoyment and suffering. Russell Sage Foundation: New York; 1999.
36. Vedsted P, Sokolowski I, Heje HH. Data quality and confirmatory factor analysis of the Danish EUROPEP questionnaire on patient evaluation of general practice. *Scand J Prim Health Care.* 2008;26:174–80.

doi:10.1016/j.aprim.2009.09.026