

# Relaciones difíciles

J.C. Mínguez Villar

Médico de Familia. Centro de Salud "Tórtola". Valladolid-Este. Valladolid.  
Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN.

*La paciente entra por la puerta con un gesto difícil de definir: entre un inmenso dolor y una suprema resignación. El médico la observa y piensa que la mañana ya no va a ser tan buena como parecía. Es la sexta persona de la lista. Hasta ahora estaba a gusto con la consulta. Lo normal. Ha revisado a dos hipertensos y a un diabético, ha entregado un parte de incapacidad de un accidente doméstico y ha diagnosticado una infección leve. En total, ha consumido unos tres cuartos de hora y sólo lleva diez minutos de retraso.*

Claro, tenía que haberse fijado en la lista y al menos no se habría sorprendido. Ahora comienza una escena que le suena a repetida. Lo malo es que se repite dos o tres veces al mes. Con exquisita paciencia preguntará que cómo se encuentra. Lo que viene también es conocido: una interminable lista de dolores y síntomas dispares e inexplicables, sazonados con alguna que otra alabanza a la inmensa paciencia y bondad del médico, alguna que otra referencia a su proverbial calidad humana y profesional, y múltiples reseñas al suplicio que ella vive, lo inmenoscindible de su situación, el olvido familiar y la tristeza de llegar a su edad en esas condiciones. Si hoy hay suerte, no llegará al lamento por esta vida que lleva y al descanso que supondría dejarla de forma repentina.

El médico no es nuevo en esto. La conoce desde hace muchos años, todavía no había enviudado y dos de sus hijos aún vivían con ella. No recuerda las veces que le ha practicado pruebas y analíticas que nunca arrojan resultados extraños a sus patologías crónicas, por otra parte, razonablemente controladas. Ocasionalmente, desesperado, la ha remitido al hospital, del que ha vuelto con informes negativos o con raros diagnósticos que han precisado de múltiples revisiones y tratamientos ineficaces que han terminado en altas confusas de los médicos o abandonos imprevistos por su parte.

En su desesperación, a veces la ha sometido a cortos o largos cuestionarios de diagnóstico psicológico, sin más resultado que puntuaciones moderadamente altas en depresión o ansiedad.

*dad. Ha mantenido largas conversaciones con ella y sus familiares en busca de una patología mental o de conflictos no manifestados, sin éxito, y con la única respuesta de un aumento en la frecuencia de sus visitas.*

Con asiduidad comenta el problema con la enfermera que le trasmite los mismos sentimientos de frustración. Ha hablado con la trabajadora social que la ha remitido a diversos centros de día, sin conseguir que su asistencia alcance períodos de tiempo importantes.

Si se hubiera dado cuenta, al ver su nombre en la lista se habría preparado mentalmente para una consulta malograda y dilatada que le retrasaría con los otros pacientes. Sorprendentemente, algunas veces la entrevista con ella es fluida, las quejas parecen diluirse y con los consabidos comentarios sobre la suerte que tiene al contar con este excelente médico se ha despedido sin demorarle.

Hoy, no es el caso. El próximo paciente entrará nervioso por la espera (ahora que ya le tocaba a él, tarda tanto!) y él mismo habrá cambiado su estado de ánimo: se sentirá más frustrado, notará cierta sensación de cansancio, su confianza en la ciencia se habrá deteriorado (de forma temporal e imperceptible, pero innegable), su ánimo habrá decaído, con un poco de suerte, su autoestima no sufrirá en exceso.

## EL ENCUENTRO

La entrevista se ha producido en Medicina de Familia. Posiblemente no haya sido en vano. Probablemente, ambos, la paciente y el médico, se hayan dejado algo en el encuentro: paciencia, tranquilidad, estabilidad emocional, etc. Es posible que ambos hayan obtenido algún beneficio... pero, con seguridad, los dos han puesto en juego sentimientos importantes y emociones que deberíamos conocer y saber controlar.

Nadie ha enseñado al médico a manejar ese ingente caudal emocional que se despliega en la consulta<sup>1</sup>. Él sabe que precisa un adecuado nivel técnico para que su eficacia terapéutica consiga su objetivo, la curación. Y en ello se empeña a lo largo de su vida laboral: libros, cursos, congresos, talleres y estudio continuo van a exigirle un importante esfuerzo, pero le empaparán de conocimientos

Correspondencia: J.C. Mínguez Villar.  
Centro de Salud "Tórtola".  
C/ Tórtola, 19.  
47012 Valladolid. España.  
Correo electrónico: jcarlosmv@saludalia.com

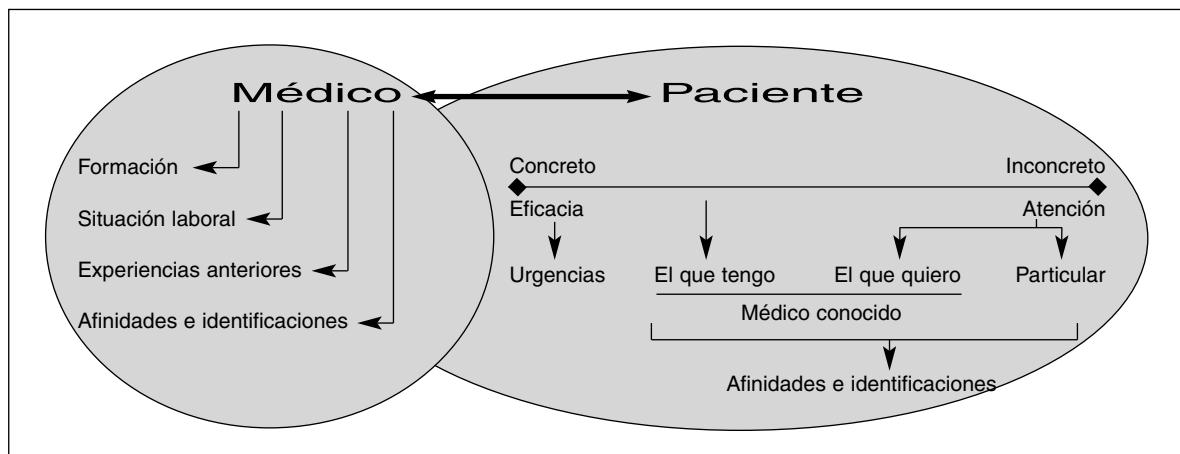


Figura 1. Escenario motivacional en la relación médico paciente.

suficientes para cumplir su función. Descubrirá que entre todos los síntomas de su paciente alguno resulta primordial para enfocar el diagnóstico. A veces, lo importante será la forma en que se asocian o evolucionan. Es la semiología, y el médico la conoce y la comprende. Con ella otorgará al padecimiento de su paciente un nombre y, en ese instante, habrá conseguido llegar al momento cumbre de la Medicina: el diagnóstico. Conocido el enemigo, la batalla se torna más favorable. El tratamiento vendrá ya determinado porque ese médico ha estudiado y sabe cómo hacerlo.

Pero el médico de familia no se engaña. No es tan fácil. Pocas veces los síntomas son claros<sup>2</sup>. Pocas veces sus conexiones con la lesión o la alteración funcional responden al paradigma. Con demasiada frecuencia no hay una concordancia entre la queja y lo que se observa. La batalla vuelve a complicarse.

Y es que el síntoma no es sólo un testigo o una alarma que permite el diagnóstico. Es sobre todo un código. Es un modelo de lenguaje con el que el paciente nos informará de algo más que del estado de su cuerpo. Nos advertirá de cómo se siente, de sus preocupaciones, de cuáles son sus auténticos padecimientos<sup>3</sup>.

Pero no son dos síntomas diferentes<sup>4</sup>. No hay síntomas para el cuerpo y para la mente, ni tampoco para la familia. Es el mismo elemento que debe ser observado con otros ojos. Es la forma de enfocar el relato y la exploración del paciente la que nos permitirá llegar más allá de la enfermedad<sup>5</sup>, la que nos permitirá atisbar aquello que ya los griegos llamaban el *pathos* y los romanos la *dolentia*, y que no es otra cosa que la vivencia que el paciente tiene de su enfermedad<sup>6</sup> en ese momento concreto.

## EL PACIENTE

Es cierto que no todas las relaciones médico paciente son iguales. Cuando un paciente acude a un especialista de hospital en nuestro sistema sanitario, éste ha sido remitido por su médico de cabecera bien para resolver un problema

excesivamente complejo que requiere estudio especializado, bien porque precisa una tecnología concreta de ese nivel o bien porque su patología no puede resolverse de manera ambulatoria. A veces, simplemente, su médico no encuentra el diagnóstico o la solución.

En cualquiera de estos casos, el modelo relacional debe ceñirse a los principios de aquel medio: estancia en un medio hostil (el hospital) con sus normas y costumbres perfectamente regladas, trato entre personas generalmente desconocidas, intervención precisa para un problema concreto, correspondencia completamente asimétrica<sup>7</sup>. Se tratan enfermedades.

Cuando la relación se plantea en Atención Primaria, las circunstancias no son las mismas. El medio y el médico habitualmente son conocidos, la relación es longitudinal, suele ser familiar y no se limita a hechos concretos y aislados, y además la asimetría suele estar mitigada por todo esto y por un dilatado proceso de "toma de confianza". Se tratan personas.

Todo esto conforma un modelo relacional más personal. Implica que el paciente también va a tener en cuenta esta situación, de forma previa, cuando se plantea a qué médico acudir, cuando busque la persona a la que consultar su situación.

Esta elección vendrá determinada de forma inmediata por las características del mismo proceso. No actuará igual cuando sus síntomas sean concretos o inconcretos. Independientemente de la sensación de urgencia que tenga, si ésta no es tan importante como para que le dé la impresión de que se trata de algo grave, discriminará a la persona a la que acudir (fig. 1).

Si sus problemas tienen una presentación más o menos conocida; si le recuerdan a una situación anterior ya resuelta; si cree que sólo necesita un tratamiento rápido, generalmente farmacológico, buscará a la persona que le resulte más inmediata y eficaz: generalmente acudirá a un Servicio de Urgencias<sup>4</sup>, planteará su problema, y sabe que quien le atienda investigará la situación con profesionalidad y pondrá inmediatamente remedio.

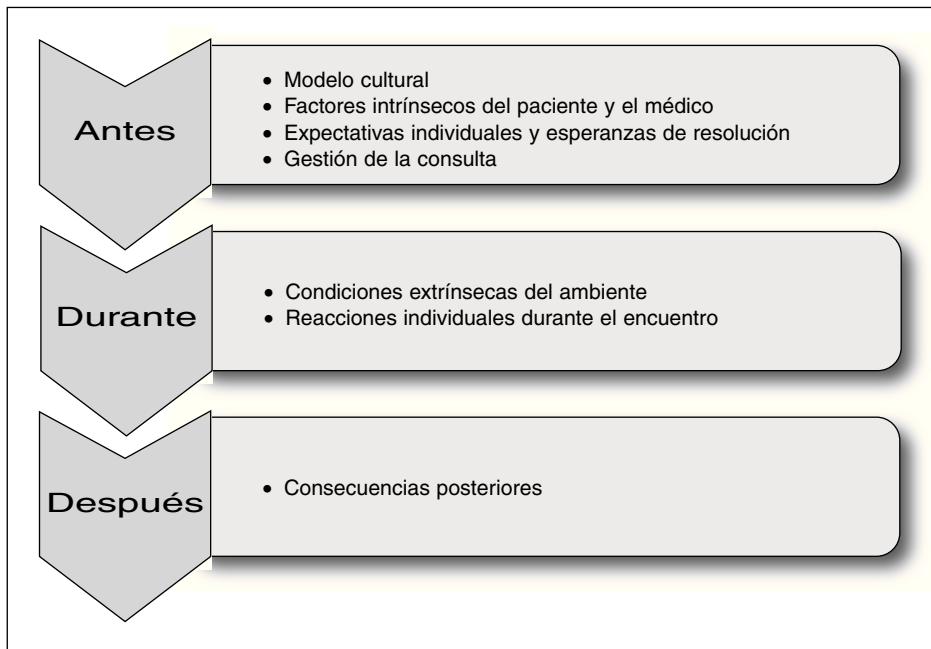


Figura 2. Fenómenos añadidos que intervienen en la relación médico paciente.

Pero cuando el paciente *se siente mal*, cuando piensa que necesita algo más que efectividad y rapidez, cuando la angustia no procede de la sensación de enfermedad o gravedad, sino de algo más profundo que difícilmente sabrá expresar, cuando lo primordial no es el *nosos*, sino el *pathos*, la *dolentia* y no el *morbus*, buscará atención, no eficacia. Y en esta situación, el Servicio de Urgencias no sirve, el médico desconocido no le resuelve nada. Precisa ese médico conocido (porque se le asignaron o porque lo buscó él), con el que mantiene una historia de encuentros y, a veces, algún desencuentro. Con el que ha compartido ya muchos problemas, suyos y de su familia, momentos complicados e incluso alegrías. Con el que ha conseguido establecer complicidades e incluso mantiene afinidades.

Al final, éste será su médico. Para lo importante y para lo banal, para lo urgente y, a veces, sólo para charlar de alguna cosa que le preocupe.

## EL MÉDICO

Por fin, cuando el paciente llegue a la consulta, delante tendrá a su médico. Y tendrá delante a una persona también. Con su formación determinada, en unos aspectos más robusta, en otros con ciertas lagunas que intentará suplir con sentido común y perspicacia<sup>8</sup>. Con su experiencia profesional, que le habrá permitido, en mayor o menor medida, asumir y manejar la incertidumbre. Con sus circunstancias profesionales, que le permitirán mejor o peor disposición a la excelencia de su desempeño. Y sobre todo su historia personal, que entre otras cosas habrá conformado, también en él, sus afinidades e identificaciones.

Pero su trayectoria vital, igual que en el paciente, habrá configurado una personalidad concreta que le permitirá

desarrollar sus habilidades para la comunicación en términos más o menos asertivos, que le habilitará para esquemas de relación más o menos abiertos. En definitiva, que condicionará un modelo de consulta propio.

## EL ENTORNO

Todo este esfuerzo cooperativo será el que consiga establecer una alianza “compensatoria” que permitirá al paciente equilibrar conflictos o carencias en el sistema familiar y social<sup>9</sup> y, por otra parte, le concederá al médico una adhesión terapéutica<sup>10,11</sup> que facilitará su actuación y permitirá el desarrollo del peculiar “destello de comprensión” que Balint y Norel consideraban “una enorme capacidad terapéutica”<sup>12</sup>.

No obstante, todavía la entrevista médica está sometida a más tensiones (fig. 2)<sup>13</sup>. A los factores relacionados con la historia, a los condicionantes del paciente y del médico y a las expectativas que cada uno aporte a esa relación hay que añadir el modelo cultural, la organización del centro de salud y la propia gestión de la consulta del médico.

Nuestro modelo formativo médico, imbuido del culto al rentable positivismo y al exitoso patrón *constructivista*<sup>1</sup>, resulta útil para el núcleo hospitalario, donde, como ya hemos dicho, debe primar la rapidez, la eficiencia y la tecnología dura. Pero en la medicina de familia, el profesional no puede cerrarse en un esquema culpabilizador del paciente cuando la ciencia no encuentra respuestas. No puede, asumiendo el paradigma cultural, considerar como “natural” sólo lo que se puede explicar por la ciencia positiva, enviando al mundo de lo “extraño”, de lo inaccesible, de lo acientífico todo aquello relacionado con el ente psíquico<sup>14</sup>.

**Tabla 1. Factores importantes en la relación médico paciente para estos últimos**

Orden de importancia y porcentaje de acuerdo con factores que los pacientes consideran relevantes en la entrevista clínica con relación al médico	%
Demuestre estar interesado	91,9
Utilice palabras comprensibles	92,3
Informe sobre el tratamiento	90,1
Tranquilice	74,9
Aconseje y que sea el paciente quien decida	52,1
Tenga libertad para comentar opiniones y puntos de vista	59,9
Pregunte la opinión sobre el tratamiento	68,7

Fuente: Torío Durantez J<sup>21</sup>.

El paciente debe acceder a ella mediante un proceso administrativo que no siempre resulta fácil (cita previa, teléfonos saturados) y, tras conseguir la cita, todavía tendrá que salvar la lista de espera (o asumir la derivación a Urgencias) y confiar en que sea precisamente su médico el que le reciba porque no está de permiso, de vacaciones o se ha roto un pie.

Aún el entorno podrá interferir en la relación durante la entrevista propiamente dicha<sup>15</sup>. El edificio suele responder a modelos arquitectónicos burocratizados. La sala de espera, parte de ese mismo edificio, acoge la prisa y la angustia, cuando no el mal humor, de mucha gente.

## LA CONSULTA CENTRADA EN EL PACIENTE

Cuando el paciente entre por la puerta de la consulta, por fin tendrá oportunidad de expresar sus dolencias y sentimientos. Y el médico de familia desplegará todos sus conocimientos para conseguir comprender lo que le sucede y cómo resolverlo.

Pero la manera de enfocar el encuentro puede ser determinante en los resultados<sup>16</sup>. Los tiempos han cambiado. Aquellas entrevistas en que el médico actuaba como un padre benévolos que intenta conducir al pobre paciente por “la senda de la curación” pertenecen al pasado. Aquellas en que, con toda la autoridad otorgada por la “academia”, le riñe por haberse dejado “tocar” por la enfermedad y sin más miramientos le “obliga” a seguir sus fundamentadas, probas e incuestionables recomendaciones son parte de la prehistoria. O deberían serlo<sup>17</sup>.

Hace ya muchos años que está asumida la idea de que la enfermedad genera síntomas y signos, más o menos característicos, que son modulados por los problemas, conflictos o tensiones del paciente, convirtiéndolos en un metalenguaje al que sólo se puede acceder mediante una aproximación comprometida y atenta a sus ideas y expectativas. Es el modelo biopsicosocial<sup>18</sup>.

Y a este modelo sólo se puede responder con un nuevo esquema de la relación médico paciente. En principio, este enfoque no niega la realidad biológica de la enfermedad, sino que plantea un cambio de perspectiva que permite analizar al paciente de una manera más compleja, estudiando las interrelaciones entre su enfermedad, su cultura y sus experiencias, y las redes familiares y sociales en las que se soporta.

Asume que “los intentos de corregir la anomalía a un nivel, sin abordar las alteraciones existentes a los demás niveles, aportan tan sólo una solución parcial de los problemas”<sup>19</sup>.

Entiende que lo que el médico tiene delante es un material delicado, personas. Y éstas acuden no sólo con sus órganos, células y antiguos genes, sino con el efecto que sobre ellos han causado días y años de esfuerzos, trabajo, alegrías y disgustos, experiencias, en suma.

Y este “historial” se ha desarrollado y se mueve en un ambiente determinado, con un modelo relacional nacido de la convivencia con su familia, amigos y vecinos, que han ido tejiendo, con el tiempo, una intrincada red en la que el paciente se ve comprometido, a la vez que se soporta en ella.

En definitiva, este complejo sistema es el que debe analizar el médico<sup>20</sup>, otorgando a su paciente, además, el papel de persona adulta que merece. Con su capacidad de discernimiento, complejos y derechos para decidir y ser libre intactos.

Y con sus deseos, que no son excesivos<sup>21</sup> (tabla 1), porque es una consulta centrada en el paciente, basada en una relación de confianza, respeto y libertad<sup>22</sup>.

En principio, este es un modelo que resulta enriquecedor para el paciente porque atiende a la dolencia y no a la enfermedad, mitiga su ansiedad, compensa su vulnerabilidad en la crisis y evita la dependencia compensatoria<sup>9</sup> del médico.

Pero, además, hay estudios suficientes que muestran una mejora en los resultados biomédicos y psicosociales al permitir un diagnóstico menos sometido a incertidumbre<sup>20</sup>, una mayor intervención educadora y de promoción de salud y una mejor adherencia al tratamiento.

No obstante, se ha alegado que no es un método adecuado en nuestras consultas masificadas. El médico, en éstas, además de ahorrar tiempo, intentaría minimizar al máximo los factores de distracción, por lo que plantea preguntas cerradas<sup>23</sup> y limita las cuestiones añadidas evitando divagaciones, información no relevante y, sobre todo, elementos que pudieran incrementar la incertidumbre.

El problema, en esa situación, es que el médico “formula una cantidad de preguntas y recibe las correspondientes respuestas, pero nada más”<sup>24</sup>. Cuando se centra en el paciente y las dolencias intercambian información, sensaciones y sentimientos.

Ese diálogo informal y escueto, que no puede ser el interrogatorio médico aprendido en las facultades, es el que

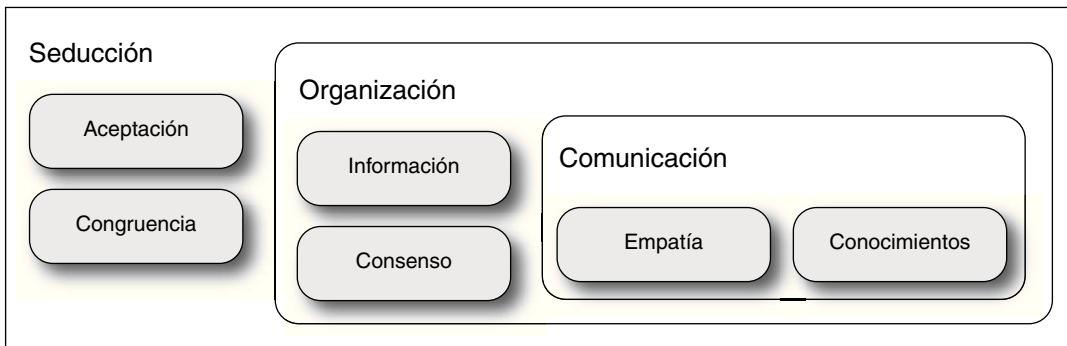


Figura 3. El arte del terapeuta.

nos permitirá un adecuado conocimiento y valoración del problema. Pero, además, facilitará el correcto encuadramiento de las múltiples proyecciones que inundan la consulta<sup>4</sup>, completando y conformando la transferencia, sin utilizar más tiempo en ello, aunque aumente la participación del paciente<sup>25</sup>.

### EL “ARTE” DEL TERAPEUTA

Pero, más allá, no olvidemos que en la consulta médica una parte del intercambio se realiza en el terreno de la seducción (fig. 3).

El paciente precisa que el médico “le aprecie” y se preocupe por él, necesita que, al menos durante el tiempo que dura la entrevista, su problema sea para ese médico “lo más importante del mundo”. Por ello pondrá en marcha, de manera natural, todo su potencial de seducción, en un intento de atraer hacia sí la atención del médico.

Y el médico deberá manejar ese torrente de subjetividad y emociones, evitando que se deslice hacia la adulación y la manipulación, lo que dificultaría extraordinariamente la relación.

Además, el médico precisa del paciente la suficiente dosis de atención, empatía y complicidad para que la autoridad que su posición y saber le otorgan no represente una barrera a la confidencia.

Y en esto esencialmente consiste “el estado del arte”, porque necesita que el paciente exprese lo que *aparentemente* pide pero precisa que manifieste lo que *realmente* necesita, y ello manteniendo siempre el *diálogo abierto*. Y todo requiere *congruencia*, para que la seducción no sea un engaño; *aceptación*, para que la transferencia sea positiva, y *empatía*, para que el esfuerzo pueda ser mantenido<sup>26</sup>.

### COMUNICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

En definitiva, parece claro que los resultados de la consulta van a depender de que seamos capaces de poner en práctica un modelo de entrevista (fig. 4) que facilite el abordaje global del paciente con criterios de responsabilidad técnica pero, también, atendiendo a la persona<sup>27</sup>.

Pero todo esto sólo es posible introduciendo esquemas organizativos que faciliten y sistematicen el uso de las

herramientas médicas y de comunicación<sup>28,29</sup>, sin olvidar la importancia de los actos más elementales. En un reciente estudio<sup>30</sup> realizado en EE. UU. se señala la importancia de algo tan sencillo como la cordialidad en el recibimiento.

Podrán surgir problemas en el discurso del encuentro, pero las solventaremos poniendo en práctica elementales técnicas narrativas: empatía, sintonía (participando de sus emociones con un razonable distanciamiento), facilitación (“*siga, le escucho*”, asentimientos con la cabeza), señalamiento (“*Es decir que...*”), orientación narrativa (“*¿Quiere decir que...?*”), clarificación (“*¿Eso significa que...?*”).

Parece primordial en estas condiciones controlar atentamente el lenguaje no verbal y manejar los silencios con especial delicadeza y, sobre todo, evitar una reactividad mínimamente exaltada.

En momentos de bloqueo del discurso del paciente será conveniente echar mano de elementales técnicas de pregunta: aplazar las preguntas delicadas o acercarse a ellas desde cuestiones más neutras, hacer preguntas generales y progresivamente ir concretando, intercalar las preguntas de alto contenido emocional entre otras más livianas o reservarlas para momentos de la exploración más distendidos, etc.

### LA ALIANZA DISFUNCIONAL

Generalmente, este acuerdo tácito “entre pares” que representa el modelo suele tener resultados óptimos<sup>31</sup>. Éste, basado en la empatía, la competencia técnica y la asertividad, podrá garantizar el desempeño de la labor del médico de familia con eficacia, agilidad y satisfacción general. Pero no puede evitar la aparición de situaciones disfuncionales<sup>32</sup>.

Precisamente, si antes hemos señalado como una característica básica la asertividad, debemos entender que incluso la defensa de la autoestima que ésta conlleva podrá hacer saltar el conflicto ante situaciones reiteradas de disfunción.

No obstante y en general, la relación con los pacientes sigue pautas satisfactorias, lo que hace que la calidad de la atención se retroalimente.

Pero si el conflicto surge, el desgaste emocional consecuente no sólo reducirá el nivel de satisfacción<sup>33</sup> en



**Herramientas de comunicación**

- Comunicación no verbal
  - Saludo amigable
  - Imagen de tranquilidad
  - Contacto visual
  - Control del contacto físico
- Técnicas de escucha
  - Preguntas iniciales abiertas y no dirigidas
  - Preguntas posteriores centradas
  - Atender a razones, creencias y preocupaciones
- Abordaje psicosocial
  - Relaciones familiares
  - Relaciones laborales



**Exploración centrada en el paciente**

- Mantener comunicación verbal
- Explicar lo que se hace
- Contacto ocular frecuente
- Atención a expresión facial
- Detectar incomodidades



**Organización de la entrevista**

- Revisión rápida de la lista de problemas planteados
- Priorización con el paciente
- Integrar cuestiones de educación sanitaria en la entrevista
- Plantear todas las contingencias diagnósticas
- Consensuar el plan de actuación



**Registro adecuado de la información**

**Figura 4.** Herramientas básicas para la entrevista centrada en el paciente.

ambos, sino que provocará en el médico, por una parte, sentimiento de “falta de profesionalidad” y, consecuentemente, perplejidad, frustración y decepción, y por otra, gran inseguridad clínica. Ambos podrán ser motivo de que disminuya seriamente su grado de competencia profesional<sup>34,35</sup>. Y todo ello sin que la alta frecuencia de relaciones adecuadas “consigan neutralizar las frustraciones generadas por la minoría conflictiva”<sup>36</sup>.

La “tradición” señala al paciente como el elemento causal de esta disfunción interrelacional. Posiblemente, la causa radique en la comentada visión culpabilizadora de la Medicina tradicional. Quizás tenga algo que ver que el problema fue inicialmente tratado por la Psiquiatría y en el camino “se olvidaron” de la existencia de un mecanismo defensivo tan antiguo como la proyección. Probablemente, lo fundamental sea que, al igual que la historia la escriben los ganadores, sobre este problema escribimos los médicos.

De cualquier manera, al menos desde el trabajo de Gerrard y Riddell<sup>37</sup>, en 1988, sabemos que algo tiene que ver

en el conflicto el estilo personal de los médicos y el contenido de la consulta. Y desde el de Corney et al<sup>38</sup>, en ese mismo año, asumimos que la clave está en la triada médico, paciente y la relación entre los dos. Sólo cabría añadir las características del sistema de salud como otro elemento a tener en cuenta.

## DIFÍCILES, ODIOSOS, PROBLEMÁTICOS

Hace ya años que Groves<sup>39</sup>, desde su perspectiva psicoanalítica, intentó identificar al paciente odiioso como aquel que “...despierta en su médico aversión, temor, desesperación o simple y manifiesto rencor” y nos ofreció una expresiva clasificación en la cual, posiblemente, podamos ver reflejados a muchos de los nuestros (fig. 5):

– *Dependiente pegajoso.* Adulador, gran frequentador y demandador de cuidados ilimitados, acaba agotando al médico a pesar de su agradecimiento sincero. Suele presentar importantes problemas psicosociales o pérdida de soportes vitales.

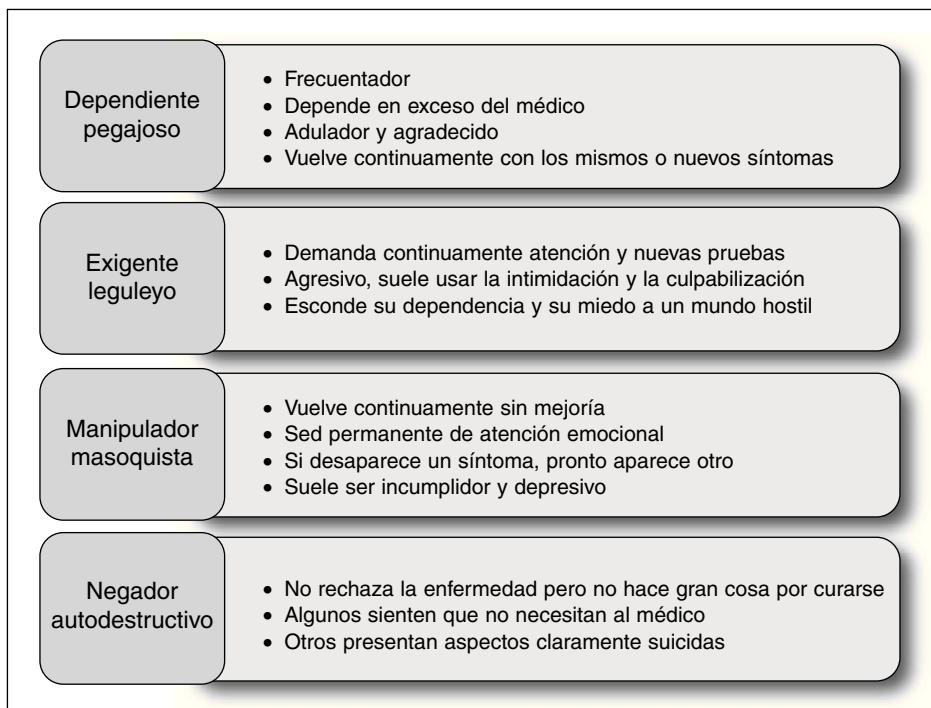


Figura 5. Tipos de pacientes descarazonadores de Groves.

– *Exigente leguleyo*. Es un gran demandante de cuidados, suele utilizar la culpabilización, la agresividad o la intimidación para conseguir cuidados permanentes que mitiguen su enorme dependencia y su miedo.

– *Manipulador masoquista*, al cual “nadie puede ayudar”, pero incansablemente pide atención para los incontables síntomas que intentan esconder sus deficiencias afectivas o su depresión. Si alguno desapareciera, inmediatamente sería sustituido por otro, aunque, por otra parte, suele incumplir las indicaciones.

– *Negador autodestructivo*, que, aunque no rechace abiertamente la enfermedad, actúa de manera que nunca se llegue a la resolución, poniendo en peligro, incluso, su vida. A veces, el comportamiento es abiertamente autodestructivo.

Su validez, fruto de un sutil e inteligente análisis, sigue vigente<sup>40</sup> porque nos crea estereotipos fáciles de identificar en la consulta de medicina de familia. Además, nos orienta sobre los mecanismos psicológicos que sus actitudes esconden, permitiendo el abordaje de su, mayor o menor, psicopatología.

Esta primera aproximación se vio posteriormente incrementada por Corney<sup>38</sup> y sus colegas del Instituto de Psiquiatría y del Departamento de Medicina General del King's College Hospital de Londres con el paciente *somatizador*, en un excelente trabajo de 1988. En él, definen a éste como el “que vuelve repetidamente con síntomas físicos inexplicables”, siguiendo el criterio unificador para medicina de familia de Smith<sup>41</sup> de la Universidad de Michigan (“síndrome de somatización común”).

En 1988, en el estudio citado de Gerrard y Riddell<sup>37</sup> con médicos de familia londinenses, se establecían diez cate-

gorías de pacientes difíciles que expresaban más situaciones o problemas que estructuras mentales:

– “*Agujeros negros*”, que absorben cantidades ingentes de ayuda en vano, provocando sentimientos de impotencia. Sólo parecen responder a intervenciones paradójicas.

– *Familias complejas*, en las que el paciente puede ser el menos enfermo. El abordaje familiar, de ser posible, podría liberar al paciente de su carácter de “síntoma”.

– *Conductas punitivas*: intentan que el médico pague por agravios reales o imaginarios. Éste debe liberarse de su amenaza permanente.

– *Vínculos personales* con el carácter del médico: éste comparte esperanzas y miedos, con lo que enturbia su capacidad resolutiva.

– *Diferencias culturales y de creencias*, marcos de referencia y lenguaje no compartidos que deben obligar al médico a replantearse sus prejuicios.

– *Desventaja, pobreza y deprivación* que pueden alterar la relación por sí mismas o por su incidencia en el entorno.

– *Complejidad médica* que desquicia al médico, sobre todo si no hay buena comunicación con el hospital y el paciente conoce más de su enfermedad que el propio médico.

– *Conexiones médicas*, familiares de médicos o enfermeras.

– *Malvados y manipuladores*, suaves y halagadores, pero juegan a malvados, intentando minar la autoestima del médico.

– *Secretos*, familiares o personales, que con dificultad ven la luz pero impiden un juicio clínico correcto mientras no se conocen.

Analizadas detenidamente, parecen referirse principalmente a un compendio de situaciones en las que, incuestionablemente, el médico se ve inmerso en no pocas ocasiones, pero que dependen, en muchos casos, de contextos ajenos a los propios pacientes y que tienen que ver, sobre todo, con la capacidad de aquél para afrontar la incertidumbre y las dificultades o con problemas añadidos sobre los que o no puede o interactúa con dificultad.

En definitiva, se pone nuevamente de relieve la contradicción que la formación académica induce en el médico. Personas con un ideal profesional de omnipotencia ante la enfermedad<sup>42</sup>, capaces de comprender el enfermar del individuo, siempre dispuestos a la ayuda, muchas veces a cambio, únicamente, de un simple reconocimiento<sup>43</sup>. Se encuentran con frecuencia impotentes ante pacientes que no sólo le visitan *con asiduidad*, sino que son *incapaces de "quitárselos de encima"*<sup>44</sup>.

Se han sucedido algunas clasificaciones más con escasa fortuna<sup>44,45</sup>, quizás porque lo que el médico generalista precisa no es un nuevo listado que aprender, sino intentar, de alguna manera, comprender cuáles son los mecanismos que hacen que algunos de sus pacientes le resulten odiosos. Y entender por qué *"al verlos en el listado de citas, nota ese desgradable nudo en estómago"* que refería Ellis<sup>46</sup>.

Pero no es fácil caracterizar de manera general al paciente difícil, odioso, disfórico o como quiera llamarse, que en principio sería aquel que, en palabras de O'Dowd, deja en el médico *"un sentimiento de odio cada vez que consulta, y evoca una desbordante mezcla de desesperación, frustración y, a veces, franca antipatía"*<sup>34</sup>.

En el estudio de Corney et al ya citado<sup>38</sup>, los médicos participantes señalan como rasgos comunes de todos ellos que:

- Suelen presentar *síntomas físicos menores*.
- No sólo son *grandes frequentadores*, sino que también lo son en los centros de referencia o para otras formas de tratamiento.
- Suelen estar *crónicamente deprimidos o ansiosos*.
- Frecuentemente presentan *problemas familiares o conjugales y aislamiento social*.
- La falta de *insight* del paciente suele aumentar la frustración del médico.

En el interesante estudio de Mathers et al<sup>47</sup> de 1995, con médicos generales de Sheffield, el 60% de los médicos participantes (60) definía a sus pacientes difíciles como aquellos que les hacían sentirse impotentes en el sentido de producirles un enfado incapacitante. El restante 40% especificaba tipos particulares de pacientes: multisintomáticos, con problemas psiquiátricos, con dificultades de comunicación, hipochondríacos o hiperfrequentadores.

En general, son múltiples los estudios que apuntan como elementos clave, que podrían actuar como predictores, la *hiperfrequentación*<sup>44,48</sup>, la *abundancia sintomatológica*<sup>44,45,48-51</sup>, las *dificultades de relación*<sup>43,49</sup> y los *trastornos mentales*<sup>40,45,47-51</sup>. Blay Pueyo, en su revisión de 1996 ya citada<sup>33</sup>, añadía la insatisfacción con los servicios y, como ya mencionaron Ellis<sup>46</sup> y Schwenk<sup>43</sup>, la extrema fidelidad a su médico de familia.

**Tabla 2. Variables independientes y coeficiente de regresión en el estudio de Mathers et al**

Variables independientes estudiadas	Coeficiente de regresión (SE)
Score en Cuestionario General de Salud (GHQ)	NS
Satisfacción laboral	-0,38 (0,12)
Cuestionario de perfil de personalidad	NS
Carga de trabajo percibida:	
Menos que la usual	1,58 (3,10)
Más que la usual	15,48 (2,60)
Entrenamiento:	
En <i>counselling</i> o técnicas de comunicación	-6,92 (2,75)
En <i>counselling</i> y técnicas de comunicación	-7,55 (2,33)
Calificaciones de postgrado	-6,53 (2,04)
Número de consultas por consultorio	NS
Sesiones por semana	NS
Visitas por día y año	NS
Media de citas	NS

NS: no significativo.

Modificada de Mathers et al<sup>47</sup>.

## LOS MÉDICOS DIFÍCILES

Comenta la profesora de Boston, Lisa Najavits,<sup>52</sup> que conviene poner la palabra "difícil" entre interrogantes (cuando nos referimos a los pacientes) porque parece responder más a *"nuestro limitado conocimiento en este punto que necesariamente a cualquiera de las cualidades inherentes de los pacientes"*.

Possiblemente el comentario pueda estar en consonancia con la constatación, frecuentemente referida, de que la lista de pacientes difíciles de cada médico es diferente<sup>37</sup> (y reflejo de sus necesidades y personalidad) y que los médicos menos experimentados tienden a tener más pacientes difíciles<sup>53,54</sup>. O con la idea de Illingworth<sup>55</sup> de que es nuestra impaciencia y personalidad intolerante la que puede crear el problema; o, sencillamente, la presión laboral, la fatiga o un simple retraso en la hora de la comida.

En el estudio de Corney et al<sup>38</sup>, los médicos participantes se reiteraban en tres sentimientos que les atenazaban ante el paciente difícil: la *frustración por su escaso autocontrol*, el sentimiento de que se llegaba a una situación de *"tablas"* y el *miedo a abrir la "caja de Pandora"* y quedar desbordados por el problema.

En el mencionado estudio de Mathers et al<sup>47</sup>, se realizó un análisis de regresión buscando las variables que pudieran explicar la diferencia en el número de pacientes difíciles informado por los médicos. De las variables estudiadas (tabla 2) resultaron significativas la *carga laboral*, el *nivel de satisfacción con el trabajo*, el *entrenamiento en counselling y/o herramientas de comunicación* y la *formación de postgrado*, que por sí solas explicaban el 60% de la variación.

Pero más interesante resulta comprobar que, en el caso de la carga laboral (tabla 3), entre los que la perciben como mayor de la habitual y los que creen que es menor, la aparición de pacientes difíciles se triplica. Y con respecto a la formación específica (tabla 4), los que la tienen presentan menos de la mitad de casos que los que no tienen ninguna.

**Tabla 3. Nivel de carga laboral percibida y número y porcentaje de pacientes difíciles comunicados**

Carga de trabajo	Media (DE) de pacientes difíciles comunicados por médico
Mayor que la usual	24,5 (15,2)*
Igual que la usual	8,2 (7,2)
Menor que la usual	8,0 (5,6)

DE: desviación estándar.

\*p &lt; 0,001

Modificada de Mathers et al<sup>47</sup>.**Tabla 4. Entrenamiento en counselling y/o herramientas de comunicación y número y porcentaje de pacientes difíciles comunicados**

Entrenamiento	Media (DE) de pacientes difíciles comunicados por médico
Sin entrenamiento	14,3 (13,1)*
En counselling y comunicación	7,9 (7,4)
En counselling o comunicación	6,7 (4,0)

DE: desviación estándar.

\*p &lt; 0,05.

Modificada de Mathers et al<sup>47</sup>.

Estos datos que, en definitiva, señalan la importancia de la formación del médico en técnicas de abordaje psicosocial, son complementarias de las obtenidas recientemente por Krebs<sup>54</sup> y su grupo en un subestudio del *Physicians Worklife Survey*. Tras estudiar los informes de cerca de 1.400 médicos de familia, internistas y subespecialistas, concluyen que los profesionales que presentan mayor índice de pacientes "frustrantes" son los más jóvenes (menores de 40 años), tienen más síntomas de estrés, depresión y ansiedad y trabajan más horas semanales (más de 55). Como dato añadido, practicarán subespecialidades médicas y atenderían a un gran número de pacientes con problemas psicosociales y abuso de substancias.

En el estudio de Schwenk<sup>43</sup> y sus colaboradores realizado con los veintidós médicos de familia participantes en el *Michigan Research Network*, éstos identificaban, como los factores que subyacían en la apreciación del paciente difícil, la incertidumbre médica y la dificultad interpersonal, reflejada en un estilo de conducta percibido como abrasivo.

En definitiva, parecería que el perfil del "médico difícil" está definido (tabla 5) y que podríamos utilizar como predictores de la aparición de relaciones difíciles la *escasa actitud*<sup>50</sup> y *aptitud* en el abordaje psicosocial de algunos médicos, el *bajo nivel de experiencia*, la *incomodidad con la incertidumbre* y la *sobrecarga laboral*.

## LA RELACIÓN COMPLICADA

Cuando los médicos del estudio de Corney et al<sup>38</sup> manifiestan su miedo a abrir la "caja de Pandora" y encontrarse desbordados por el cúmulo de sentimientos y emociones que los pacientes aportan a la relación, simplemente declaran su sentimiento de impotencia para encarar las si-

**Tabla 5. Perfil del médico difícil**

Características del médico que se relacionan con la aparición de relaciones difíciles

- Limitaciones en el abordaje psicosocial
- Inexperiencia
- Dificultades en el manejo de la incertidumbre
- Sobrecarga laboral

tuaciones que algunos pacientes les revelan de manera más o menos explícita.

En el trabajo de Levinson<sup>56</sup> y sus colaboradores, coordinado desde el *Good Samaritan Hospital* de Portland, con más de mil médicos de varios estados participantes, aquéllos que en mayor medida atribuían dificultades de comunicación a los pacientes eran los que más limitaciones propias, en ese sentido, presentaban.

Tras los correspondientes análisis, se identificaron siete tipos de problemas de comunicación:

- Falta de confianza o de acuerdo.
- Demasiados problemas juntos.
- Sentimientos de angustia.
- Falta de entendimiento.
- Falta de adherencia.
- Paciente demandante o controlador.
- Problemas especiales.

En un interesante y denso trabajo Butler y Evans, junto con el *Welsh Philosophy and General Practice Discussion Group*<sup>57</sup>, señalan que el paciente "difícil", o "descorazonador" u "odioso" es un producto de la comunicación médico paciente ineficaz.

Ponen el acento en las diferentes expectativas que ambas partes tienen sobre esa relación. Con frecuencia los pacientes tienden a dirigir sus dificultades sociofamiliares hacia el médico de familia en forma de problemas biológicos, buscando una solución inmediata de los mismos, incluso como medicamentos, generalmente tranquilizantes o analgésicos.

El médico, ya hemos comentado antes que impregnado de "medicina basada en la evidencia o en las pruebas", intentará no profundizar en ese sufrimiento "inopinado" que le roba tiempo y paciencia, y para el cual, además, no está preparado. Su respuesta inmediata será ponerle la etiqueta de "difícil", liberándose de su culpa y de su angustia personal (el médico ya ha encontrado un sujeto convicto por sus propias inquietudes).

Aquellas dificultades que comentábamos, propias de la relación médico paciente, se han acrecentado, estimuladas por la inconcreción y dificultad del lenguaje fuertemente simbólico<sup>32</sup> utilizado por este tipo de pacientes con entornos sociofamiliares resquebrajados. Y por el aprieto del médico a la hora de reconocer esos aspectos fenomenológicos de relación con su enfermedad y comprender cuáles son, en realidad, sus necesidades y expectativas.

Cuando entre medias surgen los desórdenes de personalidad<sup>35</sup> y las regresiones psicóticas o las actitudes violentas<sup>58</sup> en los pacientes, o las actitudes autoritarias o cla-

ramente intolerantes<sup>56</sup> en los médicos, la comunicación se distorsiona hasta la frecuente ruptura o, en el mejor de los casos, conducen a la perjudicial medicalización<sup>59</sup>.

Es decir, que el juego de *transferencia-contratransferencia*; la falta de *empatía, assertividad o tolerancia* y, con frecuencia, la presencia del mecanismo de la *identificación proyectiva*<sup>40</sup>, tan habitual en pacientes con sentimientos de amenaza o conductas regresivas, podrían actuar, también, como predictores de la aparición de relaciones difíciles.

## EL “SISTEMA” HERIDO

Comentan Robinson<sup>60</sup> y colaboradores que etiquetando al paciente como difícil “asumimos un ideal de médico y un ideal de relación trabajando dentro de un sistema ideal”.

Se referían, evidentemente, al sistema de salud. En el mencionado trabajo, Butler et al<sup>57</sup> concluyen que el fenómeno “difícil” parece ser un síntoma de la *tensión existente entre los fundamentos filosóficos de la práctica médica general y la realidad de la propia práctica*.

Hacían referencia a la concepción social de la Medicina como práctica “salvadora” en el sentido en que Good<sup>61</sup> desarrolla el término. Para él, la acción médica, de alguna manera, amortiguaría y reconduciría el carácter del sufrimiento personal de algunos individuos llevándoles a la “redención” y a su “salvación”.

Esta necesidad “redentora” chocaría abiertamente con la práctica impuesta por nuestros sistemas de salud. Sus políticas de entronización del control del gasto, la eficiencia y el coste marginal presionan sobre el médico con reducciones de tiempo y recursos. La consecuencia será la dificultad para buscar las necesidades del paciente y comprender los mecanismos que éste pone en marcha para llegar a un acuerdo con su enfermedad. El médico abandona la comprensión del metalenguaje del paciente y éste desconfía de él, intuye que está lejos de atender a sus necesidades y se pierde.

Porque, además, el modelo positivista biológico del paradigma médico dominante se hace eco de las aproximaciones *nomotéticas* a la enfermedad buscando leyes universales en el enfermar. Entiende la enfermedad como un hecho cercano a las leyes naturales y en esta tesitura el médico, simple observador, diagnostica y receta remedios tendentes a curar. El paciente, “pasivo recipiente agradecido”<sup>62</sup> tendría la obligación de curarse.

Pero el paciente, ya lo hemos dicho, tiene la mala costumbre de interactuar con el medio y con el médico sin atenerse a las leyes naturales y a las simplistas relaciones causa-efecto. Su punto de vista, escasamente determinista, choca con una posición del sistema que querría estandarizar las dolencias en busca de la optimización de costes. La cuadratura del círculo, la economía abandonando el paradigma *ideográfico*.

Pero, además, sabemos que el propio *modelo organizativo* va a influir en el médico de forma primordial. Gilliland<sup>63</sup> y sus compañeros de Belfast identifican, comparando la situación entre médicos de Irlanda del Norte y de la

República de Irlanda, como factores estresantes asociados a los sistemas de salud: tiempo dedicado a *labores administrativas, falta de tiempo personal y grado de quejas o amenazas de los pacientes*.

A estas cuestiones se añadiría el *desarrollo de la “sociedad de la información”*<sup>40</sup>, con el acceso indiscriminado a fuentes de conocimientos no siempre contrastados, que puede generar peticiones o quejas insensatas o, en el mejor de los casos, informaciones desconcertantes.

En definitiva, los sistemas de salud, empapados del objetivismo imperante y obsesionados con el ahorro, no parecen los lugares más adecuados para permitir a los pacientes, ávidos de información y atención, y a los médicos, necesitados de un enfoque holístico de la enfermedad para cumplir sus expectativas y evitar la frustración, llegar a un encuentro satisfactorio y resolutivo.

## ABORDANDO EL DESENCUENTRO

“En un mundo ideal todos los pacientes serán educados, sumisos y agradecidos. En el mundo real no los hay”. Comenta en un artículo la escritora canadiense Olga Lechky<sup>64</sup>.

¿Realmente son tantas las relaciones difíciles? La verdad es que no es fácil hacerse una idea, porque cada autor utiliza unos parámetros diferentes. En el estudio de Mathers et al<sup>47</sup> se hablaba de entre el 1 y el 3%, mientras que Jackson y Kroenke<sup>50</sup> encuentran más de un 15% de encuentros difíciles. Hahn et al, en Nueva York<sup>51</sup>, utilizando el DDPHQ desarrollado por ellos, definen entre el 10,3 y el 20,6%, mientras Lin et al<sup>48</sup>, en Seattle, describen un 37% (aunque el estudio se realizaba entre hiperfrecuentadores).

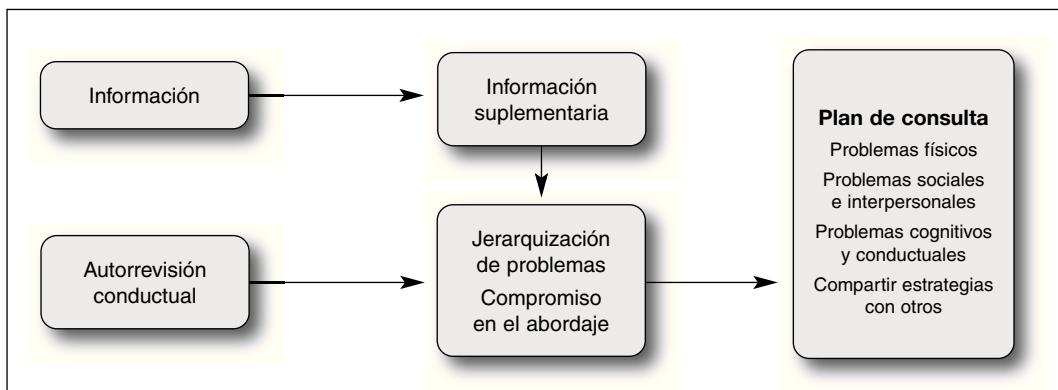
En España, Mas Garriga y colaboradores<sup>65</sup>, en Barcelona, señalan una prevalencia del 0,7% (un total del 2,3% de las consultas) y, sin embargo, contradictoriamente, Torío Durantez y colaboradores<sup>21</sup>, en Jaén, localizan a un 4% de pacientes que se sienten en conflicto con su médico.

Sea cual sea la cifra, lo cierto es que el problema exige atención en tanto en cuanto supone una sangría de tiempo y satisfacción de médicos y pacientes, al tiempo que supone una pérdida importante de calidad técnica.

Corney<sup>38</sup> y sus compañeros de Londres planteaban una estrategia de abordaje (fig. 6) basada en el trabajo cooperativo con el paciente en busca de información y en el análisis de la conducta de él y del propio médico durante el encuentro.

Heidi Pomm<sup>66</sup> y sus compañeros, desde la Universidad de Florida, proponen la “*Aproximación CALMER*”, acrónimo de *Catalyst for change, Alter thoughts to change feelings, Listen and then make a diagnosis, Make an agreement, Education and follow-up y Reach out and discuss feeling*. Como puede verse, se plantea en realidad una estrategia de cambio en el paciente con el análisis de los estadios de cambio de la “entrevista motivacional” de Miller y Rollnick<sup>67</sup> (pre-contemplación, contemplación, acción, preparación/terminación, mantenimiento y recaída).

Los israelíes Steinmetz y Tabenkin<sup>53</sup> encuentran que los médicos participantes en el estudio señalan la relevancia de las herramientas de comunicación (tabla 6) y, sobre to-



**Figura 6.** Plan de gestión del paciente difícil.  
Modificada de Corney et al<sup>38</sup>.

**Tabla 6. Herramientas de comunicación**

Empatía
Escuchar sin juzgar
Paciencia y tolerancia
Aproximación directa
Definir límites de tiempo y contenido
Uso del humor
Enfrentar al paciente (si hay ganancia secundaria)
Cooperación e implicación de la familia
Compartir experiencias personales
Ignorar los sentimientos provocados
Pedir interconsultas pruebas y opiniones

Modificada de Steinmetz y Tabenkin<sup>53</sup>.

do, la importancia de no culpabilizar al paciente. La misma propuesta de Haas<sup>68</sup> y sus colegas de Utah que también hacen especial hincapié en las herramientas de comunicación (tabla 7), y en la utilización de todos los

recursos para asegurar la cobertura y el correcto seguimiento (tabla 8).

Una estrategia similar plantean Elder<sup>69</sup> y sus compañeros de Cincinnati que además definen un ciclo de cuidados (tabla 9) en el que mediante herramientas comunicacionales (fig. 7) podría llegarse al “encuentro feliz” o bien, si se mantiene la discordancia, a la ruptura.

Strous<sup>40</sup> y sus compañeros de Israel señalan que las herramientas que podrían ayudar al médico en el abordaje del paciente difícil serían: una actitud *empática* y *comunicación* más efectiva, *investigar por qué el paciente adopta esquemas de respuesta negativos*, asegurar los límites en que se manejan y *ayudar al paciente a ganar insight* en la conducta.

En una palabra, el abordaje de las relaciones difíciles sólo es posible en el marco de la “*consulta centrada en el paciente*” como la hemos enunciado anteriormente. Se hace imprescindible abandonar el modelo de “*consulta centrada en el hospital*”<sup>70</sup> porque no todos los pacientes que lle-

**Tabla 7. Técnicas de comunicación para los médicos**

Objetivo	Actividad	Sugerencias
Mejorar la escucha y la comprensión	Resumir los principales asuntos Interrumpir menos Regular las propuestas, resúmenes cortos de lo escuchado Compaginar las visiones contradictorias del diagnóstico o la importancia de la situación	“Lo que te entiendo es que... ¿Dirías que es así?”
Mejorar la asociación con el paciente	Tratar el hecho de que la relación no es la ideal; proponer caminos para mejorar los cuidados	“¿Cómo ves los cuidados que te ofrezco? ¿No te parece que a veces trabajamos mejor juntos?”
Mejorar las herramientas para expresar emociones negativas	Disminuir el estado de culpabilidad Aumentar los “mensajes YO”	“Es difícil para mí escucharte cuando usas ese lenguaje”
Aumentar la empatía; asegurar la comprensión de la respuesta emocional del paciente a su situación y a los cuidados	Atender al estado emocional del paciente; controlar la agudeza y urgencia de los síntomas	“Pareces desalentado. ¿Podría ayudarte a comprender que estás mejorando?”
Negociar el proceso de cuidado	Clasificar las razones del tratamiento Indicar qué parte puede desempeñar el paciente Revisar las expectativas si no son realistas	“¿Qué has entendido de mis recomendaciones, y cuáles ves apropiadas para resolver tus problemas?” “Deseo resolverte el problema, pero la posibilidad de hacer cambios importantes es realmente tuya”

Modificada de Haas et al<sup>68</sup>.

**Tabla 8. Prácticas de buena gestión del paciente difícil**

Sugerencias	Actividades
Acceder a recursos de la comunidad	Establecer conexiones con salud mental y trabajo social
Asegurar el adecuado seguimiento	Programación regular de visitas de seguimiento cada 2-3 semanas, especialmente si se sospecha alta dependencia
Promover la continuidad de los cuidados	Educar al paciente en el uso del teléfono como alternativa
Adecuar las citas	Educar al paciente en la idea de que el enredo con múltiples profesionales de la salud puede resultar conflictivo o confundir los enfoques. Ayudar al paciente a mantener un proveedor de Atención Primaria
Definir límites firmes	La media de visitas atenderá a las necesidades percibidas por el paciente y a sus expectativas Comentar y reforzar los criterios atendiendo al abuso de otros miembros del equipo, insistencia o acceso inmediato telefónico, o bien si hay obstrucción al proceso de cuidados.
	Terminar la relación con el paciente será el último recurso y se hará con sumo cuidado

Modificada de Haas et al<sup>68</sup>.

gan a nuestras consultas pueden ser atendidos con la ciencia basada en las pruebas o en los síntomas<sup>71</sup>.

El médico de familia precisa, por lo tanto, de conexión entre la medicina basada en la evidencia y la consulta centrada en el paciente. Este lazo puede ser la *auto-reflexión crítica* que señalaba Epstein<sup>72</sup> en los “médicos conscientes” y que les habilitaba para la escucha activa, reconocer los propios errores, afinar las herramientas técnicas, clarificar sus propios valores y, así, actuar con comprensión, competencia, ánimo y perspicacia. Médicos capaces de aprender las nociones explícitas que les transmiten los estudios y los conocimientos tácitos adquiridos con su observación diaria, sus valores y su intuición.

En la medida en que este enfoque se haga permanente, pretende garantizar la capacitación profesional, la atención completa al paciente y la minimización de los conflictos en la consulta diaria.

No obstante, en aquellos casos en que la relación se hace frustrante porque la patología de base del paciente prensiona (somatizaciones, trastornos de la personalidad, depresión, ansiedad) necesitamos, con toda probabilidad, el *tratamiento farmacológico* preciso.

Con respecto a la depresión y a la ansiedad que con frecuencia subyace en estas situaciones<sup>49</sup>, los modernos anti-depresivos, con una acción amplia y escasa intolerancia, parecen los remedios adecuados. Actualmente, la controversia sobre su uso se decanta hacia su utilización cuidadosa previo diagnóstico correcto<sup>69</sup>.

En el caso de los trastornos somatomorfos, tras muchos años en los que se recomendaba evitar el tratamiento psicofarmacológico, creemos conveniente atender al componente depresivo que suele estar en su sustrato<sup>38,40,73</sup>.

## A MODO DE CONCLUSIÓN

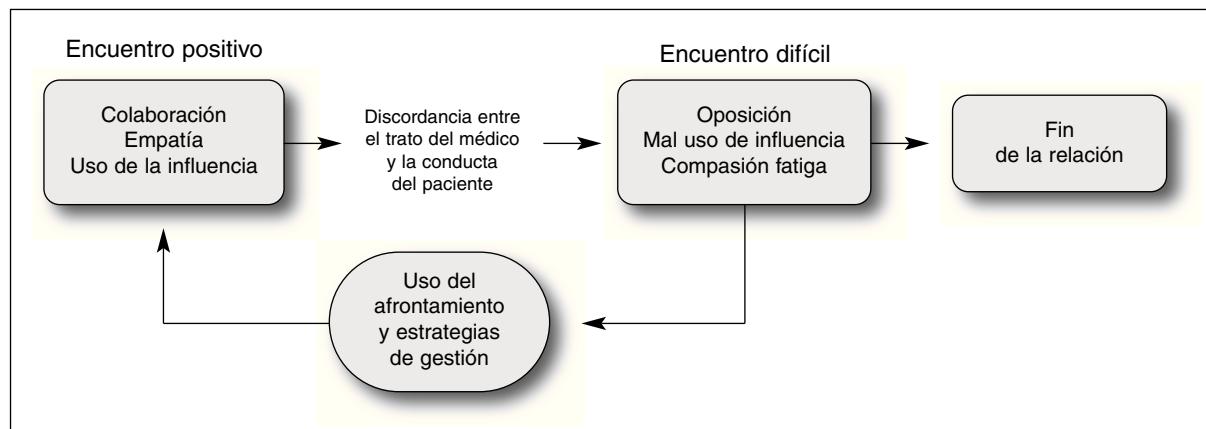
En el estado actual de las cosas, parece necesario abandonar el término paciente difícil, odioso, descorazonador o como sea, e introducir en nuestro vocabulario el de relaciones o encuentro difícil.

Tendremos que asumir nuestra parte de responsabilidad en la situación y aceptar que nuestros pacientes son personas maduras con criterios firmes que precisan respeto e información, y que requieren intervenciones en las que se les dé un cierto grado de autonomía.

**Tabla 9. Estrategias de arreglo**

Componente del encuentro	Estrategias de arreglo	Ejemplos
Colaboración	Marco de prioridades Herramientas de diagnóstico Toma de decisiones Trabajo en equipo Entrenamiento Reglas de gestión clínica Poner fronteras y límites	Priorizar los asuntos de los pacientes Historia minuciosa Dar explicaciones Ser consistente y objetivo Facilitar las decisiones Ser honesto y justo Apoyarse en los referentes Juego corto, objetivos alcanzables
Uso apropiado de la influencia		Regular las visitas del paciente Gestión del tiempo Buena documentación Explicitar las reglas Limitar los motivos de la consulta
Empatía	Empatía	Comprender las emociones del paciente Ser compasivo y firme
Oposición, mal uso de la influencia, fatiga	Terminación	Despedir al paciente, hacerle querer dejarlo

Modificada de Elder et al<sup>69</sup>.

**Figura 7.** Ciclo de atención al paciente difícil.Fuente: Elder et al<sup>69</sup>.

Para ello debemos aceptar un modelo científico abierto en el que podamos compaginar la seguridad que nos otorga la medicina basada en la evidencia con la atención al metalenguaje simbólico de los pacientes.

El paradigma útil en este sentido podría ser la consulta centrada en el paciente, en la que junto con nuestra competencia técnica aportemos la capacidad de entender, comprender y abordar el complejo diálogo entre el individuo y su enfermedad. Y en aquellas ocasiones en que la relación se enturbie porque haya una patología depresiva o ansiosa subyacente, intentemos tratarla con profesionalidad y sin miedo.

De cualquier manera, no olvidemos que aunque el paciente desaparezca y el médico muera, “siempre nos quedará...” el Sistema Nacional de Salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wilson HJ. The myth of objectivity: is medicine moving towards a social constructivist medical paradigm. *Fam Pract.* 2000;17(2): 203-9.
2. Baron RJ. An introduction to medical phenomenology: I can't hear you while I'm listening? *Ann Intern Med.* 1985;103:606-11.
3. Lázaro J. La racionalidad del pensamiento mágico. *Jano.* 2006; 1602:56-7.
4. Célérier MC, Orense C, Janiaud-Gouitaa F. El encuentro con el enfermo. Madrid: Ed. Síntesis; 2001.
5. Pera C. La controversia sobre las dos culturas: arte y humanidades frente a ciencia y tecnología. *Jano.* 2005;69(1576):500-1.
6. Corral C. El daño sentido por el paciente y el método clínico. Una reflexión desde la Medicina General. *Med Clin (Barc).* 1993;100 (13):501-5.
7. Segura M. La comunicación en la gestión de las unidades clínicas. En: Ruiz L, comp. Claves para la gestión clínica. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2004.
8. Coles C. Uncertainty in a world of regulation. *Adv Psychia Treat.* 2006;12:397-403.
9. Hahn SR, Feiner JS, Bellin EH. The doctor-patient-family relationship: a compensatory alliance. *Ann Intern Med.* 1988;109(11):884-9.
10. Orueta R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Inf Terap del SNS.* 2005;29(2):40-8.
11. Demarbre V. Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud. *Anuario de Psicología (Univ de Barcelona)* 1994;61:71-7.
12. Balint E, Norel JS, comp. Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta con el médico general. Buenos Aires: Paidós;1979.
13. Sledge WH, Feinstein AR. A clinimetric approach to the components of the patient-physician relationship. *JAMA.* 1997;278(23): 2043-8.
14. Husserl E. La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología transcendental. Una introducción a la filosofía fenomenológica. Barcelona: Crítica;1990.
15. Albert V. Entrevista clínica. *SEMERGEN.* 2000;26(6):297-8.
16. Levenstein JH. The patient-centred general practice consultation. *S Afr Fam Pract.* 1984;5:276-82.
17. Borrrell F. ¿Empatía o Simpatía? Una aproximación desde la cultura del pudor. *Jano.* 2003;64(1473):1368-72.
18. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129-36.
19. Squier HA, Brody H, Supanich B. Aproximación al paciente. En: Taylor RS. Family Medicine: Principles & Practice. 5th Ed. New York;1997.p.16-20.
20. Turabian JL, Pérez B. La emoción y la intuición como herramientas para gestionar la incertidumbre en la toma de decisiones en Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2005;35(6):306-10.
21. Totorio J, García MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opiniones y preferencias de los usuarios. *Aten Primaria.* 1997; 19(1):18-26.
22. Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Thousand Oaks, Ca: Sage Publications;1995.p.11-44.
23. Dunea G. Pigs in Medicine. *BMJ.* 1986;293:616-7.
24. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Ateneo;1960.
25. Totorio J, García MC. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de Atención Primaria. *Aten Primaria.* 1997; 20 (1):17-23.
26. Rogers C. El poder de la persona. México: El manual Moderno; 1980.
27. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patients communication in the Primary Care Office: A systematic review. *J Am Board Fam Pract.* 2002;15(1):25-38.
28. Van-der Hofstadt CJ, Navarro F. Las habilidades de comunicación como elemento básico en la formación del médico. *SEMERGEN.* 2004;30(11):552-6.
29. Zuloaga L. Habilidades clave de la comunicación y cómo adquirirlas. *Revista de Toxicomanías.* 2006;47:34-9.
30. Makoul G, Zick A, Green M. An Evidence-Based Perspective on greetings in Medicine encounters. *Arch Intern Med.* 2007;167: 1172-6.
31. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patients interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care.* 1989;27 Supl 3:s110-27.

32. Anstett R. The difficult patients and the physician-patient relationship. *J Fam Pract.* 1980;11(2):281-6.
33. Blay C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. *FMC.* 1996;3 (4):243-50.
34. O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. *BMJ.* 1988;297:528-30.
35. Schafer S, Nowlis DP. Personality disorders among difficult patients. *Arch Fam Med.* 1998;7:126-9.
36. Loayssa JR, García M, Gaminde I et al. Percepciones de los médicos de familia sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria.* 1995;15(6):390-2.
37. Gerrard TJ, Riddell JD. Difficult Patients: black holes and secrets. *BMJ.* 1988;297:530-2.
38. Corney RH, Strathdee G, Higgs R, et al. Managing the difficult patient: practical suggestions from a study day. *J R Coll Gen Pract.* 1988;38:349-52.
39. Groves JE. Taking care of the hateful patients. *NEJM.* 1978;298: 883-7.
40. Strous RD, Ulman AM, Kotler M. The hateful patient revisited: Relevance for 21st century Medicine. *Eur J Intern Med.* 2006;17:387-93.
41. Smith RC. A clinical approach to the somatizing patients. *J Fam Pract.* 1985;21(4):294-301.
42. Parisi G. Insoportabili ma diversi. [www.occhioclinico.it](http://www.occhioclinico.it). 2002
43. Schwenk TL, Marquez JT, Lefever RD, et al. Physician and patient-determinants of difficult physician-patient relationships. *J Fam Pract.* 1989;28(1):59-63.
44. John C, Schwenk TL, Roi LD, et al. Medical care and demographic characteristics of "difficult patients". *J Fam Pract.* 1987;24(6):607-10.
45. Koekkoek RN, Van Meijel B, Hutschemaekers G. "Difficult patients" in Mental Health Care. A review. *Psychiatric Services.* 2006; 57:795-802.
46. Ellis CG. Making dysphoria a happy experience. *BMJ.* 1986;293: 317-8.
47. Mathers N, Joners N, Hannay D. Hearthsink patients: a study of their general practitioners. *Brit J Gen Pract.* 1995;45:293-6.
48. Lin EH, Katon W, Von Korff M, et al. Frustrating patients: physicians and patients perspectives among distressed high users of medical services. *J Gen Intern Med.* 1991;6(3):259-60.
49. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, et al. The difficult patient. *J Gen Intern Med.* 1996;11(1):1-8.
50. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the Ambulatory Clinic. Clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med.* 1999;159:1069-75.
51. Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, et al. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol.* 1994;47(6):647-57.
52. Najavits LM. Helping "Difficult" Patients. *Psychotherapy Research.* 2001;11(9):131-52.
53. Steinmetz D, Tabenkin H. The "difficult patient" as perceived by family physicians. *Fam Pract.* 2001;18(5):495-500.
54. Krebs EE, Garrett JM, Konrad TR. The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. *BMC Health Services Research.* 2006;6:128-35.
55. Illingworth RS. Why irritated? *Archives in Disease in Childhood.* 1988;63:567-8.
56. Levinson W, Stiles WB, Invi TS, et al. Physician frustration in communication with patients. *Medical Care.* 1993;31:285-95.
57. Butler C, Evans M, coord. The "Hearthsink" Patient revisited. *Brit J Gen Pract.* 1999;49:230-3.
58. Colson DB, Allen JG, Coyne L, et al. Patterns of staff perception of difficult patients in a long-term psychiatric hospital. *Hosp Com Psychiatry.* 1985;36(2):168-72.
59. Smith S. Dealing with the difficult patient. *Postgraduate Med J.* 1995;71:653-7.
60. Robinson G, Beasley R, Aldington S. From medical student to junior doctor: the "difficult patient". *StudentBMJ.* 2006;14:278-9.
61. Good BJ. Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective. New York: Cambridge University Press; 1994.
62. McWhinney IR. A textbook of Family Practice. Cit. en Wilson HJ. The myth of objectivity: is medicine moving towards a social constructivist medical paradigm. *Fam Pract.* 2000;17(2):203-9.
63. Gilliland AE, Sinclair H, Cupples ME, et al. Stress and morale in general practice: a comparison of two health care systems. *Brit J Gen Pract.* 1998;48:1663-7.
64. Lechky O. There are easy ways to deal with difficult patients. *Can Med Assoc.* 1992;146(10):1793-5.
65. Mas X, Cruz JM, Fañanás N, et al. Pacientes de trato difícil en Atención Primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Primaria.* 2003;31(4):214-21.
66. Poom HA, Shahady E, Pomm RM. The CALMER approach: Teaching learners six steps to serenity when dealing with difficult patients. *Fam Med.* 2004;36(7):467-9.
67. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós; 1999 (ed. española).
68. Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, et al. Management of the difficult patient. *Am Fam Physician.* 2005;72(10):2063-8.
69. Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected Family Physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med.* 2006;19: 533-41.
70. Bligh J. Persistent attenders and heartsink. *Med Educ.* 1999;33 (6):398.
71. Jackson JL, Kroenke K. The effect of unmet expectations among presenting with physical symptoms. *Ann Intern Med.* 2001;134: 889-97.
72. Epstein RM. Mindful Practice. *JAMA.* 1999;282:833-9.
73. Servan-Schreiber D, Tabas G, Kolb NR. Somatizing Patients: Part II. Practical Management. *Am Fam Physician.* 2000;61(5):1431-2.