

---

## **El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo**

### ***The difficult patient: who he is and how to deal with him***

---

**J. Ágreda<sup>1</sup>, E. Yanguas<sup>2</sup>**

---

#### **RESUMEN**

El trabajo diario de los profesionales de la salud, obliga a interrelacionarse con todo tipo de personas, lo que lleva implícito un alto contenido emocional y un componente subjetivo, que aflora cuando menos se desea, y que dependiendo del manejo que se sea capaz de realizar, provoca más de un disgusto o más de una satisfacción.

Se estima, que entre un 1 y un 3% de los usuarios que se atienden diariamente en las consultas, son catalogados como pacientes difíciles por los diversos profesionales de la salud. Es importante entender que dicha dificultad no puede achacarse exclusivamente al paciente, sino que a ella contribuyen así mismo características individuales de cada profesional. Resulta muy difícil establecer pautas inequívocas dados los matices tan diferentes que existen en cada interrelación.

Existen diversas definiciones sobre los pacientes de trato difícil. O'Dowd los define como un grupo heterogéneo de pacientes, frecuentemente afectados de enfermedades relevantes, cuyo único rasgo común es la capacidad de producir distrés en el médico y el equipo que los atienden.

La agresividad que los pacientes manifiestan en las consultas tiene que ver con variables como gravedad percibida, consecuencias, derechos que creen tener y reciprocidad que esperan del profesional.

Las pautas de abordaje incluyen actuaciones sobre el entorno, el perfil del profesional y los específicos sobre pacientes difíciles, intentando cambiar la actitud inicial de rechazo por una de cooperación y ayuda con la persona que sufre.

**Palabras claves:** Paciente difícil. Relación profesional sanitario-paciente. Manejo paciente difícil.

#### **ABSTRACT**

The daily work of health professionals brings them into contact with all types of people. This implies a high emotional content and a subjective component, which can come to the surface when least desired, and, depending on how one is able to deal with them, give rise to upsets or satisfactions.

It is estimated that between about 1 and 3% of the users who are seen daily in the surgeries are listed as difficult patients by the different health professionals. It is important to understand that such difficulty cannot exclusively be apportioned to the patient, but that the individual characteristics of each professional also contribute to this. It is very difficult to establish unequivocal patterns given that such different nuances exist in each inter-relation.

Different definitions exist about patients who are difficult to deal with. O'Dowd defines them as a heterogeneous group of patients, frequently affected by relevant diseases, whose only common feature is their ability to produce distress in the doctor and the team attending to them.

The aggressiveness shown by patients in consultations is related to variables such as perceived seriousness, consequences, rights that they think they have, and the reciprocity they expect from the professional.

Patterns of approach include acting on the milieu, the profile of the professional and specific approaches to difficult patients, attempting to change an initial attitude of rejection for one of co-operation with, and help for the person who is suffering.

**Key words:** Difficult patient. Health worker-patient relationship. Dealing with a difficult patient.

ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (Supl. 2): 65-72.

1. Centro de Salud. San Jorge. Pamplona
2. Centro de Salud. Berriozar. Pamplona

**Correspondencia:**  
Javier Ágreda Peiro  
Centro de Salud de San Jorge  
C/ Sanduzelay, s/n  
31012 Pamplona  
Tfno. 948 136601  
Fax 948 136286  
E-mail: jagredap@cfnavarra.es

## ASPECTOS GENERALES

La relación entre el profesional y sus pacientes es algo más que una mera actuación técnica. Son verdaderas interacciones humanas, con el contenido emocional que ellas conllevan. Y aunque la relación profesional-paciente lleva implícito un reparto de roles, no podemos evitar que el componente subjetivo aflore. Y este componente subjetivo del que forman parte nuestras emociones y sentimientos, es lo que hace que unos pacientes nos caigan bien y otros despierten sensaciones negativas (contrarias a toda objetividad científica que deberíamos mantener)<sup>1</sup>.

Cuando trabajamos este tema en nuestros cursos sobre "Entrevista en Atención Primaria", lo primero que hacemos es preguntar a nuestros alumnos (médicos y enfermeras), quién o quiénes son para ellos, "pacientes difíciles". Normalmente surgen infinidad de calificativos: el hiperfrecuentador, el paciente psiquiátrico, el que pregunta mucho, el no cumplidor, el somatizador, el paciente terminal, el agresivo, el que se alarga mucho en las explicaciones, el que acude fuera de hora..., etc. Pero si dejamos algo más de tiempo para pensar sobre la pregunta, la gente empieza a hacer ciertas reflexiones sobre su propio quehacer: el que me pone nervioso, el que no consigo conectar, el que me incomoda, el que no sé cómo tratarlo, el que me critica mi manera de actuar..., etc. Como podemos observar, nos encontramos en un principio con dos tipos de factores que influyen al catalogar al paciente como difícil: los derivados de las características del propio paciente, y los derivados de los sentimientos o emociones que dichos paciente generan en el profesional.

Existen diversas definiciones sobre los pacientes de trato difícil. Veamos por ejemplo la de O'Dowd, que los define como un grupo heterogéneo de pacientes, frecuentemente afectados de enfermedades relevantes, cuyo único rasgo común es la capacidad de producir distrés en el médico y el equipo que los atienden. Por otro lado, Ellis dice que paciente difícil simplemente es aquel que consigue hacerte sentir ese desagradable nudo en el estómago

cada vez que lees su nombre en el listado de pacientes del día. Martin lo define como la persona que provoca de forma habitual una sensación de angustia o rechazo en el profesional.

Todas estas versiones como puede observarse, describen la capacidad de dichos pacientes para causar sensaciones displacenteras en los profesionales, tales como pérdida de control, autoridad o autoestima, aversión, temor, resentimiento, desesperación, enojo, frustración, desesperanza, aburrimiento, rechazo, agresividad, etc.

En la literatura internacional se ve reflejada, que no todos los pacientes difíciles lo son por igual para todos los profesionales de la salud, prefiriendo hablar más bien de "relaciones difíciles médico-paciente" o "relaciones difíciles enfermera-paciente". Esto es costoso de admitir, ya que en principio, a ninguno de nosotros nos parece que nosotros mismos somos problemáticos, sino que el trato con algunos pacientes constituye un problema. De hecho, poner al paciente la etiqueta de "difícil" o lo que es equivalente, endosarle epítetos más o menos afortunados, podría quizás no ser más que una estrategia inconsciente del profesional para contener su propia incapacidad de manejar situaciones que estos enfermos plantean.

La escasa bibliografía sobre este tema demuestra que todos los profesionales encuestados admiten tener pacientes "problemáticos" estimándose dicha prevalencia entre el 1 y el 3%.

Si a ello le añadimos que por lo general son pacientes hiperfrecuentadores, vendría a suponer al menos que un 10% de las consultas pueden definirse como difíciles<sup>2</sup>.

Es algo común observar en los estudios publicados, la gran variabilidad existente entre cupos, respecto al número de pacientes etiquetados como difíciles. Tal variabilidad, no podría explicarse exclusivamente a través de las características del grupo de usuarios, aun siendo conscientes de que dichas características tienen su importancia, sino que parecen estar relacionadas con ciertos aspectos del profesional (su personalidad, sus expectativas,

su necesidad, etc.) que influirían en percibir y etiquetar a un paciente como problemático o difícil<sup>1</sup>.

### **MODELO GENERAL DE LA AGRESIVIDAD**

Todo el mundo puede ponerse agresivo en un momento y situación determinada. Pero hay personas que conservan maravillosamente la calma y otras, en cambio, que por casi nada “saltan” y se pelean.

¿Cuáles son los elementos que configuran estas maneras distintas de ser?

La experiencia vivida en los primeros años de vida. Cómo nuestros padres afrontaban las situaciones de estrés, y el autodominio que nos lo inculcaron desde pequeños.

Las experiencias que hemos ido teniendo a lo largo de la vida sobre nuestra capacidad de éxito o fracaso al afrontar situaciones de riesgo. Algunos escaladores reconocen que se aficionaron a este deporte como una manera de entrenarse para afrontar riesgos.

La inmediatez de nuestras reacciones emocionales. Algunas personas exteriorizan sus reacciones con gran facilidad, es decir, traducen a conducta (lloro, agresión...) sus estados emocionales. Otras, en cambio, son capaces de contenerse, eso es, de no actuar de manera inmediata frente al conflicto o frente a una emoción desencadenada por un conflicto. El dicho popular aconseja esta contención cuando recomienda contar hasta cien antes de cometer una locura, o consultar con la almohada.

Todos estos factores nos dan un umbral de reactividad. ¿De qué depende que se llegue o no a este umbral?

- De la sensación de urgencia o peligro que tengamos. Es decir, de la pérdida de control de la situación, tanto en relación con el entorno (por ejemplo, la pérdida de control que pueda experimentar un paciente ingresado en la UCI), como pérdida de control interno, (por ejemplo, derivado de una medicación psicotrópica o una droga, pero también de la percepción de que “esto se me va de las manos y no podré hacer nada para evitarlo”).

- De la situación emocional que uno esté atravesando, muy ligada a los condicionamientos del entorno y los acontecimientos vitales. Pensemos en una persona que acaba de divorciarse.

- De las consecuencias que uno piensa que pueda tener una determinada situación.

- De si uno entiende que tiene derecho a hacer o no determinada cosa. Por ejemplo, la sensación de que “me están tomando el pelo” o de que “me están robando”.

- De la reciprocidad que la persona supone a la otra. Por eso hay más discusiones con los administrativos que con los médicos, pues con estos últimos siempre hay la fantasía de que “a lo mejor voy a necesitarlo cuando esté muy enfermo y pongo mi vida en sus manos”.

### **MOTIVOS QUE DIFICULTAN LA RELACIÓN CON DETERMINADOS PACIENTES**

La comunicación, como se ha desarrollado anteriormente, conlleva la interacción entre receptor (paciente), emisor (profesional) y entorno como marco donde se llevan a cabo los encuentros y que influye notablemente en el desarrollo de la misma.

Analizando este simplificado esquema, podríamos identificar factores de cada ámbito, que pueden influir en la percepción de una relación difícil.

#### **Factores derivados del paciente**

##### **1. Patología que presenta:**

Puede ser una enfermedad complicada por su gravedad o por otros problemas añadidos: SIDA, cáncer, afectación emocional intensa, pérdida de autonomía del paciente.

Síntomas confusos difíciles de catalogar o difíciles de expresar por el paciente, bien sea por miedo a un padecimiento grave o por miedo a tratamientos agresivos o simplemente por miedo a no saber expresarse.

Problema mental no identificado o mal manejado.

2. Personalidad del paciente:

- Habitualmente no la podremos cambiar. Debemos aceptarla.
- Alteraciones psicológicas transitorias o permanentes que pueden complicar el trato e incluso molestar al profesional.
- Características físicas (higiene, vestido, etc.).
- Barreras comunicacionales o socioculturales.
- Opiniones o creencias contrapuestas con las nuestras.

3. Circunstancias en que se desenvuelve el paciente:

- Situación socioeconómica deficiente que impide el cumplimiento de opciones terapéuticas.
- Nivel cultural y profesional elevado.
- Entorno íntimo, social y /o familiar problemático.
- Experiencias previas negativas con el sistema sanitario.

### **Factores relacionados con el profesional**

1. Personalidad y profesional:

- Alteraciones de la propia salud. Problemas familiares.
- Múltiples quehaceres que llevan a manifestar prisa.
- Temperamento o carácter difícil.
- Actitudes profesionales disfuncionales.
- Barreras comunicacionales o socioculturales.

2. Circunstancias en las que se desenvuelve:

- Estrés e insatisfacción laboral.
- Experiencias negativas en relación con pacientes.
- Discontinuidad de la atención.
- Dificultad en el abordaje de contenidos psicosociales.
- Falta de actitud positiva hacia salud mental.

### **Factores relacionados con el entorno**

1. Características físicas y organizativas del centro:

- Áreas de recepción y circuitos inapropiados, no centrados en el usuario.
- Tiempos excesivos de espera.
- Interrupciones frecuentes en la consulta.
- Fallos reiterados en cuestiones burocráticas.
- Problemas en la sociodemografía de la comunidad atendida<sup>3</sup>.

### **TIPOLOGÍA DEL PACIENTE DIFÍCIL**

Diversos autores han intentado clasificar los diferentes perfiles de pacientes difíciles y característicamente poco o nada ha coincidido en sus propuestas.

Además, dicha clasificación diferiría enormemente dependiendo del entorno sociocultural en que se desarrolle el estudio.

Sin embargo, sí puede afirmarse que este tipo de pacientes, como conjunto, pueden compartir ciertas características comunes que merece la pena destacar:

- El paciente problemático suele ser un frecuentador considerable.
- Acostumbra a sentirse insatisfecho de los servicios que recibe.
- Su presencia se siente negativamente en el conjunto del equipo de salud.
- Suele presentar más problemas de salud crónicos que otros pacientes de igual sexo y edad.
- Suelen generar mayor número de exploraciones complementarias, derivaciones a especialistas y gasto en la prescripción.
- Presentan sus problemas (crónicos y agudos) de forma más compleja, inusual y variada en elementos de referencia.
- Sus elementos de soporte y contención social (familia, trabajo, relaciones, etc.) son escasos o, en todo caso, conflictivos.

- Suelen ser fieles a sus profesionales de referencia (negándose a cambiar de cupo en las ocasiones en que éste se lo ha propuesto)<sup>1</sup>.

### **GRUPOS Y CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LOS PACIENTES DIFÍCILES MÁS HABITUALES EN ATENCIÓN PRIMARIA**

*Pasivo dependiente:* gran frecuentador. Ingenuo en cuanto a su actitud seductora y aduladora y su autopercepción de necesitar ayudas sin límite. Ve al médico como un ser inagotable y sin límite de capacidades técnicas. Agradecido a pesar de lo poco que se avanza.

Emotivo seductor: de fenotipo similar al anterior pero con un componente más evidente de emocionalidad, seducción y halago. Su actitud no es ingenua, presentando componente de manipulación emocional del profesional. No es hostil.

*Masoquista:* no es ingenuo, ni seductor, tampoco especialmente agradecido ni hostil. Frecuentemente rechaza ayuda mediante la fórmula “no hay nada que hacer” pero, sin embargo, puede consultar infinidad de ocasiones por el mismo motivo. Si un motivo de consulta se resuelve, aparece otro inmediatamente a continuación. Suele tener siempre una justificación para incumplir las indicaciones del médico (frecuentemente efectos adversos a la medicación). A menudo presenta síntomas depresivos y parece buscar ganancias secundarias a su estado.

*Somatizador:* pacientes que presentan repetidas veces síntomas variados en cuanto a intensidad y cualidades que, característicamente, se resisten a cualquier explicación biomédica.

*Exigente agresivo:* grandes demandantes. Utilizan con frecuencia la agresividad, la culpabilización, la intimidad o la devaluación profesional. Esgrimen sus derechos. No son conscientes de la gran dependencia que hay detrás de su actitud (“terror al abandono”). Su actitud representa un mecanismo de defensa ante un mundo hostil.

*Incumplidor negador:* existen tres categorías básicas dentro de este grupo:

- Aquellos que incumplen por falta de autosusceptibilidad o de información sobre su problema.
- Aquellos quienes, a pesar de sentirse susceptibles y estar bien informados, no desean seguir las prescripciones médicas simplemente porque se sienten seres autónomos y creen poseer valores personales suficientes para resolver sus problemas por sí mismos.
- Aquellos a los que a su incumplimiento se asocia un carácter claramente autodestructivo<sup>1</sup>.

### **MANEJO DEL PACIENTE DIFÍCIL**

#### **Adoptar una actitud evaluativa**

Es imposible intentar abordar apropiadamente una relación difícil si el profesional no adopta claramente la voluntad y actitud de estudiar objetivamente tal relación. Es decir, querer observar críticamente la situación, sin ánimo justificativo. A esto se le llama actitud evaluativa. El simple hecho de plantear una visión analítica de la relación puede, “per se”, hacer desaparecer el componente emocional de la relación con el paciente, que es el que nos aparta de nuestro papel como profesional y que en general es el componente problemático.

#### **Aceptar los sentimientos que el paciente genera en nosotros**

Los profesionales como seres humanos tenemos nuestra propia vulnerabilidad y, por tanto, los pacientes pueden despertar en nosotros emociones que, a veces, pueden ser realmente intensas. Tales emociones inciden en nuestra objetividad, y a través de ello, en nuestra actitud y capacidad diagnóstica y terapéutica, lo que influye en el resultado de nuestra labor profesional. Obviar esta realidad universal puede hacer que el profesional se sienta solo, culpable, avergonzado, frustrado o resentido.

No se trata de querer evitar sentir tales emociones, sino de ser conscientes de su existencia y aceptarlas como justificables o comprensibles. Sólo a partir de entonces

podremos analizar y, por tanto, tratar de mejorar la situación.

El profesional debe tener claro que, ante todo, sus sentimientos y su actitud hacia el paciente debe ser positiva, es decir, debe siempre basarse en el trato respetuoso, digno, amable y bien intencionado. Si el profesional no consigue orientarse en esa dirección, es preferible que transfiera el cuidado del enfermo a otro colega.

Si esto le sucede en un porcentaje significativo de pacientes, el análisis de la situación debe ser más profundo y global.

### **Analizar la situación. Descartar la patología mental**

Analizar es esencialmente un acto de honestidad autocrítica. Este proceso de reflexión puede ser doloroso, pues con frecuencia los sentimientos conflictivos se han producido al situarse la relación en terrenos altamente sensibles: muerte, separación, sexualidad, dependencia, autoestima, terrenos en los que sin duda es más cómodo obviar el debate que afrontarlo.

Una vez que se ha planteado deberemos valorar lo más objetivamente posible la situación, cuál es nuestro papel y el del paciente en el problema, buscaremos sus causas nucleares y valoraremos si el paciente presenta o no un proceso psicopatológico.

Para que este análisis sea más objetivo es a veces necesario contar con la opinión de otros profesionales, incluso del psiquiatra que además de diagnosticar mejor la situación puede establecer planes de acción pertinentes.

Un fenómeno interesante es el de la infectividad emocional. Es decir, la capacidad que tienen algunos pacientes para transferirnos sus sentimientos más profundos.

Este fenómeno explica que muchas veces la ansiedad, la pérdida de autoestima, de control, etc., que un paciente nos hace sentir, no sería más que la misma emoción que, originariamente experimenta el enfermo nos ha sido transmitida por él. De este modo, a partir del análisis de nuestros sentimientos, podríamos inferir el estado emocional del paciente y a partir

de aquí establecer planes de cuidados mejor orientados.

### **Plantear acciones globales**

#### ***Modificaciones en el entorno***

Pueden existir ciertos factores ambientales que favorecen situaciones problemáticas. Influyen en todos los pacientes, pero de manera especial en los más susceptibles pudiendo motivar reacciones desproporcionadas en cada visita.

En la medida que estos factores podamos corregirlos, la calidad de la relación en la consulta puede mejorar:

Tiempo excesivo de espera a veces después de haberse apresurado a llegar puntual, o dificultades habituales de comunicación en el centro. (Saber pedir perdón aunque no sea nuestra culpa, los pacientes lo olvidan enseguida si ven que se les tiene en cuenta). Además, intentar solucionar esta situación.

Interrupciones frecuentes pueden violentar la intimidad del paciente y ponerlo a la defensiva. La actitud de escucha atenta puede restaurar el equilibrio perdido, pero debe acompañarse de otras medidas.

Fallos reiterados en cuestiones burocráticas. Los profesionales no podemos encogernos de hombros aunque no sea un fallo personal. Debemos manifestar el mayor interés posible y en ocasiones suplir las deficiencias mediante llamadas telefónicas u otras actividades.

Las sugerencias de los pacientes y los defectos observados por ellos o nosotros, son una buena herramienta para mejorar las condiciones ambientales.

#### ***Modificaciones en el perfil profesional***

En ocasiones las dificultades residen en los profesionales. Aunque clásicamente se ha discutido la posibilidad de modificar el patrón de comportamiento profesional, tanto los grupos de pares (tipo Balint), como estrategias de formación en comunicación de base cognitiva-conductual han mostrado su eficacia para modificar y mejorar aspectos deficitarios de los profesionales.

En todos los supuestos que hemos mencionado anteriormente en relación con el profesional, que pueden ser frecuentes, debemos pensar que cuando estamos con el paciente nuestros intereses se deben centrar en él sin dejar traslucir si uno está triste, cansado, disgustado, o simplemente no se encuentra bien.

La prisa que nos lleva, al tener otros quehaceres nos puede conducir a eludir responsabilidades derivando en exceso, o a estar pensando en lo que tenemos que hacer a continuación y pasar por alto algún detalle importante.

Ante un temperamento difícil, el profesional tiene que hacer esfuerzos para dominarse si el paciente dice algo ofensivo o chocante; considerar todo como un síntoma más de la enfermedad y esto no puede ofender a nadie. Incluso demostrar amabilidad dentro de la manera de ser de cada cual.

### **Plantear acciones orientadas al caso difícil**

Desde una perspectiva global, vamos a mencionar unas claves esenciales para el tratamiento ante los pacientes difíciles:

Minimizar la medicalización del caso.

Dentro de lo razonable, mantener la continuidad.

Utilizar la experiencia y el conocimiento previo sobre el paciente, a fin de establecer objetivos concretos, progresivos y asumibles que marquen la pauta a seguir con el paciente, tanto desde el aspecto de control clínico, como del nuevo marco comunicacional que se establezca.

Cuidar la autoestima profesional, basando nuestras acciones en criterios científicamente aceptables.

Basar toda la estrategia en los aspectos más constructivos de la personalidad del paciente, favoreciendo la negociación, la corresponsabilización, y el pacto entre profesional y usuario.

Rechazar la fantasía de establecer una relación perfecta. Reconocer que lo más probable es que la relación con su paciente problemático siempre será menos satisfactoria que lo que sería deseable.

Recordar que el problema no suele implicar únicamente a la relación de un profesional con el paciente sino que, probablemente afecta también a la relación con el resto de componentes del equipo asistencial. En esta línea, el planteamiento de los objetivos de manejo debe ser diseñado, pactado, asumido y aplicado por el conjunto de profesionales implicados<sup>1</sup>.

### **EL PACIENTE AGRESIVO**

El primer paso es siempre el mismo: permanecer en nuestra propia "sintonía" emocional, independientemente de las emociones negativas que pueda aportarnos en un momento determinado el paciente. Ahora bien, ello no suele ser fácil, ya que no nos bastará con deseárselo ni proponérselo, sino que deberemos entrenarnos en ello. Al principio nos costará esfuerzo, sobre todo porque los acontecimientos mentales son veloces y percibimos los mensajes de desconfianza o agresividad cuando estamos respondiendo automáticamente a ellos. Tanto es así que como ya hemos visto, algunos autores han propuesto hacer el "diagnóstico" de "paciente difícil" precisamente a partir de estas emociones negativas que nos generan, y no tanto por su percepción objetiva. Por consiguiente, a veces es más fácil auto-diagnosticar nuestras emociones negativas que las del propio paciente, sobre todo cuando la conducta hostil de éste no es muy pronunciada<sup>4</sup>.

Lo que no haremos será intentar razonar con el paciente hostil. Las emociones fuertes suelen "cerrar" nuestra capacidad para asimilar información. Es inútil intentarlo y lo que se requiere en los momentos iniciales de la entrevista es aceptar el derecho del paciente a mostrarse airado, y refugiarnos en una escucha relajada, confiando que opere el contrabalanceo emocional ("tras aflorar emociones negativas muy fuertes, el individuo se ve llevado hacia emociones más neutras e incluso positivas") y nos dé oportunidad de actuar. Si el paciente viene agresivo el problema es suyo, si yo me activo, el problema es mío también.

Mientras esto ocurre evitaremos pronunciarnos sobre lo que el paciente nos

diga. Todo lo que le digamos lo interpretará de la manera que más le interese. Debemos transmitirle aceptación e interés por lo que nos dice, pero no pronunciarnos en un primer momento. Para ello, debemos estar entrenados en el autocontrol emocional (permanecer en nuestra propia sintonía emocional, independientemente de las emociones negativas que en determinado momento pueda traernos el paciente). El reconocimiento de un error puede desactivar de inmediato a un paciente agresivo. Si no es posible un acuerdo o si el tema a debate carece de interés, se puede intentar una reconducción por objetivos ("el objetivo más importante es la salud del paciente"). De cualquier manera, en toda negociación y más con pacientes difíciles, el punto más trascendente, es delimitar el objetivo mismo de la negociación. Con frecuencia, basta con que la persona agresiva vea que queremos ayudarlo sinceramente, para que se convierta en uno de nuestros pacientes más incondicionales.

Una vez logrado el clima de sosiego necesario (es solo cuestión de tiempo), podemos actuar como lo haríamos en cualquier otra consulta. Si consideramos la consulta del paciente como inaceptable y no queremos que se repita, resulta pertinente mostrarle nuestros sentimientos. Según responda, nos da una idea de la capacidad que tenemos para influir en su conducta. Si insiste o repite, o preveemos que se repetirá y se ha roto la mutua confianza y respeto, podemos anticiparnos mediante una propuesta de nueva relación: "estoy acostumbrado a un trato amigable con mis pacientes; si usted piensa que eso no va a poder ser con usted, puede ser conveniente para ambos plantearse si yo soy el profesional más adecuado para hacerme cargo de su salud".

## CONCLUSIONES

El componente subjetivo del que forman parte nuestras emociones y sentimientos, es lo que hace que unos pacientes nos caigan bien y otros despierten

sensaciones negativas, dentro de las interacciones humanas que diariamente llevamos a cabo en nuestras consultas.

Estas sensaciones displacenteras entre los profesionales se traducen en pérdida de control, autoridad o autoestima, aversión, temor, resentimiento, desesperación, enojo, frustración, desesperanza, aburrimiento, rechazo, agresividad, etc., pero la variabilidad existente entre cupos, respecto al número de pacientes etiquetados como difíciles es tal, que no se explica exclusivamente por el grupo de usuarios, sino que parece estar relacionada con ciertos aspectos del profesional que influirían en percibir y etiquetar a un paciente como problemático o difícil.

No es posible cambiar al paciente difícil o problemático, ni su enfermedad o sus circunstancias, pero sí podemos mejorar nuestro modo de afrontarlo (de fondo, no sólo de forma).

Aceptar que hemos de intentarlo en nuestra situación actual y real, con las limitaciones existentes, sin esperar que lleguen unas condiciones ideales de salud, espacio, compañeros, cupo, etc. Esto no excluye tratar de mejorar esta situación todo lo posible.

Si la situación se hace insoportable, se puede romper la relación clínica (puesto que el respeto ha de ser mutuo), indicando al paciente la conveniencia de elegir otro profesional.

Existen estrategias eficaces para modificar habilidades comunicativas, mejorando con ello nuestra capacidad para afrontar relaciones problemáticas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. BLAY C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. FMC 1996; 4: 243-250.
2. MATHERS N, JONES N, HANNAY D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. Br J Gen Pract 1995; 45: 293-296.
3. MARTÍN MN. La relación clínica con el paciente difícil. Aten Prim 2000; 6: 443-447.
4. BORRELL I CARRIÓ F. Manual de entrevista clínica. Barcelona Ed. Doyma, 1989.