This page was exported from - DocTutor
Export date: Wed Nov 11 16:07:03 2026 / +0000 GMT

Pacientes difíciles. Una situación habitual en la consulta

JR Loayssa. Doctutor

Resumen: Se ofrece una visión general sobre el llamado ?paciente difícil?, describiéndose los tipos y características principales. A la vez se llama la atención sobre aspectos del médico que predisponen a ver a los pacientes como pacientes difíciles cuando los orígenes de la dificultad radican en el propio profesional. Finalmente se apuntan algunas estrategias que el médico puede usar para enfrentarse a ?situaciones difíciles?.



Los pacientes difíciles en las consultas médicas]
Es muy habitual que todos los médicos atiendan a pacientes que provocan sentimientos negativos de frustración, rechazo, temor e incluso de enfado e ira. No solo se trata de una situación no infrecuente, sino que el médico puede vivir como más habitual de lo que es por su impacto emocional. El profesional puede sentir que es un paciente imposible de ayudar (impotencia), que no quiere ser ayudado y sabotea la atención que se le ofrece o que su propósito en la relación no es ser ayudado sino poner al médico en cuestión. Muchas veces las relaciones difíciles se asocian a pacientes que sufren problemas crónicos médicos y psicológicos y/o coinciden con la presencia de circunstancias sociales desfavorables como la pobreza, desestructuración familiar, marginación consumo de alcohol y drogas, etc.

Una situación típica es que el paciente no lleve a la práctica recomendaciones del médico que implican cambios en su conducta que el paciente no desea o no se siente capaz de llevar a cabo. A pesar de esta falta de adherencia el paciente puede continuar presentándose en la consulta a veces con una frecuencia notable. De hecho los pacientes hiperfrecuentadores se encuentran entre los tipos más comunes de ?pacientes difíciles? aunque muchas veces la causa de la reiteración de consultas no se ha analizado ya que aunque entre ellos existen muchos que pueden ser catalogados de ?somatizadores? en otros casos esto no es así.

El comportamiento inadecuado del paciente, que este sea maleducado, poco agradecido o que transgreda las normas y reglas de la consulta y el centro (acudir sin cita o tarde por ejemplo). Pero el conflicto abierto no es siempre lo más temido sino actitudes y conductas más sutiles como la del paciente manipulador que mediante adulaciones y amenazas veladas intenta conseguir sus fines.

En otras ocasiones la razón es más discutible y tiene que ver menos con el comportamiento real del paciente y los sentimientos del médico y su conducta derivan de que en el fondo se culpa al paciente de que el diagnóstico no sea claro o que el tratamiento no sea efectivo.

En muchas ocasiones la respuesta de médico es disfuncional ya sea por aceptar pasivamente el fracaso y no encarar la situación de forma reflexiva proactiva y asertiva. Incluso el médico puede dejarse arrastrar en espirales de represalias directas (agresión verbal o desprecio y otras conductas humillantes) o, más común, indirectas como el encarnizamiento terapéutico o la colusión con el anonimato (desentenderse de paciente y entregarlo a la atención impersonal del sistema sanitario sin apoyo). Esta respuesta esta causada por que el médico puede sentirse enfadado y frustrado y desentenderse del paciente y ?castigarlo?.

Puede pensar que tratar al paciente es inútil y agotador y no merecedor de los esfuerzos que demandan él y sus problemas del

profesional.
Pero cuando se habla de relaciones difíciles se puede olvidar otro fenómeno, las relaciones que no son conflictivas sino todo lo contrario, pero son disfuncionales y poco terapéuticas. Un ejemplo podrían ser las relaciones que se desenvuelven en una dinámica de ?seducción mutua?, de alabanzas e identificación entre los protagonistas pero a expensas de dejar de lado cuestiones que tienen trascendencia para la salud del paciente o sus allegados.
El médico como fuente de dificultad en la relación.
Porque además, la dificultad de la relación no solo procede de la conducta de los pacientes de hecho el primer paso lo da el médico. Su experiencia previa con otros pacientes pueden condicionar la actitud cuando una persona establece el primer contacto y genera en el médico sentimientos negativos y una conducta defensiva que a su vez genera una relación difícil. Los prejuicios del médico se convierten en una suerte de profecía autocumplida.

Muchas de las características que inciden en la probabilidad de que el paciente sea considerado difícil, no tienen que ver con conductas suyas inadecuadas sino con otras dimensiones que no dependen de la voluntad del paciente como padecer patología psíquica como trastornos de ansiedad o depresivos o incluso la severidad de los síntomas somáticos. Esto sugiere que la dificultad de los encuentros no solo puede achacarse a los pacientes y su comportamiento.

La personalidad y actitudes de médico deben tomarse en consideración. Los médicos arrogantes, malhumorados, frustrados, agotados, insatisfechos profesionalmente, con pocas habilidades psicosociales son más proclives a relaciones y encuentros difíciles en la consulta. También el hecho de que el médico tenga poca tolerancia al contacto con enfermedades difícilmente tratables e incurables pueden vivir a los pacientes que las padecen como ?difíciles?. Sin olvidar que los pacientes dependientes o aquellos con falta de apoyo social requieren a menudo un tiempo y dedicación que el médico puede encontrar difícil de encajar en su ya sobrecargada actividad. También pueden resultar conflictivos los pacientes que desafían nuestro ideario profesional como, para los médicos partidarios de la decisión compartida, los pacientes que renuncian a su autonomía y a la responsabilidad sobre la propia salud. Para muchos médicos con ambiciones profesionales los pacientes difíciles, que a menudo no suponen ningún reto diagnóstico sino de manejo psicosocial, pueden resultar poco gratificantes y no ser vistos como una fuente de prestigio profesional.
Los pacientes difíciles. Un desafío para el profesional.
El primer paso para cualquier estrategia de manejo de estos pacientes debe partir de reconocer el deber y responsabilidad del médico en estas situaciones. Aunque el medico no lo sienta así, en la mayoría de los casos el profesional tiene mayor poder e influencia y el paciente es más vulnerable. La iniciativa debe partir del médico y no solamente por cuestiones éticas sino para garantizar el propio bienestar e incluso su supervivencia profesional.

En segundo lugar el médico debe reconocer que está ante una relación difícil. Para ello sus sentimientos son esenciales. Cuando el médico siente rabia, resentimiento, temor o demasiada ansiedad, cuando es incapaz de sentir empatía por el paciente, debe plantearse que sucede y no actuar de forma reactiva sino reflexiva.

Pero tomar la iniciativa e intentar establecer una relación terapéutica con el paciente no es fácil. En muchos casos estos tienen rasgos de personalidad destructivos para si y para otros, o sus circunstancias y problemas son demasiado complejos. Para el médico puede ser especialmente frustrante tratar con ellos por lo que lo primero que puede necesitar es contar con apoyo de colegas y otros profesionales, clínico pero sobre todo emocional. Deben buscar espacios para ventilar sus sentimientos y examinar sus percepciones. También tienen que estar preparados para cuestionar sus propias actitudes y comportamientos ya que a veces la clave del cambio está en ellas entre otras cosas porque en muchas ocasiones es difícil modificar la conducta del paciente sin este prerequisito.

Por esas razones los pacientes difíciles fue y sigue siendo uno de los incentivos para que los médico para acudir a grupos tipo Balint que buscan ayudar a entender al paciente, la situación y las reacciones del propio médico. Esto no quiere decir que desde otras perspectivas no se ofrezcan estrategias y técnicas para tolerar la situación e incluso para tratar de mejorarla y ayudar a que se convierta en una relación terapéutica. En próximos artículos abordaremos algunas de estas propuestas.
Bibliografía General

This page was exported from - DocTutor
Export date: Wed Nov 11 16:07:03 2026 / +0000 GMT

Bair, MJ. Patient Encounters of a Difficult Kind. J Gen Intern Med 29(8):1083?4

Krebs, EE, JM Garrett, TR Konrad. The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. BMC Health Services Research. 2006; 6:128.

Hass LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer ON. Management of the Difficult Patient. American Family Physician. 2005 15; 72(10): 2063-2068.

Hull SK & Broquet K. How to manage difficult patient encounters. Family Practice Management. June 2007