

- atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Primaria*. 2003;31:214–21.
32. Tizón JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria. Barcelona: Doyma; 1992.
 33. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1992.
 34. Ford MJ. Temas difíciles. Hablando con pacientes. Claves de una buena comunicación. Barcelona: Mayo; 1996. p. 103.
 35. Walker EA, Katon WJ, Keegan D, Gardner G, Sullivan M. Predictors of physician frustration in the care of patients with rheumatological complaints. *Gen Hosp Psychiatry*. 1997;19:315–23.
 36. Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol*. 1994;47:647–57.
 37. Mas Garriga X, Solé Dalfo M, Licerán Sanandrés M, Riera Cervera D. Pacientes de trato difícil en atención primaria: ¿están satisfechos con la atención recibida en su centro de salud? *Aten Primaria*. 2006;38:192–9.
 38. Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Fam Pract*. 2000;17:21–9.

doi:10.1016/j.aprim.2008.05.006

COMENTARIO EDITORIAL

Encuentros difíciles médico-paciente: ¿un problema inevitable?

Difficult doctor-patient encounters? An unavoidable problem?

Josep M. Bosch Fontcuberta

Medicina de Familia, ABS Encants (Maragall), Barcelona, Departamento de Medicina, Unitat Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

Pocas situaciones generan tanto malestar en la vida profesional del médico como percibir que determinados encuentros clínicos difíciles tienen un resultado negativo. Los médicos nos mostramos generalmente muy sensibles, reactivos y frustrados cuando, tras una interacción, queda el amargo sabor de la desconfianza, la incapacidad para llegar a acuerdos, la presencia de discusiones, quejas...

La aproximación a este problema por Mas et al arranca desde hace varios años, con una línea de investigación bien consolidada en nuestro país. Partiendo inicialmente de un análisis más centrado en los denominados «pacientes de trato difícil»¹, evaluaron posteriormente el grado de satisfacción que éstos mostraban con la atención recibida².

El presente estudio de Mas et al supone un paso adelante y muestra el acierto de tener en cuenta la perspectiva del paciente y del médico a la hora de definir un encuentro difícil (ED).

Se ha descrito que la etiología de los ED tiende a ser multifactorial, y depende fundamentalmente tanto de las características del paciente como del profesional, así como de factores del entorno^{3,4}.

En referencia a los factores dependientes del paciente, sabemos que diversas tipologías favorecen la aparición de ED. Muchos pacientes con rasgos de la personalidad marcados (o con verdaderos trastornos de la personalidad) se citan como grandes catalizadores de ED. Algunos autores

describen diversas estrategias que facilitan su detección, ciertas habilidades de prevención de ED, así como estrategias de abordaje explícitas cuando ya estamos inmersos en ellos^{3,4}.

Otro factor clave incluye al conocido como «paciente hiperfrecuentador», tras el que se esconden situaciones muy diversas. Entre ellos se citan los individuos que mantienen una relación excesivamente dependiente con el profesional, pacientes con múltiples enfermedades, enfermos crónicos, con trastorno mental, pacientes mal diagnosticados, exigentes, «consumidores» de servicios sanitarios o querulantes, por poner algunos ejemplos.

En relación con ello, hay una interesante experiencia en nuestro país en la comprensión y el abordaje del paciente hiperfrecuentador, denominada «intervención 7 hipótesis+equipo»⁵. Mediante el desarrollo de 7 hipótesis causales por las cuales un paciente se considera hiperfrecuentador (biológica, psicológica, social, familiar, cultural, administrativo-organizativa o dependiente de la relación profesional-paciente), posteriormente se realiza un análisis compartido con el equipo y se diseña un plan de actuación.

Entre los factores que dependen del profesional conviene destacar todas las circunstancias que incrementan claramente la tensión en el desarrollo de la consulta. La lista de posibilidades es amplia³, pero conviene pensar en aquellas que se relacionan con el *burnout* de muchos profesionales⁶.

El *burnout* es un fenómeno complejo pero frecuente en nuestro entorno asistencial, que ha requerido un amplio

Correo electrónico: boschfontcuberta@gmail.com

debate en su comprensión. Uno de los factores favorecedores es la incapacidad para cumplir con las expectativas que el médico tiene de su desarrollo profesional, así como la enorme tensión generada entre los valores que definen su ejercicio profesional (motivación intrínseca), y la que su ámbito laboral/administrativo/gerencial le permite llevar a cabo. Dicha contradicción genera a menudo una actividad profesional encorsetada por directrices que impiden dar respuestas individualizadas a muchos pacientes, máxime cuando sabemos que la variabilidad en la práctica médica también es un indicador de buena gestión clínica⁷.

La cacareada masificación de las consultas, la persistencia de cupos excesivos, el exceso de trabajo y un insuficiente tiempo de consulta, junto con una escasa promoción profesional^{6,8}, entre otros, han creado un espacio suficientemente asfixiante y hostil para muchos profesionales que necesariamente deberá reflejarse con la aparición de más ED.

Sin embargo, y a pesar de los múltiples condicionantes potenciales, llama la atención el escaso porcentaje de ED que se describe en el presente estudio de Mas et al. Ello pudiera ser debido, como muy bien apuntan sus autores, a la evaluación de los ED en una pequeña muestra de profesionales (4 médicos con más de 10 años de relación asistencial), tiempo suficiente para que los procesos de mutua adaptación (profesional/paciente) sean una realidad en la mayoría de las visitas.

Por otra parte, los resultados obtenidos en el trabajo de Mas et al no permiten conocer qué sucedería con otros perfiles profesionales (por ejemplo, con menos experiencia clínica, un menor tiempo con el mismo cupo o frente a pacientes de entornos socioculturales diversos). Tampoco podemos saber qué diferencias pueden observarse con respecto a otros ámbitos asistenciales más críticos (por ejemplo, en el caso de urgencias), donde son más probables las respuestas hostiles por la percepción de pérdida de control en situaciones de gran incertidumbre.

Una cuestión esencial que aporta el estudio de Mas et al es proporcionar las opiniones que tienen ambos actores del encuentro, en referencia a su mayor o menor responsabilidad. En este sentido, es interesante observar la falta de concordancia según el punto de vista, aunque en cierta manera lógico, por cuanto un ED se vive generalmente mal, y son las emociones negativas las que se encargan de valorar a sus «culpables». De esta forma, los profesionales tienden (al menos en esta muestra de 4 médicos) a ver como responsables de los ED casi siempre a los pacientes, y viceversa.

Estamos frente a un estudio de gran relevancia por cuanto abre diversas puertas a la reflexión, así como a posibles líneas de investigación futura. De una parte, evalúa un problema con importantes implicaciones y costes «cualitativos» como es el grado de satisfacción de ambos actores del ED. En el caso del profesional, como potencial elemento generador y retroalimentador de desgaste profesional, más agravado aún cuantos más años de ejercicio profesional lleva⁶. Costes, asimismo, derivados de las dificultades para negociar y llegar a acuerdos mutuos (ya sea en referencia a la aceptación del diagnóstico, llevar a cabo exploraciones complementarias, derivaciones, tratamientos, etc.). Costes secundarios a la probabilidad

de mayores errores clínicos y, en definitiva, de un «gasto sanitario» cuantitativo inaceptable.

El trabajo de Mas et al también nos lleva fácilmente a reflexionar sobre cuáles serían las mejores estrategias de prevención y abordaje de un ED por parte del profesional. Se ha descrito que los profesionales con mejor formación en habilidades en entrevista clínica y comunicación asistencial tienden a describir que apenas hay pacientes difíciles en sus consultas o que, en su defecto, se los percibe como menos conflictivos⁴.

El presente trabajo describe la necesidad de que los profesionales realicen un ejercicio explícito (ya en los inicios de la entrevista) para conocer cuáles son las expectativas del paciente, con objeto de poder prever situaciones conflictivas.

Todo ello puede parecer de fácil realización a tenor de la alta satisfacción que muestran los pacientes por la atención recibida de sus médicos. Curiosamente, se ha observado en un estudio anterior, llevado a cabo por los autores del presente trabajo, que los denominados pacientes de trato difícil puntúan todavía mejor que la población general a sus profesionales por motivos no bien esclarecidos².

Por otra parte, conviene reflexionar no sólo sobre fórmulas que tratan de mitigar la aparición de encuentros difíciles, sino acerca de las necesidades formativas para una mejor práctica clínica¹. Hay cada vez más consenso en una ineludible formación en entrevista clínica en el pregrado, así como una comprensión y un abordaje claramente contextualizado (biopsicosocial) de los casos.

En este sentido, hay experiencias y metodologías formativas suficientemente desarrolladas en la medicina de familia de nuestro país que proporcionan *feedback* cualitativo al profesional que lo desea, como los grupos Balint o las sesiones de PBI. El PBI (*problem based interviewing* o análisis de la entrevista centrada en los problemas) es un abordaje muy potente para proporcionar asesoramiento mediante el trabajo individual o grupal de entrevistas videogradas, que está recibiendo una buena aceptación en la atención primaria de nuestro país, tanto por parte de médicos de familia, tutores, médicos residentes, como de los profesionales de enfermería.

Otros autores plantean el desarrollo de la actividad profesional del médico desde una perspectiva mucho más reflexiva, en la que no sólo se integren conocimientos, sino también emociones, actitudes, visión periférica, aceptación de las limitaciones, expectativas más realistas, coherencia y honestidad. De esta forma, el profesional puede ver una situación difícil o un caso clínico «irresoluble» como una oportunidad para la reflexión, el estudio y un verdadero avance⁹.

Interesante reflexión también es la que aporta Cebrià¹⁰ cuando describe que los médicos de familia solemos tener una imagen ideal del buen paciente. Una lista en la que destaca que no acuda demasiado a menudo, que sea concreto, nos demuestre estima y gran respeto, no haga preguntas o se pase de listo, que desee curarse y sea cooperador. Tal lista sabemos que no se corresponde con la realidad de muchos pacientes, ni tampoco, y probablemente menos, cuando el paciente es el propio médico.

Todas estas consideraciones nos retrotraen a entender que el trabajo que realiza el médico de familia es de facto un encuentro interpersonal complejo, tanto por el contexto en el que se desarrolla y la información que se intercambia como por los constantes procesos de negociación que deben llevarse a

cabo: desde decidir el tiempo que dedicamos a la entrevista, el tiempo que miramos al paciente o al ordenador, las demandas que se permiten abordar, el tipo de interrogatorio que se lleva a cabo, la aproximación más o menos centrada en la experiencia del consultante, los tiempos de habla, la reactividad que imprimimos a la consulta, la exploración de las expectativas del paciente y/o su acompañante, etc. Un enorme y complejo conglomerado de eventos (algunos simultáneos), que conducen a una simple ecuación final: «la percepción de calidad asistencial y el grado de satisfacción general del paciente y el profesional».

El estudio de Mas et al constata unos resultados congruentes con lo que sucede habitualmente en las consultas, con un elevadísimo porcentaje de evaluaciones satisfactorias por parte de los pacientes con sus profesionales, lo cual está en consonancia con los bajos porcentajes de ED descritos.

Pero lejos de caer en la autocomplacencia, detectar que una de cada diez entrevistas son «vivas» como un ED tiene un coste más allá de este bajo porcentaje. Quienes conviven repetidamente con ED conocen bien que ello puede estropear no sólo todo un día de trabajo, sino, y lo que es peor, sentir que puede repercutir también en su vida privada. Por ello, los profesionales de la medicina han aprendido la importancia de tratar de evitar los ED, no sólo para conseguir mejores resultados, sino por un fenómeno de «supervivencia». De esta forma, es lógico pensar que los profesionales que perciben pagar un alto precio en su quehacer asistencial, ya sea por motivos de excesiva tensión clínica, por mostrar dificultades relacionales, para mantener una adecuada actualización, por recibir un escaso reconocimiento laboral o por la incapacidad de conseguir un adecuado desarrollo profesional, tenderán a buscar entornos donde las situaciones o los «encuentros difíciles» tengan un menor impacto personal.

Finalmente, los autores plantean nuevos objetivos, como el análisis de los ED en muestras de médicos más amplias y en entornos asistenciales distintos, con la finalidad de comprender mejor las circunstancias favorecedoras, así como mejorar la fiabilidad de la evaluación del problema, mediante la validación de un cuestionario a tal efecto. Convendrá, una vez descritas las variables más influyentes en los ED, reflexionar y trabajar sobre sus posibles formas de abordaje o acomodación, sobre todo cuando el ED sea «inevitable». La magnitud del problema bien lo merece.

Puntos clave

- En los últimos años se ha pasado de cualificar a los pacientes de trato difícil a situaciones o encuentros difíciles (ED), donde los elementos del contexto asistencial y del profesional generalmente forman parte de su ecuación final.

- El presente trabajo tiene el interés de aportar la perspectiva de ambos actores en la génesis de los ED, y se observa que la «culpa» o la responsabilidad de éstos se encuentra casi siempre al otro lado de la mesa.
- Parece conveniente estandarizar la medición de las variables de los ED mediante un cuestionario suficientemente validado a tal efecto.
- Dado que los ED a menudo son el resultado de un «problema comunicativo», se hace hincapié en la necesidad de reflexionar y ensayar las habilidades en comunicación asistencial, tanto para mejorar su abordaje como para minimizar sus efectos secundarios.

Bibliografía

1. Mas Garriga X, Cruz Domenech JM, Fañanás Lanau N, Allue A, Zamora I, Vinas R. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Primaria*. 2003;31:214-21.
2. Mas Garriga X, Sole Dalfó M, Licerán Sanandrés M, Riera Cervera D. Pacientes de trato difícil en atención primaria: ¿están satisfechos con la atención recibida en su centro de salud? *Aten Primaria*. 2006;38:192-9.
3. Blay Pueyo C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. *FMC*. 1996;3:243-50.
4. Borrell Carrió F. Estudio del paciente conflictivo: guía para profesionales atareados. *Jano*. 2008;1689:41-6.
5. Bellon JA, Rodríguez-Bayón A, De Dios Luna J, Torres Gonzalez F. Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2008;58:324-30.
6. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;31:227-33.
7. Turabián-Fernández JL, Pérez-Franco B. La variabilidad es un indicador de buena gestión clínica en medicina de familia. *Aten Primaria*. 2006;37:160-3.
8. Seguí Díaz M, Linares Pou L, Blanco López W, Ramos Aleixades J, Torrent Quetglas M. Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Aten Primaria*. 2004;33:496-502.
9. Epstein RM. Mindful Practice. *JAMA*. 1999;282:833-9.
10. Cebrià Andreu J. ¿Son los médicos de familia buenos pacientes? *Jano extra*. 2004;LXVI:1114-8.