

## O paciente difícil en atención primaria

Roberto Fernández Álvarez

Médico de Familia do PAC de Allariz, Ourense. Membro do grupo de Comunicación e Saúde da Agamfec.

Carlos Menéndez Villalva

Médico de Familia; Centro de Saúde de Mariñamansa. Ourense. Membro do grupo de Comunicación e Saúde da Agamfec.

Cad Aten Primaria  
Año 2008  
Volume 15  
Pág. 233-238

### Palabras clave

Difficult patient, primary care, Physician-Patient Relations.

### IMPORTANCIA DO PROBLEMA

A maior parte das consultas do médico de atención primaria responde a un patrón de relación onde o reparto de roles está ben delimitado e o cumprimento das expectativas mutuas é aceptable. Pero hai unha porcentaxe que se afasta deste estándar e non logra este obxectivo, dando lugar a relacións disfuncionais e conflitos. Estas relacións son vividas con angustia polos profesionais e, cando tenden a agruparse arredor de determinados pacientes, estes son denominados pacientes difíciles (PD), pacientes problema ou pacientes de trato difícil.

A maioría dos estudos realizados toman como referencia os sentimentos que o PD xera nos profesionais e, segundo o deseño do estudo ou o ámbito onde se realiza, as porcentaxes de pacientes difíciles detectados polos médicos son variables, oscilando entre un 0,7%<sup>1</sup> ata un 30%<sup>2</sup>. Cando falamos de encontros difíciles, menos estudiados como tales, a frecuencia tamén varía segundo os autores, dende un 2,7%<sup>1</sup> ata o 20%<sup>3</sup>.

A transcendencia do problema radica na súa repercusión tanto no profesional como no paciente. A pesar da súa pouca frecuencia relativa, os médicos recoñecen o intenso contido emocional deste tipo de encontros, e a literatura implica o fenómeno como un factor pre-dispoñente do desgaste profesional<sup>4,5</sup>.

Esta situación xera unha resposta no facultativo que, como sinala Borrell, varía de acordo co seu adestramento en técnicas de comunicación. A resposta "natural" oscila entre as "descargas catárticas" movidas pola ira, actitudes de contención renunciando a intervir de

maneira resolutive, fórmulas de compracencia mediante derivacións e peticións de probas, ou condutas hiperresolutivas que poden conducir ó que se chamou "furor terapéutico"<sup>6</sup>.

As repercusións sobre a satisfacción dos usuarios son controvertidas, pois mentres algúns autores defenden que os PD están menos satisfeitos<sup>7,8,2</sup>, outros conclúen que non hai diferenzas respecto da poboación xeral<sup>4</sup>. A aparente contradición explicaríase pola heteroxeneidade deste grupo de pacientes<sup>4</sup>.

Por outro lado as revisións<sup>7</sup> de diversos estudos proban que tratamos ós pacientes de modo distinto dependendo do que sentimos hacia eles. JA Prados demostra na súa tese<sup>9</sup> que cando o médico atende a un paciente problema, hai unha diminución dos estándares de calidade prefixados para a anamnese, xérase unha peor orientación diagnóstica e hai un incremento significativo na prescrición de fármacos non esenciais. Cos pacientes difíciles é mais probable cometer erros<sup>10,11</sup>.

Así pois, como di Blay Puello, a abordaxe de pacientes difíciles é algo máis que un xogo de desencontros persoais, e pode afectar directamente á equidade e eficiencia do noso labor como médicos<sup>7</sup>.

### ¿QUÉ É UN PACIENTE DIFÍCIL?

A primeira dificultade á hora de abordar o problema do PD é a ampla variabilidade de definicións. Case todas están referidas ás sensacións que produce o paciente no médico. JA Prados recolle na súa tese<sup>9</sup> algunhas das máis utilizadas:

"Paciente que mediante unha variedade de comportamentos induce sentimentos ou reaccións negativas na maioría dos médicos" (Groves 1978); "pacientes que provocan no médico desesperanza, enfado, frustración" (Addler 1991); "pacientes que producen disconfort" (Goodwin 1979) ou "sensacións desagradables" (Prados 1990).

O'Dowd refrese ós pacientes difíciles como grupo heteroxéneo de pacientes frecuentemente afectados de enfermidades relevantes que

### Correspondencia

Roberto Fernández Álvarez

Centro de Saúde de Allariz. C/Oliveira s/n, CP 15704, Ourense.

Correo electrónico: roberto.fernandez.alvarez@sergas.es

presentan como único elemento común a capacidade de producir distrés no médico e no equipo que os atende<sup>12</sup>.

Ellis<sup>13</sup>, nun artigo de reflexión persoal, dá unha definición descritiva do PD como "Aquel que é capaz de facer que sintas un burato no estómago cada vez que les o seu nome no listado", definición netamente centrada no profesional, que consolidou como referente mesmo na realización de posteriores traballos de investigación sobre o tema.

O abano de sensacións que comunican os profesionais ante un "paciente difícil" é amplo. Blay Plueyo<sup>7</sup>, na súa revisión, fala de sensación de perda de control, perda de autoridade, merma da autoestima; aversión, temor, resentimento, desesperación, ira, frustración, aburrimiento, etc. As actitudes derivadas destas sensacións son de rexeitamento, evitación ou, noutro extremo, de compracencia ou aquiescencia<sup>11</sup>.

Nesta mesma liña de definición, tamén son variadas as denominacións ou epítetos, algúns de tinte pexorativo, que reciben este tipo de pacientes por parte dos profesionais, tanto na nosa cultura<sup>7,9</sup> -paciente problema, posyaque, cartilleros, ochobarra, pasopago, etc- como na cultura anglosaxona -paciente odioso, saco de tristura, ou paciente que provoca un envorco do corazón (heartsink patient)-<sup>9,10,13</sup>.

A pesar de que algúns autores fan un esforzo de obxectividade da definición - o mesmo Ellis afirma que se trata dun paciente afecto de disforia<sup>13</sup>-, segundo JA Prados, asúmese nas definicións unha plena subxectividade sometida ás sensacións do médico, o cal pode levar, como proba a bibliografía, a que un mesmo paciente poida ser considerado de forma diferente por dous médicos distintos; non obstante, talvez esta premisa sexa necesaria, pois é o médico o que debe detectar a dificultade, e quizais só poida facelo a través das sensacións desagradables que o paciente esperta nel<sup>9</sup>.

Na década dos 80 do pasado século comeza a cambiar o enfoque do PD, pasando a verse como o resultado dun fallo na relación interpersonal entre o médico e o paciente<sup>9</sup>.

O PD ou de trato difícil, como categoría, foi utilizado en numerosos estudos. Pero esta consideración ten consecuencias prácticas e emocionais importantes ó focalizar a dificultade no paciente e non na relación, o cal só pode estimular un debate moral, pero non científico<sup>3</sup>. A variabilidade non só interprofesional e interpersonal, senón tamén nas relacións dun mesmo paciente co mesmo profesional, fixo que o concepto evolucionase e hoxe se tenda a falar de encontros difíciles entre médico e paciente.

O concepto de encontro difícil sitúa o punto de mira nos aspectos comunicacionais da relación médico-paciente e distribúe a carga da dificultade entre os factores debidos ó profesional, os debidos ó paciente e os que dependen do entorno, como elementos que dis-

torsionan unha relación contractual que se ve necesitada dunha redefinición<sup>14</sup>.

## FACTORES DEBIDOS Ó PACIENTE

1- Os pacientes etiquetados como difíciles mostran unha maior prevalencia de enfermidades psiquiátricas con cifras arredor do 65%<sup>3</sup>. A maioría presentan problemas psiquiátricos "lixeiros"<sup>15</sup>. Estes problemas poden estar sen identificar ou ser mal manexados<sup>7</sup>.

Hai unha maior prevalencia de trastornos da personalidade, alcanzando segundo autores un 90%<sup>3</sup>, resultando sorprendente o feito de que moitas veces os seus propios médicos non son conscientes deste problema<sup>16</sup>.

O PD presenta máis a miúdo abuso e adicción ó alcohol e a outras substancias.

Hai unha prevalencia máis alta de enfermidades crónicas e graves, con múltiples síntomas físicos. Documentase tamén elevada frecuencia do que algúns autores chaman "historias clínicas gordas"<sup>9,17</sup>.

2- Perfil persoal: sexo feminino<sup>17</sup>, idade avanzada, clase social baixa<sup>17</sup>, analfabetismo<sup>9</sup>. En canto a estado civil, hai maior frecuencia en solteiros e viúvos, aínda que os resultados contradínanse<sup>1</sup>.

3- Crenzas e actitudes do paciente: experiencias negativas co sistema sanitario, tendencia ó incumprimento, expectativas inadecuadas<sup>18</sup>, busca de solucións médicas para problemas sociais, psicolóxicos, espirituais<sup>17</sup>, medos<sup>18</sup>.

4- Barreiras socioculturais ou idiomáticas.

5- Problemas do entorno íntimo do paciente. Baixo apoio familiar e social<sup>7</sup> ou disfuncións da dinámica familiar<sup>19</sup>.

Jackson e cols.<sup>2</sup> realizan un dos poucos estudos centrados no encontro difícil, pasando un test a 500 pacientes antes e despois de seren atendidos polo médico, e outro test ó profesional para avaliar a dificultade do encontro. Identifican así predictores independentes do encontro difícil: a presenza de ansiedade ou depresión no paciente, a concorrencia de múltiples síntomas físicos e a baixa puntuación dos médicos na súa actitude para a abordaxe dos problemas psicossociais.

## FACTORES DEBIDOS Ó PROFESIONAL

As características dos profesionais da saúde que predispoñen a encontros difíciles están menos estudadas que as dos pacientes.

-Perfil profesional e persoal:

Soen comunicar máis pacientes difíciles os profesionais de sexo feminino e de menor experiencia laboral<sup>15</sup>. Ambos factores non son predictores, sen embargo, de encontros difíciles, segundo o estudo

de Jackson e cols<sup>2</sup>.

Os trastornos psiquiátricos dos médicos están pouco estudados, pero a maioría reconece que os seus propios trazos de personalidade xogan un papel importante á hora de considerar a un PD<sup>15</sup>.

- Crenzas e actitudes do médico: Experiencias traumáticas con pacientes<sup>14</sup>, problemas persoais<sup>14</sup>, expectativas profesionais e persoais. Actitudes profesionais disfuncionais (exceso de proxección, exceso de autovaloración, etc)<sup>7</sup>.

- Sobrecarga laboral<sup>20,21</sup>. Discontinuidade profesional<sup>7</sup>.

- Habilidades escasas de comunicación: A formación médica ensina un modelo lineal de enfermidade no que hai unha secuencia síntomas-signos-diagnóstico-tratamento-curación. Os médicos formados neste sistema senten frustración ou culpabilidade cando esta secuencia se rompe<sup>22</sup>, o cal ocorre en boa parte das consultas de atención primaria, pois seguindo a Tizón<sup>18</sup> o “enfermo-enfermo” tal como o describen os libros clásicos, cada vez é menos frecuente nas consultas do médico de familia.

Tamén parece relacionarse o estilo de comunicación do médico coa presentación de reclamacións, que afectan menos ós médicos con estilos máis cercanos ó paciente, que utilizan facilitadores no diálogo e que fan uso do sorriso e do humor<sup>23</sup>. En cambio, os estilos conversacionais inadecuados e as barreiras comunicacionais incrementan a insatisfacción<sup>7</sup>.

Estudos demostran que os médicos con maior orientación cara a medicina interna e os que dan escasa importancia ós aspectos psicossociais notifican maior número de pacientes difíciles<sup>21</sup>, así como os que carecen de formación de postgrao<sup>17</sup>. Os profesionais con formación en saúde mental comunican menor número de pacientes difíciles<sup>7</sup>.

## FACTORES RELACIONADOS CO ENTORNO

- Presión laboral: Presións para aumentar a produtividade<sup>20</sup>.

- Factores estresantes para o paciente:

Percepción do sistema como un servizo-barreira<sup>14</sup> que obstaculiza a accesibilidade enviando ó paciente dun lado para outro sen solucionarlle a demanda.

- Intervención de terceiros: A presenza do acompañante<sup>24</sup>.

- Maior autonomía do paciente: máis fontes de información dispoñibles permiten utilizala para impugnar ó médico<sup>20</sup>.

## CLASIFICACIÓN DOS PACIENTES DIFÍCILES.

Téñense proposto múltiples clasificacións do PD. Varios textos<sup>6,14</sup> e artigos seguen a manter a clasificación que fixo Groves en 1978. Aínda que os enfoques actuais restan rigor a estas clasificacións, tenden a manterse probablemente para definir estratexias concretas de manexo para cada categoría de paciente, aínda que as características duns e doutros non están ben delimitadas e a miúdo superpóñense. Groves<sup>7</sup> propón os catro tipos “clásicos”:

- Paciente Dependente, ou “apegadizo”: Gran frecuentador, ve no médico un recurso inesgotable, sen límites. Satisfeito a pesar dos exiguos avances.

- Paciente Esixente-agresivo: Gran demandante. Utiliza con frecuencia a agresividade, culpabilización, intimidación ou devaluación do profesional.

- Paciente Rexeitador de axuda ou “masoquista”: Combina a hiperfrecuentación cunha actitude nihilista cara a solución dos problemas mediante a fórmula “non hai nada que facer”. Parece “non querer mellorar” e se o consigue, aparece pronto cun novo problema.

- Paciente Incumplidor-negador: Falla de adherencia ós tratamentos, ben por desinformación, por escasa percepción de risco, por autofirmación ou por un marcado rasgo autodestructivo.

Tratamos de resumir outros tipos definidos na literatura:

\*Na esfera da dependencia:

O hiperfrecuentador: perfil máis frecuente en mulleres de idade media e nas idades extremas da vida. Asíanse factores de necesidade (pacientes portadores de enfermidades crónicas con sintomatoloxía importante, mulleres coidadoras), factores sociopsicolóxicos (mais baixo umbral de consulta pola interiorización da “cultura do benestar”, por baixa percepción de saúde, por expectativas desmedidas depositadas no sistema de saúde. O baixo apoio familiar, coa falla do decisivo papel que ten a familia na modulación das condutas de frecuentación<sup>14</sup>, tamén xoga un papel importante), ou por factores debidos ó sistema sanitario: o que se chama “médicos rápidos” de escasa profundización nos motivos do paciente e baixa resolutividade, xerando un alto nivel de repetición de consultas. Ás veces a propia dinámica do sistema obriga á asunción de ese estilo profesional debido ó escaso tempo por consulta. O que Mechanic denominou “un hámster dentro dunha roda que xira”<sup>14</sup>.

\*Na esfera da complexidade:

Situacións, patoloxías ou personalidades complexas, absorben máis enerxía e atención por parte do facultativo, esixen máis esforzo e crean unha maior incertidume.

O somatizador: A medio camiño entre a complexidade e a dependencia, padece enfermidades de base diagnóstica confusa que producen multitude de queixas físicas ás veces desproporcionadas, xerando incertidume no profesional, que pode responder con petición de múltiples probas complementarias ou exceso de derivacións ou prescricións a demanda dos pacientes<sup>14</sup>, o que se denominou “buratos negros”<sup>19</sup> ou “doctor-shopping”<sup>24,25</sup>.

Nesta esfera pódense incluír os trastornos por conversión, por hipocondría, trastorno dismórfico corporal, trastorno facticio, etc.

Hai casos de complexidade médica<sup>19</sup> por padecementos de diagnóstico dubidoso, ou tratamento ou control de síntomas complicado. E casos de complexidade familiar ou social<sup>19</sup> ou de complexidade ética e comunicacional: enfermos incurables e terminais.

\*Na esfera do control da consulta:

A relación médico-paciente é tamén unha relación de poder onde o médico controla o fluxo da información con preguntas, e decidindo as opcións de diagnóstico e tratamento (non todas) que presenta ó paciente; e o paciente exerce o poder decidindo que información desexa compartir co médico e marcando o seu nivel de esixencia<sup>26</sup>. Nesta relación intrinsecamente asimétrica<sup>27</sup>, onde os conflitos se escenifican nun campo de batalla ou de experimentación de relacións<sup>9</sup>, tenden a establecerse unha serie de roles que ás veces non se corresponden cos previstos por ambas partes. Cada rol, como indica Lain Entralgo, vén determinado polas “expectativas institucionalizadas” que lle son propias<sup>28</sup>. Se por algún motivo se ven alterados, o médico trata de restablecelos mediante límites, normas e fronteiras para o encontro<sup>26</sup>.

Neste contexto pódese entender que cada “tipoloxía” de paciente utilice distintos instrumentos para gañar fraccións de poder. O paciente esixente mantén unha actitude punitiva co médico e ás veces pretende demostrarlle que está equivocado<sup>19</sup>. O agresivo utiliza a intimidación verbal ou física para dobrear a vontade do profesional. O seductor<sup>7</sup> fai uso do halago e da adulación, combinada coa hostilidade se os seus obxectivos non se acadan. Nesta liña está o que Gerrard denomina o “malvado-manipulativo”.

A medio camiño entre a complexidade e a transgresión de roles están os pacientes psiquiátricos ou con trastorno da personalidade, borderline, etc<sup>9</sup>. Os pacientes incumplidores tamén poden poñer en cuestión a autoridade terapéutica do médico, ben por unha particular maneira de afirmación de liberdade persoal, ben por outras razóns igualmente complexas.

Tamén se describe o paciente “compañeiro” médico ou sanitario<sup>9,30</sup>, no que é máis difícil manter intacto o papel profesional; así como o paciente experto ou “enterao”<sup>1</sup> no que o nivel de información pode alterar o esquema de consulta do médico.

## MANEXO DO PACIENTE DIFÍCIL

Hai poucas evidencias acerca das mellores maneiras de proceder ante pacientes problema ou en situacións difíciles na consulta. A maior parte da información provén de estudos cualitativos que recollen experiencias ou valoracións de médicos, así como de opinións de expertos ou informes de reflexión persoal.

A maioría dos facultativos recoñecen necesitar axuda externa para o manexo de algúns dos seus pacientes difíciles, aínda que na solución do problema, a máxima responsabilidade recae sobre o propio médico<sup>9</sup>. Os autores coinciden en que o paso preliminar para abordar o problema é recoñecer que existe, detectar a dificultade. Tratamos de condensar agora outras liñas de actuación:

### 1- Intervir sobre o paciente:

Elaboración dunha boa historia clínica que conteña aspectos biomédicos pero tamén psicosociais<sup>9</sup>.

Diagnosticar trastornos psiquiátricos ou da personalidade se existen. Nas patoloxías crónicas, non controladas e na sospeita de somatización, ver se queda algo por facer no aspecto diagnóstico e terapéutico.

Obter sempre o punto de vista do paciente e da súa familia<sup>22</sup>.

Elaborar un “mapa” de queixas do PD con listas xerarquizadas de problemas<sup>9</sup>, con hipóteses sobre os condicionantes da súa conduta, feitos biográficos determinantes, influencias familiares, axendas ocultas, ou “razóns que hai detrás das razóns”<sup>24</sup>. Tratar de descubrir a fonte das dificultades<sup>24</sup>.

Facer un esforzo por flexibilizar a axenda e adaptala na medida do posible ó paciente<sup>20</sup>.

Pomm e cols., no seu traballo<sup>11</sup>, propoñen un conxunto de estratexias (CALMER), algunhas das cales baseanse en técnicas motivacionais para favorecer o cambio do paciente problema a outros patróns de conduta máis manexables.

Tamén se describen intervencións baseadas na Terapia Familiar Breve realizadas por médicos de familia, con efectividade contrastada, sobre todo no trastorno somatoforme<sup>29</sup>.

### 2- Mellorar habilidades de comunicación:

As técnicas de comunicación son útiles na abordaxe do PD<sup>20</sup>. A empatía é un elemento eficaz no manexo, que se pode adestrar<sup>15,24,30</sup>. A curiosidade polo paciente e os seus sentimentos pódese cultivar mediante a meditación, compartindo experiencias con colegas ou lendo libros e visionando películas de cine que transmitan complexi-

dade emocional<sup>30</sup>. Estudos empíricos demostran que escribir narracións imaxinadas dende a perspectiva do paciente axuda ós médicos a desenvolver habilidades de empatía<sup>30</sup>.

É importante desenvolver un estilo de entrevista centrada no paciente para o manexo do PD. Está probado que mellora o rendemento médico, a satisfacción do usuario, a adherencia a tratamentos e os resultados de saúde; e que diminúe a probabilidade de litixios<sup>23</sup>.

Débese facer un esforzo por mellorar a fluidez da comunicación: rebaixar as barreiras que separan médico e paciente para facilitar o fluxo da información<sup>31</sup>. Pode ser oportuno, aínda que non moi frecuente nos médicos de familia, comunicar ós pacientes as sensacións de desagrado que estes nos provocan (self disclosure)<sup>9</sup>, o que tamén pode aproveitar para aplicar unha estratexia confrontativa<sup>28</sup> consistente en enfrontar ó paciente co seu problema, sempre facendo uso do respecto, da empatía e practicando a escoita activa: evitar barreiras da comunicación e permitir ó paciente airear as súas preocupacións<sup>22</sup>.

Algúns autores propoñen técnicas de abordaxe do estrés e de contención emocional.

### 3- Cultivar actitudes:

- Actitude evaluativa autocrítica<sup>7</sup>: Detectar as emocións que esperta en nós o paciente problema e aceptalas. Ós médicos, a diferenza das enfermeiras e dos psicoterapeutas, resúltalles moi difícil recoñecer os sentimentos negativos propios<sup>30</sup>. Deberíamos aprender a detectar as nosas zonas de irritabilidade e o tipo de situacións que poden desencadear<sup>29</sup>.

- Actitudes positivas: Da mesma maneira que pode haber un certo grao de "inefectividade emocional" para emocións negativas do paciente cara ó médico, o que se chamou contratransferencia<sup>7</sup>, tamén se contaxian as emocións positivas nos dous sentidos. Segundo Ellis "o entusiasmo é contaxioso"<sup>13</sup>.

R. Neighbour propón, ante un sentimento negativo que se interpón entre o médico e o paciente, imaxinarlle a este un rasgo positivo, un "oasis de aprobación"<sup>32</sup>.

- A autoestima profesional<sup>7</sup>: Un adecuado nivel de autoestima evítanos a tentación de recuperala a costa do paciente. Manter un bo nivel de competencia profesional pode axudar no manexo da incertidume e da complexidade do paciente problema.

- Compartir experiencias: Poucas veces se utiliza a "interconsulta" con compañeiros de equipo aínda que de modo informal coméntanse as situacións vividas<sup>1</sup>. Tense invocado a participación en grupos de discusión (tipo Balint) axuda eficaz para o manexo do PD<sup>20,31,33</sup>. É inte-

resante o recurso da videogravación para a posta en común dos casos diante do grupo<sup>15</sup>.

- Replantexar crenzas: Rexeitar a fantasía dunha relación perfecta con todos os pacientes<sup>7</sup>. Reavaliar crenzas acerca do noso rol profesional (autoritarismo, infalibilidade), e do rol dos nosos pacientes (como suxeitos pasivos, ignorantes, etc). Mitos conceptuais sobre as maneiras de enfermar (dicotomías corpo-mente, enfermo-san, etc) ou de curar (modelo biomédico ríxido).

-A honestidade profesional: Ante todo o médico desexa axudar<sup>7</sup> e non facer dano; pero tamén protexerse física e emocionalmente e, así, estar en disposición de protexer a saúde do paciente<sup>34</sup>. Se non consegue orientar a relación nesa dirección é preferible considerar a conveniencia de transferir o coidado dese paciente a outro colega<sup>7</sup>.

## CONCLUSIÓN

Á luz da literatura consultada podemos concluír que paciente difícil é aquel que mostra maior probabilidade de propiciar encontros difíciles co seu médico. Encontro difícil, dende a óptica do profesional, é o que xera malestar nel. Tenden a considerarse difíciles os encontros nos que o médico non é capaz de establecer un control sobre a consulta acorde coas súas expectativas; ben pola complexidade do problema que se lle presenta, porque a conduta ou as características do usuario non responden ás súas preferencias, ou porque se sente desbordado polas demandas do paciente.

Os intentos de clasificación do paciente difícil son numerosos, e as categorías non están ríxidamente definidas. Hai unha ampla variedade de motivacións que poden condicionar a dificultade do encontro, onde a responsabilidade está compartida entre o médico, o paciente e o contexto no que ten lugar a relación. Neste senso convén enfocarse as posibles solucións: intervención sobre os pacientes, mellora da capacidade comunicacional do médico e modificación das condicións do entorno.

A maioría dos estudos ata o momento focalizaron o problema no paciente, someteron o concepto de dificultade á percepción do médico. Precísanse máis traballos sobre as actitudes e características dos profesionais, non só médicos, senón enfermeiros e persoal de atención directa ós usuarios. Tamén o manexo de pacientes e situacións difíciles debe ser máis profundamente analizado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mas Garriga X, et al. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Primaria* 2003;31(4):214-21
2. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med.* 1999 May 24;159(10):1069-75.
3. De Marco MA, Nogueira-Martins LA, Yazigi L. Difficult patients or difficult encounters? *QJM.* 2005 Jul;98(7):542-3
4. Xavier Mas Garrigaa Marta Solé Dalfóa Manuela Licerán Sanandrésa Dolors Riera

- Cerveraa. Pacientes de trato difícil en atención primaria: ¿están satisfechos con la atención recibida en su centro de salud? *Aten Primaria* 2006; 38 (4):192 – 198
5. Pacientes de trato difícil: ¿por qué los etiquetamos como tales? *J Coll Verda. Aten Primaria* 2006; 38: 198 – 199
  6. F Borrell i carrío. *Entrevista Clínica, manual de estrategias prácticas*. 1ª ed. SEMFyC. 2004
  7. C. Blay Pueyo. Actuación ante los pacientes de trato difícil. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. Volumen 3, Número 4, Abril 1996 243-49
  8. Vegni E, Visioli S, Moja EA. When talking to the patient is difficult: the physician's perspective. *Commun Med*. 2005;2(1):69-76.
  9. JA Prados Castillejo. *Distorsión en las técnicas comunicacionales (entrevista clínica) en las consultas de demanda de atención primaria*. (tesis doctoral) Córdoba 1996.
  10. Evans S. Me, the heartsink patient. *BMJ*. 2000 Jun 3;320(7248):1513
  11. Pomm HA, Shahady E, Pomm RM. The CALMER approach: Teaching learners six steps to serenity when dealing with difficult patients. *Fam Med*. 2004 Jul-Aug;36(7):467-9
  12. O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. *BMJ*. 1988 Aug 20-27;297(6647):528-30
  13. Ellis CG. Making dysphoria a happy experience. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986 Aug 2;293(6542):317-8
  14. R. Ordovás Casaurrán. El paciente de trato difícil en atención primaria. En: *Curso de relación médico-paciente*. Medpac. Ergon. 2003 P 231-52
  15. Steinmetz D, Tabenkin H. The 'difficult patient' as perceived by family physicians. *Fam Pract*. 2001 Oct;18(5):495-500.
  16. Schafer S, Nowlis DP. Personality disorders among difficult patients. *Arch Fam Med*. 1998 Mar-Apr;7(2):126-9.
  17. Butler CC, Evans M. The 'heartsink' patient revisited. The Welsh Philosophy And General Practice discussion Group. *Br J Gen Pract*. 1999 Mar;49(440):230-3.
  18. JLTizón García. *Componentes psicológicos de la práctica médica*. 1ª ed. Biblaria. 1996.
  19. Gerrard TJ, Riddell JD. Difficult patients: black holes and secrets. *BMJ*. 1988 Aug 20-27;297(6647):530-2.
  20. Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer ON. Management of the difficult patient. *Am Fam Physician*. 2005 Nov 15;72(10):2063-8.
  21. Krebs EE, Garrett JM, Konrad TR. The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. *BMC Health Serv Res*. 2006 Oct 6;6:128.
  22. Gillette RD 'Problem Patients': A Fresh Look at an Old Vexation.". *Fam Pract Manag*. July/August 2000:57-62.
  23. Irwin RS, Richardson ND. Patient-focused care: using the right tools. *Chest*. 2006 Jul;130(1 Suppl):735-82S. Review.
  24. Hull SK, Broquet K. How to manage difficult patient encounters. *Fam Pract Manag*. 2007 Jun;14(6):30-4
  25. de Zwaan M, Müller A. Doctor shopping: the difficult-to-manage patient. *WMMW*. 2006 Aug;156(15-16):431-4.
  26. Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med*. 2006 Nov-Dec;19(6):533-41.
  27. Tuttle JP. The physician's disease: the impact of medical knowledge on personal illness. *Palliat Support Care*. 2007 Mar;5(1):71-6
  28. P Lain Entralgo. *El médico y el enfermo*. 2ª ed. Ed Triacastela. 2003.
  29. Real Pérez M, Rodríguez-Arias Palomo JL, Cagigas Viadero J, Aparicio Sanz MM, Real Pérez MA. Brief family therapy: an option for the treatment of somatoform disorders in primary care. *Aten Primaria*. 1996 Mar 15;17(4):241-6. Spanish.
  30. Halpern J. Empathy and patient-physician conflicts. *Gen Intern Med*. 2007 May;22(5):696-700
  31. Enid Balint y J.S. Norell. *Seis Minutos Para el Paciente*. Interacciones en la consulta del médico general. 2ª ed. Paidós. Buenos Aires, 1979.
  32. R Neighbour. *La consulta interior*. 1ª ed. j&c Ediciones Médicas. 1998
  33. Benson J, Magraith K. Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. *Aust Fam Physician*. 2005 Jun;34(6):497-8
  34. Adler DA. Difficult patients: within themselves and with caregivers. *Psychiatr Serv*. 2006 Jun;57(6):767
  35. A. Arillo, C. Vilches, M. Mayor, J. R. Gurpegui, C. Arroyo, V. Estremera. Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿cómo se sienten tratados por sus médicos? *An Sist Sanit Navar*. 2006 Jan-Apr;29(1):47-58.