

**ARTICULO ORIGINAL DE INVESTIGACION**

# **Experiencias y respuestas emocionales de médicos residentes de medicina familiar frente al paciente difícil: Un estudio cualitativo en Paraguay**

Nathalia Desiré Servián Aponte y Juana Elizabeth Pavón Fleitas

Programa de Especialización en Medicina Familiar, Dirección de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Asunción, Paraguay

DOI: 10.5281/zenodo.15459359

Publicado: 19 de mayo, 2025

## **Resumen**

**Introducción:** El encuentro con pacientes percibidos como «difíciles» es un desafío inherente a la práctica médica, con un impacto particular en los médicos residentes. Estas interacciones pueden suscitar una compleja gama de emociones y experiencias que influyen en la calidad de la atención y el bienestar del profesional en formación. **Objetivo:** Explorar las experiencias y emociones de los residentes del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad Nacional de Asunción ante el abordaje de pacientes considerados difíciles. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico y diseño de corte transversal entre mayo y octubre de 2024. Participaron 12 residentes del programa, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia hasta alcanzar la saturación teórica. Se utilizó un cuestionario semiestructurado de 9 preguntas abiertas para la recolección de datos mediante entrevistas grabadas. El análisis de los datos se realizó siguiendo los principios de la hermenéutica dialéctica. **Resultados:** Los residentes identificaron como características de los pacientes difíciles la alta frecuencia de consultas, la desconfianza hacia el tratamiento y las demandas excesivas. Las emociones más frecuentemente experimentadas fueron la frustración, el enojo y la impotencia. Las estrategias de afrontamiento predominantes incluyeron mantener la calma, el diálogo con el paciente, la negociación de tratamientos y la escucha activa. A pesar de las emociones negativas, los participantes consideraron estas experiencias como oportunidades valiosas para el aprendizaje y desarrollo profesional. **Conclusión:** Los médicos residentes de medicina familiar enfrentan desafíos significativos al interactuar con pacientes difíciles, experimentando un espectro de emociones predominantemente negativas. No obstante, emplean diversas estrategias de afrontamiento y perciben estas interacciones como formativas. Se subraya la necesidad de más investigación y el desarrollo de intervenciones de apoyo específicas para este colectivo.

**Palabras clave:** paciente difícil, medicina familiar, médicos residentes, emociones, formación profesional, estudio cualitativo, Paraguay

## 1. INTRODUCCIÓN

La interacción con pacientes que, por diversas razones, son percibidos como «dificiles» constituye un desafío recurrente y significativo en la práctica clínica (1). Estos encuentros pueden generar una considerable tensión emocional en el profesional de la salud, influir en la calidad de la atención dispensada y afectar la propia satisfacción laboral (2). Para los médicos residentes, quienes se encuentran en una etapa crucial de adquisición de competencias y desarrollo de su identidad profesional, el abordaje de estos pacientes representa una experiencia formativa particularmente intensa y, a menudo, compleja (3).

La literatura define al «paciente difícil» de múltiples maneras, pero comúnmente se refiere a aquel individuo cuya interacción con el sistema de salud o con el profesional genera estrés, frustración o una sensación de ineficacia en el médico (4–6). Estos pacientes pueden presentar patrones de comportamiento demandantes, resistencia al tratamiento, múltiples quejas somáticas sin una explicación clara, o dificultades en la comunicación (6).

En el contexto de la medicina familiar, donde se prioriza la atención continua, integral y centrada en la persona, la relación médico-paciente es un pilar fundamental (7). Las dificultades en esta relación pueden tener un impacto profundo. Los médicos residentes de esta especialidad, al estar expuestos de manera frecuente a una amplia variedad de pacientes y problemáticas biopsicosociales, inevitablemente se enfrentarán a estas situaciones desafiantes. Las emociones que emergen de estos encuentros —como frustración, enojo, impotencia o incluso temor— pueden influir en su bienestar, su aprendizaje y su capacidad para mantener una actitud empática y profesional (8).

A pesar de la relevancia de este fenómeno, la investigación sobre las experiencias y el impacto emocional específico en médicos residentes de medicina familiar en el contexto paraguayo es limitada. Comprender en profundidad cómo viven y afrontan estas situaciones los futuros especialistas es esencial para diseñar estrategias de apoyo efectivas, optimizar los programas de formación y promover tanto la resiliencia profesional como la calidad de la atención.

Este estudio cualitativo se propuso explorar las experiencias y emociones de los residentes del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad Nacional de Asunción ante el abordaje de pacientes considerados difíciles, con el fin de aportar conocimiento valioso para la mejora de la formación médica y el bienestar de los residentes.

## 2. MATERIALES Y MÉTODOS

### 2.1 *Diseño del estudio*

Se llevó a cabo un estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico y diseño de corte transversal. Este enfoque se consideró apropiado para explorar en profundidad las experiencias vividas y los significados atribuidos por los participantes a sus interacciones con pacientes difíciles.

## **2.2 Contexto y período del estudio**

La investigación se llevó a cabo en el marco del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (UNA), Paraguay. Los participantes fueron residentes que realizan sus actividades formativas en el Hospital de Clínicas y el Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas. La recolección de datos se efectuó entre los meses de mayo y octubre de 2024. Participantes y muestreo

La población enfocada fueron los médicos residentes del mencionado programa de especialización. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para la selección de los participantes. Se buscó incluir residentes de diferentes años de formación (primer, segundo y tercer año) y de ambos sexos para obtener una diversidad de perspectivas. El reclutamiento continuó hasta alcanzar la saturación teórica de los datos, lo cual se logró con la participación de 12 residentes.

## **2.3 Criterios de inclusión y exclusión**

Se incluyeron en el estudio a residentes del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la UNA, de ambos sexos, que cursaban diferentes años de la residencia durante 2024, pertenecientes a la nómina del Hospital de Clínicas o del Hospital Militar Central. Estos residentes ya habían rotado por el consultorio de medicina familiar de la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas.

Se excluyeron aquellos residentes que no completaron la totalidad de la entrevista.

## **2.4 Instrumento y técnica de recolección de datos**

La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas individuales. Se utilizó un cuestionario guía de 9 preguntas abiertas, elaborado por la autora y basado en aspectos descritos en estudios previos sobre el tema (9–12). Este instrumento permitió explorar de manera flexible las experiencias, características atribuidas a los pacientes difíciles, emociones experimentadas, estrategias de afrontamiento y la influencia de estas interacciones en la formación profesional.

Las entrevistas se llevaron a cabo en un entorno que propiciaba la confianza y la libre expresión, con una duración aproximada de 10 a 15 minutos cada una. Previo consentimiento informado por escrito, las entrevistas fueron grabadas en audio para asegurar la fidelidad de la información.

## **2.5 Análisis de datos**

Las entrevistas grabadas fueron transcritas textualmente a documentos digitales. Posteriormente, los datos transcritos fueron analizados siguiendo los principios de la hermenéutica dialéctica (13). Este proceso implicó una lectura repetida y profunda de las transcripciones para identificar unidades de significado, codificar los datos emergentes, agruparlos en categorías temáticas y, finalmente, interpretar los patrones y relaciones entre estas categorías para comprender la esencia de las experiencias y emociones de los residentes. Se buscó una interpretación que reflejara fielmente las perspectivas de los participantes.

## 2.6 Consideraciones éticas

El estudio se adhirió a los principios bioéticos universales (14). Se obtuvo la aprobación de la Cátedra y Servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas. Se garantizó la autonomía de los participantes mediante la explicación detallada del estudio y la obtención del consentimiento informado por escrito, asegurando su derecho a participar o retirarse en cualquier momento. Se respetó el principio de justicia al ofrecer la misma oportunidad de participación a todos los residentes elegibles, sin discriminación. Se aseguró la no maleficencia, ya que el procedimiento de recolección de datos (entrevista grabada) no implicó riesgos para la salud física o emocional de los participantes. Se mantuvo la confidencialidad de la información y el anonimato de los entrevistados en todo momento, utilizando los datos exclusivamente con fines académicos. Se buscó la beneficencia, por el hecho de que los datos obtenidos podrían servir de base para futuras investigaciones y mejoras en los programas de formación.

## 3. RESULTADOS

Participaron en el estudio 12 médicos residentes del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad Nacional de Asunción, con representación de diferentes años de residencia y de ambos sexos. El análisis de las entrevistas permitió identificar tres ejes temáticos principales que describen las experiencias y emociones de los residentes ante el abordaje de pacientes difíciles: 1) Identificación del «paciente difícil»; 2) Experiencias y emociones, y 3) Estrategias de afrontamiento y formación profesional.

### 3.1 Identificación del «paciente difícil»

Los residentes describieron una serie de características y comportamientos que, desde su perspectiva, definen a un paciente como «difícil». Aunque las definiciones teóricas pueden variar, los participantes coincidieron en varios aspectos. Las características más comúnmente mencionadas incluyeron:

- **Alta frecuencia de consultas y demandas percibidas como excesivas:** Varios residentes señalaron a pacientes que consultan con mucha frecuencia, a veces por motivos que consideran menores o para solicitar documentos como reposos médicos de manera reiterada. Un residente expresó: «Consulta con frecuencia, o busca enfermedades que no existen... también aquellos que solo usan el servicio para conseguir reposos médicos para no cumplir obligaciones» (Residente 2).
- **Desconfianza o cuestionamiento del tratamiento y del profesional:** La falta de adherencia, el cuestionamiento constante de las indicaciones o la desconfianza hacia la competencia del médico fueron aspectos destacados. «Un paciente que no quiere aceptar las indicaciones, no toma la medicación de la forma indicada, no quiere o no lleva a cabo los estudios solicitados» (11). Otro mencionó: «Rechazo/cuestionamiento sobre los tratamientos o sobre nosotros como profesionales» (12).
- **Exigencias de estudios o medicaciones consideradas inadecuadas:** La presión por parte de los pacientes para obtener prescripciones o estudios que el médico

no considera clínicamente justificados fue otra característica. «Llegan exigiendo estudios o medicaciones no adecuados para su patología o estado actual» (Residente 3).

- **Múltiples síntomas o quejas vagas:** Algunos residentes identificaron como difíciles a aquellos pacientes que presentan una gran cantidad de síntomas, a veces de forma confusa, o que incluso «inventan síntomas» (Residente 7).
- **Falta de respeto percibida (especialmente hacia médicos mujeres):** Una residente señaló una dimensión de género en la dificultad: «Para mí son pacientes difíciles aquellos que no te demuestran respeto por ser médico mujer o por no querer darle recetas de medicación que consumen por decisión propia» (Residente 10).

### **3.2 Experiencias y emociones**

La interacción con pacientes difíciles generó un espectro de emociones en los residentes, predominantemente negativas. Las más frecuentemente expresadas fueron:

- **Frustración:** Esta fue la emoción principal mencionada por varios participantes, a menudo ligada a la sensación de no poder ayudar eficazmente al paciente o a la falta de cumplimiento de las indicaciones. «Frustración, es la emoción principal...» (9). «Me provoca desesperación durante la consulta y frustración» (Residente 12).
- **Enojo e impotencia:** Sentimientos de enojo ante la actitud del paciente o impotencia por no poder modificar la situación fueron también comunes. «Me causa un poco de enojo, miedo e incomodidad» (Residente 1). «La mayoría de las veces siento impotencia por no poder hacer adecuadamente el trabajo. O enojo por los pacientes más vulnerables o hacia aquellos que pese a realizar un buen abordaje el paciente no colabora» (16).
- **Otras emociones:** También se mencionaron el miedo, la incomodidad y la desesperación. Algunos residentes intentaron contrarrestar estas emociones negativas con empatía: «...también empatía, intento ponerme en el lugar de la persona para identificar por qué no está logrando las indicaciones y ver si encuentro alguna otra forma de llegarle» (9).

### **3.3 Estrategias de afrontamiento y formación profesional**

Ante estas situaciones desafiantes, los residentes refirieron emplear diversas estrategias de afrontamiento durante la consulta:

- **Mantener la calma y el profesionalismo:** Fue una estrategia recurrente. «Tratar de tener calma...» (Residente 5).
- **Diálogo y comunicación:** Buscar el entendimiento a través del diálogo y evitar la confrontación. «Llegar a un acuerdo con el diálogo y evitar las discusiones innecesarias» (12). «Bajar la conversación a su nivel» (Residente 9).
- **Escucha activa y empatía:** Intentar comprender las motivaciones y preocupaciones del paciente. «Mi principal forma de manejar a los pacientes difíciles en consulta es siendo lo más amable posible, escucho sus inquietudes para intentar explorar las emociones de ese paciente...» (11).

- **Negociación:** Buscar puntos de acuerdo en el plan terapéutico. «Indagar los motivos por los que no siguen indicaciones; negociar los objetivos de tratamiento» (12). «Negociar con el paciente...» (Residente 4).
- **Limitación del tiempo de consulta:** En algunos casos, como estrategia para manejar la demanda excesiva. «...también acortando el tiempo de consulta» (Residente 5).

A pesar de las dificultades y las emociones negativas experimentadas, la totalidad de los residentes entrevistados percibió estas interacciones como experiencias de aprendizaje valiosas que contribuyen a su formación profesional:

- **Oportunidad de aprendizaje y desarrollo de habilidades:** «Veo como cada experiencia desafiante se convierte en una oportunidad para aprender, también ayuda a reconocer y gestionar mis emociones, así como a identificar también las emociones de los pacientes» (Residente 1).
- **Desarrollo de la empatía y comprensión de límites:** «Que también es un aprendizaje porque no todos los pacientes quieren ser ayudados... Están los pacientes que te hacen desarrollar tu empatía...» (17).
- **Forjamiento del carácter:** «Regular, hay veces que me dan ganas de tirar la toalla, pero, por otro lado, me ha forjado mi carácter» (Residente 10).
- **Comprensión de las dificultades del paciente:** «...son personas que merecen respeto y todas esas actitudes que presentan en la consulta son el resultado de algún problema en su entorno...» (Residente 12).

## 4. DISCUSIÓN

Este estudio cualitativo exploró las experiencias y emociones de médicos residentes de Medicina Familiar de la Universidad Nacional de Asunción al abordar pacientes percibidos como difíciles. Los hallazgos ofrecen una visión matizada de los desafíos inherentes a estas interacciones y su impacto en la formación profesional.

Las características identificadas por los residentes para definir a un «paciente difícil» —como la alta frecuencia de consultas, la desconfianza hacia el tratamiento, las demandas excesivas y la presentación de múltiples síntomas— son consistentes con las descripciones encontradas en la literatura internacional (6, 9, 10). Estudios como el de Jackson *et al.* (9) y Khazen *et al.* (10), aunque realizados en contextos diferentes (pacientes hospitalizados y atención primaria respectivamente), también señalan la resistencia al tratamiento y la desconfianza como rasgos comunes. La mención de la alta frequentación y la multiplicidad de síntomas coincide con lo reportado por Mas Garriga *et al.* (11). Es interesante notar que, a diferencia del estudio de Jackson *et al.* (9), la barrera lingüística no emergió como una característica principal en esta cohorte de residentes, a pesar del bilingüismo de Paraguay. No obstante, un estudio paraguayo previo en residentes de urgencias sí identificó la barrera idiomática como una dificultad (15). La percepción de una residente sobre la falta de respeto por ser mujer introduce una perspectiva de género que merece mayor atención y que no siempre es explícitamente abordada en la literatura general sobre pacientes difíciles.

Las emociones experimentadas por los residentes, con un claro predominio de la frustración, el enojo y la impotencia, también se alinean con investigaciones previas (9, 16). La intensidad de estas emociones subraya el impacto personal que estas interacciones pueden tener en los médicos en formación. La capacidad de reconocer y gestionar estas emociones es crucial para evitar el desgaste profesional y mantener una atención de calidad.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, las mencionadas por los residentes —mantener la calma, dialogar, negociar, practicar la escucha activa y la empatía— son coherentes con las recomendaciones para el manejo de relaciones difíciles médico-paciente (9, 11, 12). La ausencia de la «derivación» como estrategia principal, mencionada en algunos estudios como el de Mas Garriga et al. (11), podría reflejar el compromiso de la medicina familiar con la continuidad de la atención o la percepción de que estos pacientes son una responsabilidad inherente a la especialidad.

Un aspecto particularmente relevante de este estudio es la perspectiva unánime de los residentes de que estas experiencias, aunque desafiantes, constituyen oportunidades de aprendizaje positivo y contribuyen a su desarrollo profesional. Esta visión resiliente y orientada al crecimiento es fundamental y coincide con la idea de que enfrentar y superar dificultades clínicas complejas puede forjar mejores profesionales (17). La capacidad de transformar una interacción potencialmente negativa en una instancia de aprendizaje sobre comunicación, manejo emocional y límites profesionales es una habilidad valiosa.

No obstante, la escasez de estudios locales que aborden específicamente la influencia de estos encuentros en la formación profesional de residentes de medicina familiar, como bien señala la autora de la monografía, es una limitación para una comparación más profunda en el contexto paraguayo.

La principal fortaleza de este estudio radica en su enfoque cualitativo, que permite una exploración profunda de las vivencias subjetivas de los residentes, un área poco investigada en el contexto local. La metodología fenomenológica es adecuada para capturar la esencia de estas experiencias.

Entre las limitaciones, se encuentra el tamaño reducido de la muestra (12 participantes), aunque se alcanzó la saturación teórica. Al ser un estudio realizado en un único programa de residencia, los hallazgos pueden no ser generalizables a otros contextos. El muestreo por conveniencia también podría introducir sesgos. La naturaleza autoinformada de las entrevistas puede estar sujeta a la deseabilidad social o a la interpretación retrospectiva de las experiencias.

Los hallazgos de este estudio tienen implicaciones importantes para los programas de formación en medicina familiar. Subrayan la necesidad de incorporar de manera más explícita y estructurada el entrenamiento en habilidades de comunicación para el manejo de pacientes difíciles, así como estrategias para la gestión emocional y el autocuidado del residente. La creación de espacios seguros para la reflexión y sesiones de retroalimentación de estas experiencias podría ser beneficiosa.

Se recomienda la realización de más investigaciones en el contexto paraguayo, posiblemente con metodologías mixtas o muestras más amplias, para validar y expandir estos hallazgos. Explorar la perspectiva de los pacientes y de los tutores sobre estas interacciones podría ofrecer una visión más completa del fenómeno. El desarrollo

y evaluación de intervenciones específicas para apoyar a los residentes en el manejo de pacientes difíciles y en la promoción de su bienestar emocional es una línea de investigación prioritaria.

En conclusión, los médicos residentes del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad Nacional de Asunción identifican a los «pacientes difíciles» a través de características como la alta frecuentación, la desconfianza y las demandas excesivas. Estas interacciones generan predominantemente emociones negativas como frustración, enojo e impotencia. Para afrontar estas situaciones, los residentes emplean estrategias como mantener la calma, la escucha activa, el diálogo y la negociación. A pesar de los desafíos emocionales, estas experiencias son valoradas como oportunidades significativas de aprendizaje y crecimiento profesional. Este estudio resalta la importancia de reconocer el impacto de estos encuentros en los médicos en formación y la necesidad de desarrollar estrategias de apoyo y formación continua para mejorar la calidad de la atención y el bienestar tanto del paciente como del profesional.

## RECONOCIMIENTOS

El presente estudio fue realizado como parte del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, bajo la supervisión del Prof. Dr. Andrés Szwako. El texto original ha sido modificado para adaptarse a los requerimientos editoriales de la presente publicación, manteniendo la integridad y el propósito del estudio original. La investigación no recibió financiamiento externo. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS

1. De Mestral E, Szwako A. Manual de medicina familiar. Asunción, Paraguay: EFACIM, Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción; 2018.
2. Kopitowski K, Durante E, Villalón G. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Carrete P, editor. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2016.
3. Familia y Salud. ¿Qué es un médico residente? [Internet]. [Lugar desconocido]: AEPap; 2022 [citado 2024 Ene 10].
4. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid: RAE; 2023 [citado 2024 Ene 10].
5. UNICEF. ¿Cómo reconocer nuestras emociones? [Internet]. [Lugar desconocido]: UNICEF; [fecha desconocida; citado 2024 Ene 10].
6. Ágreda J, Yanguas E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. An Sist Sanit Navar. 2001;24(Supl 2):47-53.
7. Méndez VJC, Carvajal EF, Medel SP. Pacientes difíciles o relaciones difíciles en psiquiatría: un estudio de casos y controles. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. 2017 [citado 2024 Ene 10];55(3):179-85.
8. Loayssa JR. Pacientes difíciles. Una situación habitual en la consulta. DocTutor [Internet]. [Fecha desconocida; citado 2024 Ene 10].
9. Jackson JL, Murphy MG, Fletcher KE. The difficult inpatient: a qualitative study of physician perspectives. J Gen Intern Med. 2014;29(7):1000-6.
10. Khazen M, Shalev L, Golan-Cohen A, Davidovitch N, Feder-Bubis P. Responsibility for follow-up of medical recommendations in primary care and challenging patients: The perspective of physicians, nurses, pharmacists and administrative staff. Patient Educ Couns. 2024;119:108083.

11. Mas Garriga X, Cruz Doménech JM, Fañanás Lanau N, Allué Buil A, Casas R, Viñas Vidal IZ. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. Aten Primaria. 2003;31(6):366-74.
12. Fernández R, Menéndez M, Fernández MJ, Pérez M, Novo J, Álvarez MÁ. Encuentros difíciles en atención primaria: una perspectiva multifocal. SEMERGEN. 2014;40(8):431-7.
13. Matos Hernández EC, Fuentes González HC, Montoya Rivera J, de Quesada Varona JO. Didáctica: lógica de investigación y construcción del texto científico. Barranquilla: Ediciones Universidad Libre; 2005.
14. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas [Internet]. 2010 [citado 2024 Ene 10];(22):121-57.
15. Silvero RA, Aranda GR, Cristaldo R, Recalde ME, Arias R, Presentado D, et al. Actitud de residentes de urgencias hacia la relación médico-paciente en el Hospital de Clínicas-Asunción, Paraguay. Rev Fac Cien Med (Asunción). 2015;72(1):23-8.
16. Luz Bascuñán Ra M. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. Rev Méd Chile. 2005;133(1):11-6.
17. Bosch Fontcuberta JM. Encuentros difíciles médico-paciente: ¿un problema inevitable? Aten Primaria. 2009;41(1):15-7.