

El paciente difícil.

Cherjovsky, R.¹

*¹Director de la Maestría en Cicatrización de Heridas de la Universidad Abierta Interamericana
Ex decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Abierta Interamericana*

*Decano Emérito de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud UAI
Magister en Educación Médica - Cirujano torácico - Cirujano vascular
Miembro de la AIACH.*

INTRODUCCIÓN

El paciente difícil ha sido definido de múltiples maneras por quienes se han dedicado a este también “difícil” tema de la atención médica.

Según O’Dowd: “Es un grupo heterogéneo de pacientes, frecuentemente afectados de enfermedades relevantes, cuyo único rasgo común es la capacidad de producir distrés en el médico y en el equipo que los atienden”. Otra definición más coloquial es la de Ellis: “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”¹.

En otro sentido, es interesante considerar una frase de Freud “No me gustaban esos pacientes... Me hicieron enojar y me sentí irritado al experimentarlos, ya que parecían tan distantes de mí mismo y de todo lo que es humano. Esta es una intolerancia asombrosa que me señala como un pobre psiquiatra”², en la que rescata el rol del médico en

lo que respecta a la aceptación del paciente tal como el paciente es y en su formación para contenerlo y atenderlo. Hall³ considera interesante estudiar no sólo las condiciones de un paciente difícil sino también del profesional que lo atiende y, como consecuencia de ello propone cambiar la terminología de “paciente difícil” por “encuentros o relaciones dificultosas”

En lo que nos concierne, el paciente con una herida crónica suele ser “un paciente difícil”, específicamente cuando, pese a lo largo de su padecimiento, somos consultados por él por primera vez. Se considera que en la consulta habitual, uno de cada seis pacientes suele ser difícil⁴.

El objetivo de este trabajo es tratar de discernir por qué el paciente es difícil, poder hacer un diagnóstico lo más cercano posible a la realidad sobre qué es lo que lo hace “difícil” para poder encarar la consulta de manera tal que quien nos está consultando deje de serlo.

Para poder acercarnos a estos objetivos debemos preguntarnos en primera instancia ¿por qué determinado paciente es difícil? Algunos lo son por su padecimiento, otros por su difícil diagnóstico, por su medio ambiente o familiar, algunos por su cobertura de salud, otros por la dificultad en lograr una relación empática y también porque... “*son o somos difíciles*”. En la literatura existen intentos de clasificación de los pacientes según el tipo o modelo que origina su dificultad.

Quienes sufren padecimientos crónicos y frecuentemente recidivantes como el linfedema o la úlcera de miembros inferiores son pacientes difíciles por un conjunto de factores que inciden psico-socialmente sobre su salud y su vida. Más cuando han visitado numerosos centros de atención y prestadores de salud sin una solución aceptable para sus problemas.

Su padecimiento suele ser una causa primordial en su forma de comportarse porque le modifica su imagen corporal (por deformación o por cambios en la postura) o social (dolor, secreciones, fetidez de la herida). Como consecuencia de la cronicidad antes mencionada y de las alteraciones referidas considera alterada su vida social, laboral, psicológica y espiritual.

Por otra parte, muchos de estos pacientes sufren por una posición socioeconómi-

ca deficiente que conspira contra el cumplimiento de las opciones terapéuticas necesarias para su mejoría o curación, su entorno familiar no siempre colabora o se ha agotado por la cronicidad del proceso y los magros resultados de tratamiento o consultas anteriores, o por ineficiencias del sistema sanitario en cuanto a la calidad y calidez de la atención.

Otras veces influyen en una problemática relación médico paciente, barreras sociales, culturales o comunicacionales; también creencias u opiniones divergentes entre ambos. La toma de decisiones en cómo llevar adelante la consulta ante un paciente difícil genera en el equipo de salud una incertidumbre en la toma de decisiones.

La toma de decisiones en la medicina ha sido definida como “*La ciencia de la incertidumbre*”. William Osler⁵ opinaba que “*La medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad*”. El tema que estamos tratando genera en los integrantes del equipo de salud una importante incertidumbre en cuanto al manejo de la relación médico paciente.

Es importante conocer las habilidades con que debe contar el profesional para sobrellevar la incertidumbre. En la figura siguiente un esquema nos puede ayudar al tratamiento del tema:

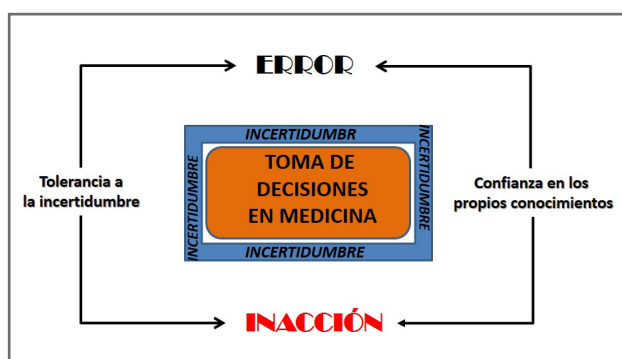


Figura 1. Toma de decisiones en medicina.

Existen dos elementos fundamentales para poder tomar decisiones adecuadas y son, por un lado contar con un nivel importante de tolerancia a la incertidumbre; por otro entender que tenemos la confianza necesaria en nuestros conocimientos sobre la relación médico paciente/familia y las lesiones a tratar. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que un exceso en la tolerancia a la incertidumbre y/o en la profundidad de nuestros conocimientos nos puede llevar, por falta de una consulta o de una búsqueda bibliográfica, al error en nuestra decisión. En sentido contrario, escasa tolerancia o nivel de conocimientos nos puede sumir en la inacción, generando cualquiera de las dos situaciones una atención deficitaria para los pacientes.

LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DIFÍCIL:

Obviamente, para las decisiones ante un paciente difícil es primordial hacer un diagnóstico, lo más certero posible, sobre cuál es la modalidad de la respuesta del paciente que nos consulta ante nuestras preguntas,

propuestas o gestos. El paciente “no difícil” generalmente responde con actitudes o palabras que transmiten su aceptación, expresa su interés en colaborar o afrontamiento de la realidad y de las necesidades de cumplir con determinadas consignas o tratamientos; el “difícil” suele hacerlo manifestando negación, auto conmisericordia o descreimiento en los resultados⁶. Las distintas modalidades en que se expresa o comporta un paciente difícil han sido reseñados por diversos estudios⁷.

CÓMO ENCARARLO:

Una vez que decidimos encarar como difícil la relación inicial con el paciente es necesario tratar de discernir si la causa de la dificultad en la relación es generada por el propio paciente o si tienen predominio en la situación las circunstancias en que él se desenvuelve. Estas circunstancias pueden ser una situación socioeconómica deficitaria que limita o impide su aceptación o cumplimiento de las medidas u opciones terapéuticas que indicamos, un nivel cultural muy bajo, un entorno laboral en el que está acostumbrado a que es él quien lidera y toma las decisiones, una relación íntima, social o familiar problemática, experiencias previas negativas con el sistema sanitario o los profesionales que lo atendieron en cuanto a sus padecimientos, la cronicidad o recidivas de la lesión u opiniones en contra de las ideas que exponemos en esta primera consulta.

Realizado un diagnóstico tendiente a poder abordar en forma relativamente adecuada la consulta el objetivo es lograr una relación médico paciente y familia empática y positiva. Para esto es necesario evitar el inicio de la buena (o aceptable) relación "culpando" al paciente y/o familia por el inicio del padecimiento, por su cronificación o por los fracasos ante los intentos reiterados de curación. También es imprescindible enfrentar a la familia cuando intenta "victimizar" al paciente haciéndolo responsable de los fracasos con los tratamientos realizados.

EL INTERROGATORIO:

Logrado un ambiente coloquial que permita comenzar con el interrogatorio es trascendente en el caso de las heridas crónicas y siendo que con nosotros es su primera consulta, pero atendiendo a que ya ha sido atendido por otros colegas, centrarse en la molestia que genera esta nueva consulta con un nuevo especialista. La etiología de la úlcera pasa a segundo plano ante la causa de su malestar actual. Cuáles son los motivos que ocasionan la necesidad de una nueva y distinta consulta: generalmente dolor, secreción aumentada o supuración, mal olor, edema. Es necesaria una escucha activa del presente del paciente manifestando interés mediante el lenguaje oral, postural y gestual, sin contradecir (en esta instancia) los dichos o actitudes del paciente o su familia u opiniones previas vertidas por otros colegas. Asimismo

es de utilidad manifestar una cierta y lógica preocupación por lo manifestado por el paciente acerca de su sufrimiento y durante el examen semiológico de las lesiones.

LAS INDICACIONES DEL TRATAMIENTO

Llegado el momento de indicar el tratamiento el planteo debe sencillo, claro, manifestando una postura segura en nuestras indicaciones, lo que seguramente permitirá lograr la colaboración del paciente y eventualmente de su familia.

Antes de hacer las indicaciones, es necesario dejar bien en claro que el padecimiento de nuestro paciente es una enfermedad crónica, potencialmente recidivante, de tratamiento prolongado. Por lo tanto, debemos comenzar por mejorar su calidad de vida y los factores contraproducentes con nuestros objetivos para más tarde ocuparnos de la solución definitiva del problema.

EL SEGUIMIENTO:

Aquí no terminan los problemas con la atención del "paciente difícil". Estos pacientes tienen comportamientos complejos luego de la primera consulta: suelen presentar mayor solicitud de consultas que otros pacientes, lo que acarrea nuevos estudios complementarios, derivaciones a otros especialistas y, obviamente mayores gastos, suelen sentirse insatisfechos por los resultados o la atención, cuando se hacen presentes para ser asistidos inciden negativamente en los integrantes del equi-

El paciente difícil.

po de salud, refieren en forma compleja los problemas que (probablemente solo ellos) perciben que los aquejan; por último, su entorno que debería generar una contención social y espiritual habitualmente se ha agotado, es insuficiente o poco adecuado.

Otros inconvenientes en la continuidad de la atención están representados por rechazos o faltas en la adhesión a las indicaciones terapéuticas realizadas, tales como la no aceptación de los cambios sugeridos en diferentes aspectos de sus hábitos de vida, no respetar las indicaciones para el manejo de la herida en lo que se refiere a la importancia en la forma de aplicar los vendajes, la frecuencia de las curaciones, el lavado de manos antes de realizar las curaciones, el lavado de la herida, la protección de la piel circundante, el uso de apósitos indicados y su periodicidad para el recambio, etc.

FACTORES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN AL PACIENTE:

El profesional el equipo de salud y el entorno dispuesto para la atención, tienen incidencia en el paciente y en su carácter de "difícil". No es infrecuente que nuestros quehaceres múltiples nos lleven a actuar con cierta prisa en la consulta; que un estrés de tipo laboral sumado a un temperamento propio peculiar nos genere actitudes impropias en la comunicación y una relación negativa con algunos pacientes. Estas actitudes pueden variar o coincidir con otras: Ex-

cesos en los pedidos de exámenes complementarios o indicación de medicamentos, ansiedad durante la consulta, dudas en la toma de decisiones y exponiendo diferentes excusas para tomarlas, o exhibir sus antecedentes y conocimientos como soporte de sus decisiones e indicaciones. Entre estas condiciones sobresalen en el camino para el éxito en la consulta la empatía, la calidad de la comunicación y el contenido ético en las actitudes del profesional, guardando la distancia emocional necesaria⁹.

El entorno en que se realiza la atención, desde la recepción del paciente, el recinto para la espera o los ámbitos para la atención propiamente dicha pueden ser un causal de deficiente relación con los pacientes, ya sea porque existen fallas en lo organizativo (por ejemplo en la fecha y hora para la consulta), esperas prolongadas para el comienzo de la atención, reiteradas interrupciones en la consulta o irrupciones de otras personas durante la misma, etc.

EL PACIENTE AGRESIVO

La relación con un paciente agresivo puede ser más dificultosa y puede migrar desde la sana intención original (como hemos tratado previamente) de comprenderlo y pacientemente tranquilizarlo, hasta sugerirle que dada su forma de actuar convendría que consulte a otro especialista o pedir la colaboración de quien pueda manejarlo eficientemente desde el punto de vista psi-

cológico. Como vimos al tratar de la toma de decisiones, la consulta oportuna es una ayuda para evitar errores de conducta.

Intentar tranquilizar al paciente es nuestro objetivo inicial, no siempre logrado, aunque si logramos el objetivo es posible que se transforme en uno de nuestros pacientes agradecidos. Para obtener resultados favorables y al comienzo de la consulta, cuando la hostilidad no es demasiado manifiesta, es importante dilucidar acerca de cuál es la razón de que lo percibamos como agresivo.

Si la hostilidad es manifiesta no es adecuado tratar de tranquilizar al paciente con razones, palabras o consejos. Es preferible un gesto que signifique que uno se preocupa por el paciente y ofrecerle un asiento, un vaso de agua, un café o un té y hasta que parezca que se ha tranquilizado no es conveniente tratar temas de su consulta o enfermedad. Cuando consideremos logrado el clima de tranquilidad esperado, es el momento de iniciar la consulta como con cualquier otro paciente sin las dificultades señaladas¹⁰.

CONCLUSIONES

El "paciente difícil" es relativamente frecuente en la consulta por heridas crónicas. Los motivos de su forma de actuar se centran en un triángulo conformado por el paciente y su entorno familiar el médico y equipo que lo atiende y el sistema de salud que

lo cubre. EL paciente puede presentar distintos modelos que lo caracterizarán como difícil, pero también el equipo de salud puede tener responsabilidades en la mala relación así como fallas en el sistema sanitario.

Dada la incertidumbre que genera una consulta que comienza con una deficiente relación entre paciente (y o familia) y equipo de salud es responsabilidad de este último tener las competencias necesarias para abordar la consulta en forma que, lentamente se transforme en satisfactoria y permita la atención correcta y útil del paciente.✍

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Garriga XM, Cruz Doménech J.M., Fañanás Lanau N., Allué Buil A., Zamora Casas I y. Viñas Vida R. "Pacientes de trato difícil en atención primaria, una aproximación cuantitativa y cualitativa" *Aten Primaria* 2003;31(4):214-21
- 2 Klugman B. "The difficult patient" Disponible en file:///C:/Users/Usuario/Documents/EL%20PACIENTE%20DIFÍCIL/e2-the-difficult-patient.pdf
- 3 Hall JA. "Some observations on provider-patient communication research". *Patient Educ Couns* 2003; 50:9-12.
- 4 Smith S. "Dealing with the difficult patient". *Postgrad Med J* 1995;1:633-57.
- 5 Loayssa Lara JR., Tandeterb H. "Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas". *Aten Primaria* 2001;28 (8):560-564.
- 6 Steinmetz D, Tabenkin H. The "difficult patient" as perceived by family physicians. *Family Practice* 2001;18:495-500.
- 7 Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer ON. Management of the Difficult Patient. *Am Fam Physician*. 2005 Nov 15;72(10):2063-2068.
- 8 Serour M, OthmanH A, Khalifah GA. "Difficult Patients or Difficult Doctors: An Analysis of Problematic Consultations". *Eur J Gen Med* 2009;6(2):87-93.
- 9 Michaelse JJ.. Emotional distance to so-called difficult patients, *Scand J Caring Sci*; 2012; 26:90-97.
- 10 Wilson H. Reflecting on the 'difficult' patient *NZMJ* 2005,118;1-6.