

RELACIÓN
MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA COMO
CONTEXTO DE LA HOSTILIDAD Y
AGRESIVIDAD CONTRA LAS Y LOS MÉDICOS

PACIENTE DIFÍCIL

1 Y UN. 3% DE LOS USUARIOS QUE
SE
ATIENDEN DIARIAMENTE EN LAS
CONSULTAS
Y EL 15% DE LAS SESIONES SE
CONSIDERAN DIFÍCILES



PACIENTES DE TRATO DIFÍCIL

(O'DOWD)

GRUPO HETEROGÉNEO DE PACIENTES, FRECUENTEMENTE AFECTADOS DE ENFERMEDADES RELEVANTES, CUYO ÚNICO RASGO COMÚN ES LA CAPACIDAD DE PRODUCIR DISTRÉS EN EL MÉDICO Y EL EQUIPO QUE LOS ATIENDEN.

PACIENTES DE TRATO DIFÍCIL

(MAS ET AL)

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.

PACIENTES DE TRATO DIFÍCIL

(MARTIN, HISHELWOOD, QUINN)

LA PERSONA QUE PROVOCA DE FORMA HABITUAL UNA
SENSACIÓN DE ANGUSTIA O RECHAZO EN EL
PROFESIONAL.

PACIENTES DE TRATO DIFÍCIL

(HAHN, KROENKE, SPITZER, BRODY, WILLIAMS & LINZER)

SON USUARIOS FRECUENTES DE SERVICIOS MÉDICOS, A
VECES PUEDEN SER VIOLENTOS, AGRESIVOS, RUDOS
CON OTROS, DEMANDANTES Y GENERALMENTE ESTÁN
INSATISFECHOS CON EL CUIDADO QUE ELLOS RECIBEN

PACIENTES DE TRATO DIFÍCIL

(KOEKKOEK, HUTSCHEMAEKERS, VAN MEIJEL & SCHENE)

ADEMÁS DE PRESENTAR COMPORTAMIENTOS PROBLEMÁTICOS, NO SON CAPAZ DE CUMPLIR CON UN ROL DE ENFERMO, SIENDO POCO EVIDENTES LOS INTENTOS PARA ESTAR MEJOR Y, A SU VEZ, OBSTRUYENDO LOS ESFUERZOS DE LOS PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN SU RECUPERACIÓN.

“DIFÍCIL”

PODRÍA QUIZÁS NO SER MÁS QUE UNA ESTRATEGIA INVOLUNTARIA DEL PROFESIONAL PARA CONTENER SU PROPIA INCAPACIDAD DE MANEJAR SITUACIONES QUE ESTOS ENFERMOS PLANTEAN.

TIPOS DE PACIENTES DIFÍCILES

(KOEKKOEK, MEIJEL, & HUTSCHEMAEKERS)

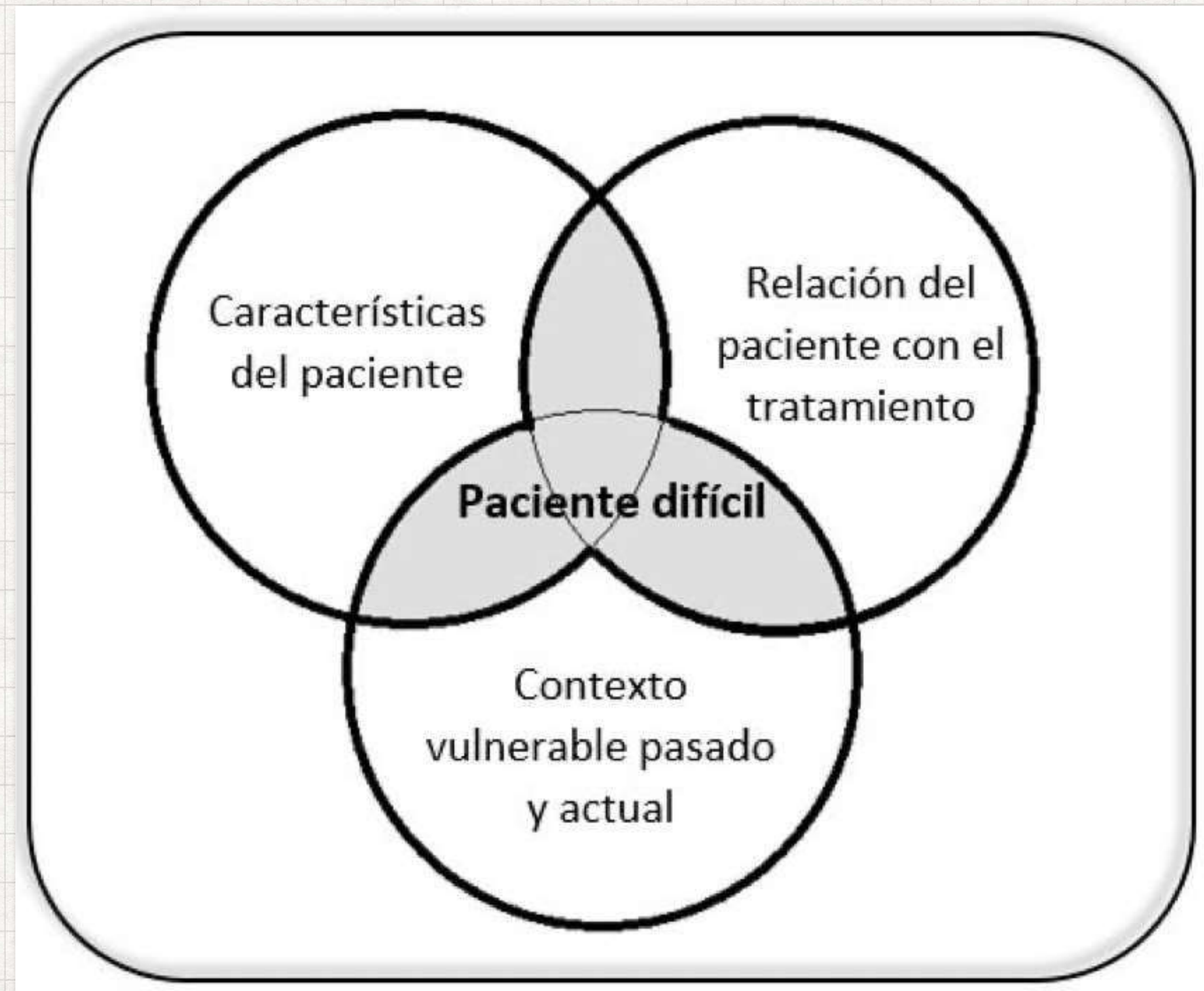
Reacio al cuidado no deseado: considerando a pacientes que evitan el cuidado, pudiendo ser retraídos, difíciles de alcanzar, agresivos, con psicosis o con trastornos de personalidad (A).

Buscador ambivalente de cuidado: el cual se refiere a pacientes solicitantes de cuidado, exigentes, reclamadores, autodestructivos y dependientes, que pueden estar diagnosticados con trastornos de personalidad de inmaduros o inseguros, especialmente trastorno de personalidad borderline.

Reclamador demandante de cuidado: sienten que no necesita atención a largo plazo, pero si necesita algún beneficio a corto plazo que le pueda ofrecer atención relacionado a otros temas como vivienda, medicación o licencias, estando asociado también a diagnósticos de abuso de sustancias y trastornos de personalidad inmaduros, como trastornos de personalidad narcisista o antisocial.

CÓMO EL PACIENTE SE CONVIERTE EN UN PACIENTE PERCIBIDO COMO DIFÍCIL (BRIONES)

- Sistema Público
- **Contexto vulnerable:** presencia de violencia intrafamiliar, bajo nivel educacional, bajo nivel socioeconómico, historial o problemas delictuales.
- **Características de pacientes, demandantes y agresivos**
- **Relación con el tratamiento** el paciente sea resistente, poco constante al tratamiento y que desconozca el funcionamiento del tratamiento, podría generar que el terapeuta los perciba como pacientes difíciles



SERVICIO PÚBLICO Y SU IMPACTO EN LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DIFÍCIL (BRIONES)



UNA SESIÓN /INTERACCIÓN DIFÍCIL

“LOS ENCUENTROS DIFÍCILES PUEDEN SER CONSECUENCIA DE UNA COMBINACIÓN DE FACTORES RELACIONADOS CON EL MÉDICO, EL PACIENTE E INCLUSO LAS CIRCUNSTANCIAS. SE PRECIPITA POR UN DESEQUILIBRIO ENTRE LAS EXPECTATIVAS, LAS PERCEPCIONES Y LA CONDUCTA DEL MÉDICO Y DEL PACIENTE INVOLUCRADO”(HULL SK)

... .. MULTIPLES PATOLOGÍAS, PROBLEMAS SOCIALES COMPLEJOS,
INFORMACIÓN DE INTERNET ENGAÑOSA, SESGO HACIA LA PATOLOGÍA O EL
PACIENTE, INSATISFACCIÓN LABORAL... ..

"ARE YOU LISTENING TO ME, DOC?"

(Anthony C. Berman, Clínica Mayo 2016)

ASPECTOS A EVALUAR EN UNA ENTREVISTA

- **Introducción:** disminuye la ansiedad inicial
- **Contacto visual:** genera cercanía (atento al anotar), "se focaliza en mi"
- **Comunicación No verbal:** gestos, posturas, entrega rapport
- **Escucha:** es la principal causa de discomfort de los pacientes
- **Preguntas:** No para llenar el score, sino para comprender
- **Tiempo:** permitir satisfacer dudas y preguntas
- **Preocupación:** demostrar interés en lo que sucede y la ayuda

ASPECTOS A EVALUAR EN UNA ENTREVISTA

- **Organización:** entrevista debe tener un orden evidente y coherente
- **Recopilación de información:** no todo se logra en una sesión
- **Foco:** interrumpir poco pero sutilmente dirigir
- **Empatía:** capacidad de “comprender” al paciente
- **Conciencia de problemas tácitos:** atento a aspectos no evidentes
- **Cierre:** acogedor, claro en pasos a seguir, lenguaje corporal adecuado

CÓMO MEJORAR LA COMUNICACIÓN

(PiyuSh Ranjan et al)

BARRERAS COMUNICACIONALES

ENTRENAMIENTO INADECUADOS EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN.

INFORMACIÓN INADECUADA AL PACIENTE

ASPECTOS NO VERBALES NO ASERTIVOS

CONOCIMIENTO INADECUADO DE LA ENFERMEDAD Y TTO

LENGUAJE TÉCNICO

ESTRÉS, CANSANCIO, FALTA DE TIEMPO, BURNOUT

CÓMO RESOLVER SITUACIONES DIFÍCILES

PACIENTES DEPENDIENTES

Están molestos con la idea de ser abandonados. Por lo tanto, exigen más del tiempo personal del médico, lo que lo vuelve resentido. Por lo tanto, es esencial mantener una conducta profesional con límites bien establecidos. Muchas veces, es útil involucrar al paciente en la toma de decisiones. Asegúrele que no será abandonado/descuidado y que también se le prestará toda su atención en las visitas posteriores.

PACIENTES EXIGENTES

Agresivos, intimidantes y no quieren pasar por las evaluaciones o el tratamiento escalonados.

El médico debe evitar el enfoque crítico y asegurar con empatía al paciente que obtendrá la mejor atención médica y que no hay necesidad de mostrar ira.

PACIENTES MANIPULADORES

Buscadores de atención que han sido rechazados previamente a menudo vuelven a visitar al médico en ciclos de búsqueda de ayuda/rechazo del tratamiento y no mejoran a pesar de los consejos adecuados.

Creencia de que su salud no puede mejorar, incluso pone en duda al médico sobre su propio diagnóstico y tratamiento.

El médico debe ser empático y escuchar atentamente sus problemas mientras comparte la frustración por los malos resultados. El médico debe reformular el plan de tratamiento con el paciente después de haber fijado límites sobre las expectativas.

PACIENTES AUTODESTRUCTIVOS

Pacientes con ansiedad o depresión subyacentes a menudo no tienen esperanza sobre su dolencia y temen el fracaso del tratamiento.

El problema de salud persiste a pesar del adecuado asesoramiento y manejo.

El paciente continúa con hábitos autodestructivos y el médico se considera ineficaz y responsable de la falta de progreso del paciente.

El médico debe establecer expectativas realistas y reconocer el hecho de que la resolución completa es limitada. El médico debe intentar profundizar en los motivos de la no adherencia al tratamiento

LAS MALAS NOTICIAS

ESTÉ PREPARADO PARA LA ENTREVISTA

Dar malas noticias es una tarea abrumadora , se debe ensayar mentalmente el acto de divulgación y la forma de reaccionar ante las emociones del paciente.

Seguir las habilidades de comunicación clave: mantener la privacidad, sentarse relajado con el paciente, mantener un contacto visual constante y evitar cualquier presión de tiempo e interrupciones, permitir una discusión enfocada y sin distracciones.

Si el paciente desea que alguien más esté con él, permita que el paciente elija entre familiares o amigos.

EVALÚE EL CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD DEL PACIENTE

Al hacer preguntas abiertas, el médico no solo obtiene información sobre la percepción del paciente sobre su problema médico, sino que también tiene la oportunidad de evaluar la preparación del paciente para las malas noticias.

Suele ser acto previo o al inicio de la sesión de malas noticias.

EVALÚE EL DESEO DEL PACIENTE DE OBTENER EL NIVEL DE DETALLES DE LA INFORMACIÓN

Algunos pacientes pueden expresar el deseo de obtener información completa sobre su diagnóstico, pronóstico y detalles de su enfermedad, mientras que otros solo desean tener una idea general.

Esta información facilita que el médico revele la información de acuerdo con el deseo del paciente.

COMUNICACIÓN REAL DE MALAS NOTICIAS

Planificar una agenda con los pacientes que incluya diagnóstico, tratamiento, pronóstico y apoyo o afrontamiento.

Una advertencia inicial puede disminuir el impacto que puede seguir a la divulgación de malas noticias.

El uso de palabras simples y no técnicas, dar información en porciones pequeñas y la evaluación periódica del impacto son algunas de las herramientas de comunicación que pueden ser extremadamente útiles.

ABORDAR LAS EMOCIONES DEL PACIENTE

Reacción emocional del paciente: desde el silencio hasta la incredulidad, el llanto, la negación o la ira.

Es deber del médico apoyar al paciente con una respuesta empática. Acercarse al paciente, tomar las manos y usar declaraciones empáticas ayuda al médico no solo a apoyar al paciente sino también a reconocer su propia tristeza y emoción.

Las respuestas validadoras ayudan al paciente a superar y aceptar la realidad.

A veces, cuando el paciente se vuelve silencioso o lloroso, déle tiempo para que se recupere.

PLAN DE TRATAMIENTO Y RESUMEN

Discutir el plan de tratamiento futuro con los pacientes y/o asistentes involucrándolos en la toma de decisiones.

Aquellos que tienen un plan de acción definido tienen menos probabilidades de ponerse ansiosos o entrar en pánico.

Resumir todas las discusiones al término ayuda a evaluar si el paciente ha entendido los hechos correctamente o no.

RESUMEN

DONEC QUIS NUNC

- Pacientes y situaciones difíciles
- Multifactorial: sujeto, médico, situación
- Comunicación

GRACIAS