

COMENTARIO EDITORIAL

Pacientes de trato difícil: ¿por qué los etiquetamos como tales?

J. Coll Verd

Médico de Familia. Centro de Salud "Coll d'en Rabassa" Ib-salut. Palma de Mallorca. España.

¿No es cierto que, al leer el listado de pacientes antes de empezar la consulta, hacemos una primera clasificación y ponemos en la categoría de pacientes de trato difícil (por no mencionar otras posibles etiquetas más despectivas) a los que suponemos que nos van a dificultar la consulta?

¿Nos paramos a pensar que seguramente estamos condicionando el posterior desarrollo de la consulta, al dejarnos influir por lo que podemos denominar prejuicios, ideas preconcebidas?

¿Dedicamos tiempo a intentar averiguar y analizar las posibles causas de una relación difícil con un paciente que etiquetamos como «difícil»?

¿Verdad que creemos que estos pacientes, en general, están más descontentos con el sistema sanitario y la atención recibida?

Toda relación médico-paciente, en tanto que interacción humana, tiene un contenido emocional inevitable, pero

¿no será que este componente emocional es todavía más potente en la relación con estos pacientes de trato difícil? Si miramos los diferentes criterios de definición de estos pacientes veremos que son dispares, aunque lo que tendrían en común es la capacidad para causar estrés en los profesionales sanitarios que los atienden. En estos tiempos en los que el descontento profesional y *burnout* están más presentes de lo deseable, se podría pensar en estos pacientes de trato difícil como una de las posibles causas, tal como sugieren algunos autores¹.

Es una buena noticia, que desmonta el prejuicio sobre la mayor insatisfacción del paciente de trato difícil, el estudio de Mas et al², en el que no se objetiva esta supuesta mayor insatisfacción de estos pacientes sino que demuestra un buen grado de satisfacción, que incluso supera ligeramente en algunas dimensiones a la obtenida en una muestra de la población general. Bien es cierto que otros estudios sí

Puntos clave

- Los pacientes etiquetados como de trato difícil representan un porcentaje considerable en la consulta diaria.
- Los criterios con los que son incluidos en esta categoría suelen ser en cierta medida subjetivos y con una carga emocional importante.
- Parece ser un prejuicio la idea de que estos pacientes están más descontentos con la atención recibida.
- Intentar profundizar en la comprensión de estos pacientes y de nuestra actitud frente a ellos puede ser un buen medio para disminuir la percepción de dificultad en el trato con ellos.
- Sería más adecuado hablar de «encuentros difíciles», en los que tanto el paciente como el profesional tendrían su parte de responsabilidad.
- Hay estrategias eficaces para modificar nuestras habilidades comunicativas y mejorar de esta forma la capacidad para afrontar este tipo de relaciones.

demuestran una mayor insatisfacción en estos pacientes, aunque con algunas dudas metodológicas. En uno de estos estudios³ se demuestra un mayor descontento de estos pacientes en aspectos tales como las explicaciones recibidas, la percepción de la competencia profesional y el tiempo dedicado en la consulta. ¿Más tiempo? ¿Podrían dejar de ser pacientes de trato difícil si pudiéramos dedicarles más tiempo?

Digamos que con estos pacientes se podría adoptar una actitud nihilista, es decir, considerarlos como una carga inevitable que no queda más remedio que aceptar («cuanto antes y más rápidamente los visite, mejor»), o bien intentar analizar las posibles causas con el fin de diseñar mecanismos para mejorar la relación. Esta última sería una estrategia mucho más adaptativa y posiblemente eficiente, sobre todo teniendo en cuenta que la proporción de este tipo de pacientes en la consulta no es nada desdeñable (entre un 15 y un 30% según diversos autores). Una actitud evaluativa, como señala Blay⁴, nos permite adoptar una serie de medidas de tratamiento de estos pacientes que puede mejorar la relación con ellos, al mismo tiempo que disminuye el desgaste profesional inherente a estas relaciones difíciles. En cualquier caso, esta evaluación no debería ceñirse únicamente al paciente, sino también al propio profesional. No basta con preguntarse: ¿por qué este paciente actúa de esta manera?, sino que también es necesario profundizar en nuestro propio comportamiento (¿por qué adopto esta actitud con este paciente?).

Si hay pacientes de trato difícil, ¿acaso no puede haber también médicos de trato difícil?

Y es que colocar la etiqueta de «difícil» a un paciente podría ser a veces consecuencia de la propia incapacidad del médico para manejar las situaciones que ciertos pacientes plantean. Quizá, como algunos autores aconsejan, sería más idóneo y realista hablar de «encuentros difíciles», más que de pacientes de trato difícil. Serían aquellos casos en los que el paciente o el profesional viven el encuentro con desagrado, por múltiples y diferentes razones que deberían analizarse. Esta evaluación continuada y en ambos sentidos requiere, sin duda, un esfuerzo notable y una gran capacidad de auto-crítica, pero no parece que haya muchas alternativas.

El estudio de Mas et al² seguramente nos hace ver con otros ojos a estos pacientes, al saber que su satisfacción y confianza con nuestros servicios no es menor que con el resto de pacientes.

Tal como comentan los autores, posiblemente un factor que contribuye a esta satisfacción es la continuidad asistencial, a diferencia de otros estudios, en donde se observan visitas realizadas por cualquier profesional, no necesariamente por el propio médico de cabecera.

Así pues, la continuidad desempeñaría un papel importante en el aumento de satisfacción, aunque podríamos preguntarnos si sería simplemente un mecanismo de adaptación mutuo a lo largo del tiempo lo que contribuiría a limar diferencias y dificultades.

Una gran virtud de este estudio es que aborda la perspectiva del paciente en nuestro medio, explorando sus expectativas y satisfacción, y no contempla solamente el punto de vista del profesional, como la mayoría de estudios sobre este tema.

Parece claro que es fundamental obtener más información e intentar una mayor comprensión, tanto del paciente como de nuestros propios mecanismos, al igual que mejorar nuestras habilidades comunicativas, si queremos disminuir la percepción de dificultad en el trato. No es tarea fácil, y sin duda requiere tiempo (ese bien tan escaso), pero seguramente es una buena inversión si consideramos, como ya se ha mencionado, el porcentaje de pacientes a los que colocamos en esta categoría y la carga emocional que usualmente conlleva el trato con ellos.

Bibliografía

1. Powers JS. Patient-physician communication and interaction: a unifying approach to the difficult patient. *South Med J*. 1985;78:445-7.
2. Mas Garriga X, Solé Dalfó M, Licerán Sandandrés 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. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Int Med*. 1999;159:1069-75.
4. Blay Pueyo C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. *FMC*. 1996;3:243-49.