

Trastornos de la personalidad. El paciente “difícil”.

M^a Carmen Jiménez Ávalos*; Noemí del Prado Sánchez**; Elena Panadero Utrilla**; Brígida Higuera Madsen**.

*Psicóloga Clínica. Complejo Hospitalario La Mancha-Centro – Alcázar de San Juan; **PIR .Hospital General de Móstoles.

Este trabajo trata de las dificultades en la relación médico-paciente. Existe la sospecha de que éstas pueden afectar a la eficacia de los cuidados que se proporcionan y pueden venir, de las características del médico, del paciente y/o estar influidas por el entorno donde se prestan los cuidados.

Entre las características más estudiadas de los pacientes difíciles están los patrones de comunicación y la presencia de psicopatología (especialmente la no detectada). Respecto a esto último, señalar que los pacientes psiquiátricos suelen entrar en contacto con el Sistema Sanitario en contextos más médicos que psiquiátricos, que sin la formación psicoterapéutica adecuada se enfrentan a las particulares características de estas personas. Hace tiempo se piensa que los tipos y trastornos de personalidad tienen un papel importante en las dificultades de relación médico-paciente.

Intentaremos describir las características de estos pacientes difíciles y establecer unas pautas para un mejor manejo de la relación terapéutica con ellos.

Palabras clave: relación médico-paciente, trastornos de la personalidad, paciente difícil.

Key words: physician-patient relationship, personality disorder, difficult patient.

Se estima, que entre un 1 y un 3% de los usuarios que se atienden diariamente en las consultas, son catalogados como pacientes difíciles por los diversos profesionales de la salud (1).

En general, se entiende por situaciones difíciles aquellas en las que la relación con el paciente es percibida como problemática por los profesionales de la salud, generando una sensación de incomodidad, tensión e ineficacia en los mismos (2)

Hace tiempo se sospecha que las dificultades en la relación médico-paciente pueden afectar a la eficacia de los cuidados que se practican. Estas dificultades pueden venir, de las características del médico (temperamento, estrés...), del paciente (tipo de patología, personalidad, características sociodemográficas...) y pueden ser influidas por el entorno donde se dan los cuidados (interrupciones, burocracia...) (1).

En este marco, existe la preocupación de que el cuidado del paciente pueda verse perjudicado y los recursos sean mal utilizados porque las reacciones del médico proveedor puedan interferir con un cuidado compasivo y apropiado.

Entre las características más estudiadas de los pacientes difíciles están los patrones de comunicación y la presencia de psicopatología (especialmente la no detectada). La somatización y la hipocondriasis se sabe que también crean frustración y sentimientos negativos en el personal sanitario y se piensa que los tipos y trastornos de personalidad tienen su papel en las dificultades de relación médico-paciente.

Los pacientes psiquiátricos entran en contacto con el sistema de salud en contextos médicos no psiquiátricos, y se ha demostrado que, los proveedores de salud con formación psiquiátrica y psicoterapéutica insuficiente tienden a usar procedimientos diagnósticos costosos y superfluos en pacientes con trastornos psíquicos y a indicar tratamientos biológicos ineficaces. La persistencia del trastorno emocional no diagnosticado conduce a la sobreutilización de los servicios médicos (2)

Existen varios estudios que intentan definir las características concretas de estos pacientes difíciles. Para Schwenk (3) "el paciente más difícil del día" era aquel que presentaba problemas médicos vagos, complejos y ambiguos junto con dificultades interpersonales debido a su estilo comportamental mordaz.

Hanl define al paciente difícil como aquel que: confronta al médico con múltiples y vagas quejas somáticas, excesivas demandas y expectativas, muestra rechazo del modelo médico, falta de adherencia al tratamiento y negligencia en el autocuidado. Estas características se asocian a síntomas del estado de ánimo, ansiedad y trastornos somatoformes (intestino irritable, migraña, dolor) y estilos de personalidad problemáticos. Por estas razones, la interacción con estos pacientes resulta frustrante, emocionalmente agotadora y causa sensación de pérdida de tiempo (3).

Otros entienden que los pacientes con personalidad difícil son aquellos que consultan repetidamente, mostrando síntomas físicos inexplicables; presentan una conducta agresiva, incluyendo amenazas de autolesiones; relaciones intensas y superficiales; síntomas emocionales (ansiedad, depresión...) y conducta impulsiva y amenazante. Suelen tener, además, problemas sociales y, frecuentemente, consultan durante las crisis pero suelen abandonar el seguimiento (2).

Aunque las definiciones son distintas, puede afirmarse que este tipo de pacientes, como conjunto, comparten ciertas características: suelen ser frequentadores considerables; acostumbran a sentirse insatisfechos de los servicios que reciben; su presencia se siente negativamente en el conjunto del equipo de salud; suelen presentar más problemas de salud crónicos que otros pacientes de igual sexo y edad; suelen generar mayor número de exploraciones complementarias, derivaciones a especialistas y gasto en prescripción; presentan sus problemas (crónicos y agudos) de forma más compleja, inusual y variada; sus sistemas de apoyo social (familia, trabajo, relaciones, etc.) son escasos o, en todo caso, conflictivos (1).

La clave parece estar en que, mientras la mayor parte de clínicos son capaces de tolerar y manejar somatización, la patología psiquiátrica moderada del eje I o la patología de personalidad cuando estos ocurren solos, la combinación de estas características parece ser sumamente molesta al profesional sanitario. La reacción emocional a esta combinación puede ser bastante fuerte como para excluir la capacidad de entender o tratar el comportamiento del paciente de una manera reflexiva, analítica o compasiva (3).

Manejo de la relación terapéutica.

Como señalan Ágreda y Yanguas (1), los pacientes pueden despertar los profesionales de la salud emociones que, a veces, pueden ser realmente intensas. Tales emociones influyen en la objetividad, y por tanto, en su actitud y capacidad diagnóstica y terapéutica, lo que tiene su efecto en el resultado de su labor profesional. Obviar esta realidad universal puede hacer que el profesional se sienta solo, culpable, avergonzado, frustrado o resentido. No se trata de querer evitar sentir tales emociones, sino de ser conscientes de su existencia y aceptarlas como justificables o comprensibles. Sólo a partir de entonces se podrá analizar y, por tanto, tratar de mejorar la situación. El profesional debe tener claro que, ante todo, sus sentimientos y su actitud hacia el paciente debe ser positiva, es decir, debe siempre basarse en el trato respetuoso, digno, amable y bien intencionado. Si el profesional no consigue orientarse en esa dirección, es preferible que transfiera el cuidado del enfermo a otro colega.

Los problemas en la relación terapéutica se manejan especificando los mismos, detectando las cogniciones que están en la base. Un aspecto relevante en el manejo de la cognición global y divagadora que suelen presentar es la introducción en la consulta del enfoque de resolución de problemas.

Es habitual que el paciente divague en las consultas sobre diversos temas. El profesional debe evitar la lucha de poder sobre este asunto, usando preguntas sobre el balance de ventajas-desventajas de esta actitud, y pasando la responsabilidad al paciente de como usa su tiempo de consulta.

El profesor J. Pablo Jiménez (2) nos aporta unas "reglas para sobrevivir a situaciones difíciles":

1. No hacernos responsables de cosas que escapan a nuestro control

2. Hacernos cargo de nosotros mismos, cuidarnos, sino no podremos hacernos cargo de nadie
3. Es más fácil prevenir que curar. Evitar caer en situaciones difíciles.
4. Si nos molestamos o nos enfadamos, conectar con lo que nos está pasando, contestando a 3 preguntas: que estoy sintiendo, que quiero, que puedo hacer
5. Pedir apoyo cuando lo necesitemos y permitir a los demás sentir lo que están sintiendo.
6. En una situación difícil hay cuatro opciones: abandonarla, cambiarla, aceptarla o recontextualizarla (intentar esto último)
7. Si nunca nos equivocamos, nunca aprendemos
8. Si una situación se convirtió en difícil y no pudimos hacer nada al respecto, entonces examinarla posteriormente y considerar que podríamos hacer una próxima vez para evitar ese mal desenlace
9. Sólo podemos tomar decisiones con la información que en ese momento tenemos. Si no basta, tratar de ganar tiempo para reunir más.
10. La vida no es justa, pero tampoco es una contienda. Lo mejor se logra de la colaboración y no del triunfo sobre los otros.
11. Debemos partir de donde el paciente está, y él está en el único lugar al que ha podido llegar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ágreda, J. y Yanguas, E. El paciente difícil, quién es y cómo manejarlo. An Sist Sanit Navar [revista electrónica]. 2001; 24 Suppl 2: 65-72. Disponible en: URL: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple8a.html>
2. Jiménez, J. P. "El manejo de pacientes "difíciles". La consulta por problemas emocionales en Atención Primaria". IV Congreso Nacional de Médicos de Atención Primaria 29, 30 y 31 de diciembre 2007. Santiago de Chile. Módulo Salud Mental. Disponible en <http://www.medicosaps.cl/IV%20Congreso%20Nacional%20M%20E9dicos%20APS/M%F3dulo%20Salud%20Mental/La%20consulta%20por%20problemas%20emocionales%20en%20la%20Atenci%F3n.pdf>:
3. Hanl, S. R., Thompson, K. S., Wills, T. A., Stern, V., Budner, N. S. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. J Clin Epidemiol 1994; 47 (6): 647-657.