

Situaciones difíciles

Todo medico ha tenido o tendrá que enfrentarse a situaciones difíciles o complicadas. Situaciones que ponen a prueba todas nuestras habilidades comunicacionales, donde surgen emociones y donde una situación que debería de ser puramente clínica pasa al terreno de los sentimientos. Otras veces sencillamente, no hemos encontrado las palabras adecuadas a determinadas situaciones o bien no sabíamos como resolver determinadas entrevistas

Es cierto que hay situaciones que son intrínsecamente difíciles, como pueden ser:

Comunicar una mala noticia.

Paciente que no esta de acuerdo con nuestra opinión (tanto en el diagnostico como en el seguimiento y/o tratamiento).

Paciente que acude con un acompañante intrusivo. (que suele hablar por el paciente, que a veces nos indica lo que debemos de hacer o lo que le debemos de decir etc)

Entrevistas múltiples donde todo el mundo opina.

Afrontamiento del error (real o atribuido)

Entrevistas con adolescentes.

Pacientes agresivos o con trastorno mental etc

Para algunos autores (7) las causas de los encuentros difíciles hay que buscarla en tres causas principales. Resultados no deseados, Inflexibilidad y expectativas diferentes.

Ejemplo de la primera causa cuando un paciente nos culpa de su enfermedad o de su mala evolución o de que el tratamiento que se le ha puesto no le ha dado resultado.

Ejemplo de la segunda causa seria el mantenimiento de una actitud según las normas o reglas establecidas sin tener en cuenta las necesidades u opiniones del paciente. Ejemplo de la tercera causa cuando paciente y medico difieren en expectativas con respecto a un determinado problema.

Haciendo un artificio, y olvidándonos de que la comunicación es una interacción,

Y de que realmente la dificultad esta en el encuentro, vamos a intentar analizar cada uno de esos elementos por separado.

Factores relacionados con el paciente.

La relación entre el profesional y sus pacientes es algo más que una mera actuación técnica es una interacción humana, con el contenido emocional que ello conlleva. Este encuentro diario con los pacientes a veces provocan emociones negativas en el medico, algunas de estas emociones han tratado de ser descritas en la literatura con términos como “heartsink” o Black holes en UK “hateful”, “frustrating” “difficult”, “disliked” “problem” en USA si bien en nuestro medio se les denomina mas frecuentemente como pacientes difíciles o problemáticos.

Son esos pacientes que cuando vemos que están en la lista de citados o esperando en la sala de espera nos provocan automáticamente un pensamiento de rechazo “ya esta aquí de nuevo” “y hoy que querrá” “no tendrá otro sitio donde ir”, nos ponen en guardia. Por lo tanto el paciente difícil no lo es tanto por sus características sino por los sentimientos que nos provocan, sentimientos de frustración, de ser manipulados, irritación y a veces de culpabilidad.

Para Anstett (9) la causa de que haya pacientes difíciles estaría mas ligadas a elementos comunicacionales como son: No saber comunicarse adecuadamente con el paciente, No saber averiguar que es lo que desea, no conocer como afronta su enfermedad y no comprender el significado de la enfermedad para el paciente

Se estima que el porcentaje de pacientes difíciles atendidos en la consulta es alrededor de un 1,5 a 3 % de los pacientes, si bien generan más de un 10 -15 % de las consultas, ya que muchos de ellos además son hiperconsultadores.

No existe una tipología específica de paciente difícil, ya que como hemos comentado el problema no esta tanto en el tipo demanda del paciente, sino en la naturaleza del encuentro medico-paciente, si bien se ha observado que hay más posibilidades de calificar a un paciente como problema cuando este presenta:

Problemas de salud mental,

Es hiperconsultador,

Es agresivo,

Presenta problemas de drogas y/o alcoholismo,

Somatizadores,

Pacientes con enfermedad terminal,

Manipulativos,

Pacientes con trastornos de personalidad.

La lista seria tan larga como cada medico quisiera completar, ya que la dificultad depende de la interacción medico-paciente y no solo del paciente.

Como características comunes suelen presentar:

Suelen ser más frequentadores

Acostumbran a estar insatisfechos con los servicios que reciben

Su presencia se siente negativamente en el equipo de salud

Suelen presentar más problemas de salud crónicos que otros pacientes.

Suelen generar mayor número de exploraciones complementarias.

Presentan sus problemas de forma más compleja, inusual y variada en elementos de referencia.

Suelen ser fieles a sus profesionales de referencia.

Sus elementos de soporte social son escasos.

Son personas con locus de control externo, es decir los conflictos que sufren siempre se deben a factores externos como externas son las soluciones que deben orquestarse para solucionarlas.

Groves (11) describía cuatro tipos de pacientes difíciles, que ha sido ampliamente difundido en la literatura pero que tendremos que entender una visión del tema bajo un punto de vista de su formación como psicoanalista y por lo tanto más relacionado con personalidad del paciente. Los tipos de pacientes descritos son: Pasivo dependiente: grandes demandantes, que acuden por problemas mínimos se enganchan fácilmente y nos ven como una fuente inagotable para resolver sus problemas. Exigente agresivo: pacientes que utilizan la intimidación, la devaluación y la culpa para obtener sus deseos, suelen corresponder con personalidades narcisistas. Manipulativo: unas veces se muestra dando pena otras veces como seductor. Los síntomas son su ticket de entrada, mayoritariamente tendrían un trastorno de personalidad borderline. Autodestructivo-negador: Son pacientes profundamente dependientes, que niegan la enfermedad o las posibilidades de tratarla y no suele provocar sentimientos de culpa y de desesperación.

Factores relacionados con el profesional

Plantear la dificultad desde el punto de vista de etiquetar al otro como “paciente difícil”, es dejar todo la responsabilidad de la interacción en el otro, es una conducta que nos conduce al terreno de la culpabilidad y la penalización del otro. Igualmente conduce a estrategias de ganador-perdedor con el consiguiente desgaste que esto conlleva en el profesional.

Para O’Dowd (que acuñó el término de Heart sink), los profesionales necesitamos ayuda ya que “somos parte del problema” (12). La percepción de paciente difícil

también deriva de aspectos del propio médico, su personalidad, su estilo de trabajo, sus habilidades comunicacionales, su sistema de creencias, esto hace que paciente etiquetados como difíciles por un profesional no lo sea para otro. Por lo tanto, porque no decirlo, también hay médicos difíciles.

Cuando se ha intentado conocer sus características se ha encontrado relación más que con la edad con el tiempo de experiencia, así a mayor experiencia menos encuentros difíciles. Se ha objetivado que el porcentaje de pacientes difíciles es mayor entre aquellos médicos con menos habilidades de entrevista y con mayores dificultades para la detección y manejo de los problemas psicosociales y de salud mental. Aquellos médicos con creencias negativas sobre el valor del cuidado de los problemas psicosociales tenían mayor número de encuentros difíciles. De la misma manera que los pacientes atendidos por estos médicos tenían menores niveles de satisfacción con la visita, referían mayor insatisfacción en el cumplimiento de sus expectativas y recurrían a una mayor utilización de los servicios sanitarios. También se ha observado que aquellos médicos que tiene más sobrecarga de trabajo y/o que se sienten más frustrados en su trabajo suelen tener mayor número de encuentros difíciles (10). Estos hallazgos son similares a los observados entre profesionales de enfermería, altos niveles de estrés, inflexibilidad en las normas produce más encuentros difíciles.

Se ha observado una mayor capacidad para la comunicación y mayores habilidades de entrevista por parte de las médicas. (5)

Sin embargo en otros estudios realizados en nuestro país se encuentra que la proporción más alta se produjo cuando médico y paciente fueron mujeres (16.5%), y la más baja cuando ambos fueron varones (11.0%). Tener el médico mayor edad, y otros factores asociados como problemas de salud mental en el médico también condicionan un mayor número de encuentros difíciles.

Sin embargo, el número de visitas que el médico tiene diariamente no correlacionó con la percepción de encuentros difíciles. (13)

Otros aspectos como los condicionantes externos del encuentro como sala de espera, demora etc han sido menos estudiados.

La responsabilidad de la formación médica

La educación médica recibida y basada en un modelo lineal de la enfermedad donde los pacientes son diagnósticos obtenidos de una secuencia de síntomas, el éxito del

encuentro esta en conseguir un diagnostico porque a continuación tendremos su tratamiento y por lo tanto ahí acaba lo que se nos pide (saber diagnosticar y tratar). Este modelo biomédico dificulta la valoración del paciente como persona, todos aquellos aspectos que no son síntomas definidos que orienten a patología orgánica o son ignorados o son menospreciados como algo de salud mental. Son muchos los intentos de llevar a la clase medica la valoración del paciente como persona y no solo como portador de un síntoma o diagnostico, así la dicotomía de los términos ingleses, disease (enfermedad) illness (persona que tiene una enfermedad), el modelo biopsicosocial, la entrevista centrada en el paciente etc. Una de las consecuencias del modelo biomédico es lo que se ha denominado “buen paciente”, este modelo parte de que el paciente es el sujeto de las acciones y/o actividades de un “buen profesional” que ha de poner todas sus habilidades para buscar la curación o mejoría del paciente, por lo tanto este debe de seguir todas sus indicaciones y estar agradecido.

Manejo de las situaciones difíciles.

De entrada no hay formulas mágicas, si son muy diferentes las tipologías de pacientes, va a ser muy difícil tener formulas para todo, si bien en la base de cualquier técnica de abordaje debe de estar una adecuadas técnicas de comunicación que favorezcan la comunicación medico paciente.

Los médicos con escasas habilidades comunicacionales tienen más tendencia a dar respuestas inadecuadas ante las situaciones que se generan con este tipo de pacientes. (Borrel F(8). Este autor considera que las respuestas “naturales” ante este tipo de pacientes serian:

Derivar y pedir pruebas. Esta es la reacción más sencilla pero menos efectiva, el paciente se marcha pero volverá a veces con hallazgos casuales que necesitaran más negociación y más pruebas e incluso con tratamientos inapropiados.

Penalización del paciente. Desplazan su irritación hacia aquellos aspectos supuestamente punibles en el paciente (no adelgaza, no se ha tomado la medicación etc). Actitudes que se toman en la “ilusión” de intimidar al paciente e intentar tener una posición de fuerza ante el paciente, o de dominio de la entrevista.

Aguantar e ir tirando, renunciando a intervenir de manera resolutiva. Esto conduce a actitudes distanciantoras.

Steinmetz (1) encuentra como herramientas más importantes:

- A) El uso de la empatía como habilidad más común y efectiva, la habilidad para empatizar hará el encuentro más fácil.
- B) Escuchar sin juzgar, no interpretar, no hacer juicios, aceptar las palabras del paciente tal como las manifiesta.
- C) Ser paciente y tolerante, ofrecer un marco para sucesivos encuentros, definiendo claramente cuales son las expectativas de dichos encuentros. La paciencia como elemento fundamental que guie nuestra conducta y la paciencia como habito a cultivar e integrar en nuestra forma de trabajar.
- D) Otras herramientas, la confrontación, el uso del humor y la cooperación con la familia del paciente difícil.

Gillete (3) propone Diez habilidades útiles para los médicos en el manejo de l paciente difícil que algo modificadas nos pueden servir de “manual” de conducta.

1. Permita que los pacientes expresen sus sensaciones. Escuche a su paciente, muéstrese empático.
2. Consolide sus habilidades en comunicación. Adapte su forma de dar la información a las necesidades y a la capacidad de cada paciente de absorber la información.
3. Pregunte al paciente qué se está sucediendo en su vida. Pregunte por el curso de los síntomas del paciente en un cierto plazo. Explore las creencias y expectativas del paciente. Las respuestas a este tipo de preguntas pueden darle idea del significado los síntomas para el paciente, así como puede darle pistas sobre lo que está pasando en la vida del paciente. Con frecuencia la respuesta a conductas y actitudes de los pacientes están en sus creencias sobre la salud y/o en sus expectativas con respecto a su problema
4. Intentar no juzgar. Entienda la diferencia entre nuestro sentido común, nuestra visión de las cosas que no tiene porque coincidir con la de los pacientes. Las opiniones de los pacientes son oportunidades para aprender más sobre sus preocupaciones, creencias y necesidades.
5. Intente permanecer tranquilo. Permanezca en control mientras que trabaja con los pacientes que están enojados, presionado, manipulante, seductivos o excesivamente dependientes. Los profesionales fuertes, seguros de sí mismo pueden tolerar tal comportamiento; otros no pueden.
6. Analice sus propias fuerzas y vulnerabilidades. Sepa cuándo fijar límites en las demandas de los pacientes para protegerse contra el quemarse. Saber cuales son las situaciones que nos ponen nervioso o que tipo de paciente nos irrita es el primer paso

para analizar nuestras reacciones e intentar mejorar. Admita que la incertidumbre forma parte de su trabajo.

7. Sea paciente. Los comportamientos problemáticos que usted ve en sus pacientes les ha tomado muchos años aprenderlos como para intentar reconvertirlos en unos minutos.

Los pacientes somatizadores llevan años expresando a través de su cuerpo su malestar psíquico como para que en unos minutos tratemos de hacérselo ver así y de intentar reconvertir sus creencias.

8. Cultive la capacidad para manejarse ante problemas psicosociales.

9. Evite hacer dependientes a sus pacientes. Es malsano para que un paciente que haya terminado dependiente de usted. Hay una dosificación apropiada para la empatía, lo mismo que la hay para la digoxina.

10. Respete a sus pacientes. Proteja el secreto de los pacientes, guarde las promesas y demuestre que usted respeta sus sentimientos.

Bibliografía

1) Steinmetz d, Tabenkin H. The “difficult patient” as perceived by family physicians. Family Practice 2001.: 18,5:495-500

2) Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: Clinical predictors and outcomes. Archives of Internal Medicine; Chicago 1999; 1069-75.

3) Gillette RD. 'Problem Patients': A Fresh Look at an Old Vexation.

<http://www.aafp.org/fpm/20000700/contents.html>

4) Brown J B, Boles M, Mullooly J, Levinson W. Effect of Clinician Communication Skills Training on Patient Satisfaction: A Randomized, Controlled Trial Annals of Internal Medicine 1999; 131: 822-829

5) Van den Brink-Muinen Atie, Bensing J, Kerssens JJ. Gender and Communication Style in General Practice: Differences Between Women's Health Care and Regular Health Care. Med Care 1998; 36:100-106

6) Bartz, Robert MD, MA Beyond the Biopsychosocial Model: New Approaches to Doctor-Patient Interactions. J Family Practice 1999; 48:601-607.

7) Difficult Clinician-Patient Relationships By Maysel Kemp White, Ph.D., and Vaughn F. Keller, Ed.D. Maysel Kemp White, Ph.D., is Associate Director, Education and Research, Bayer Institute for Health Care Communication, West Haven, CT. Vaughn F. Keller, Ed.D., is Lecturer in Medicine, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, and Associate Director, Bayer Institute for Health Care Communication

8) Borrel F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Semfyc ediciones 2003.

9) Ethical Issues in Family Medicine Christie RJ. & Hoffmaster CB. Oxford University Press 1986. Disponible en:

http://www.trainer.org.uk/members/tools/difficult_patients.htm

10) Krebs EE, Garrett JM, Konrad TR. The difficult doctor? Characteristics of physicians who frustration with patients: an analysis of survey data. BMC Health Services Research 2006; 6:128. Disponible en : <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/128>

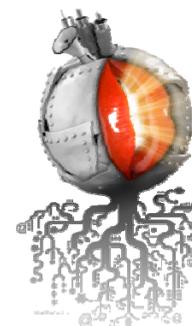
11). Groves JE: Taking care of the hateful patient. N Engl J Med 1978; 298(16):883-7.

12) O'Dowd T. Five years of heartsink patients in general practice. BMJ 1988; 297: 528-530.

13) Rodríguez Bayón A; Bellón Saameño. Factores del profesional y la organización asociados al malestar emocional en los encuentros médico-paciente. Estudio REMEDIO. 2006

Manejo de situaciones conflictivas

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



Sala de espera

Teléfono

Paciente

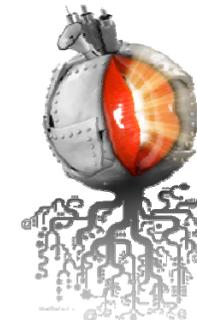


Profesional

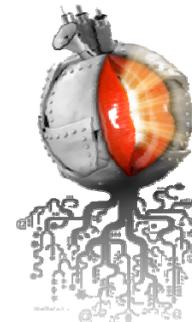
Interrupciones

Urgencias

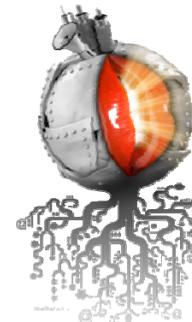
23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



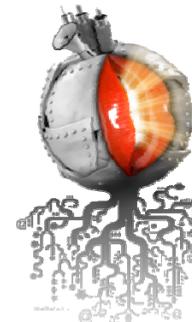
- **Comunicar una mala noticia.**
- **Paciente que no esta de acuerdo con nuestra opinión**
- **Paciente que acude con un acompañante intrusivo.**
- **Entrevistas múltiples donde todo el mundo opina.**



- **Afrontamiento del error (real o atribuido)**
- **Entrevistas con adolescentes.**
- **Pacientes agresivos o con trastorno mental etc**



- **Paciente urgente con agenda saturada y retraso horario.**
- **Avisos domiciliarios injustificados**
- **Discrepancias de opinión con otros profesionales.**
- **Profesionales que no asumen responsabilidades y no son resolutivos**







EMERGENCY
174 KM AHEAD

Sala de espera

Teléfono

Paciente

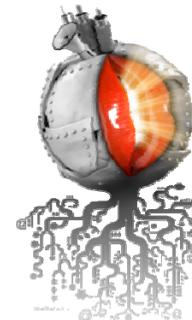


Profesional

Interrupciones

Urgencias

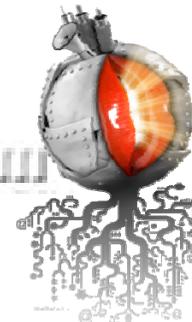
23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



Paciente difícil



23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



Factores relacionados con el paciente

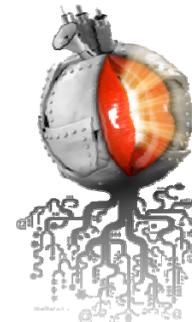
Paciente difícil:

Hateful: Groves 1977. Talking care of the hateful patient NEJM

Heartsink: O'Dowd. Five year of hearsink patient in general practice 1988 BMJ

Black holes, Difficult, Frustrating,

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



Hay dos formas de saber que estamos ante un paciente difícil. Gillette ['Problem Patients': A Fresh Look at an Old Vexation - July/August 2000 Family Practice Management](#)

- **Por los sentimientos que nos provocan**
- **Por la conducta que tienen.**



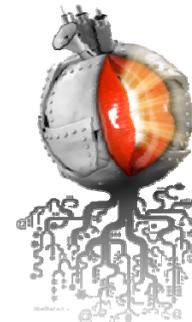
**Suponen entre 1 a 3% de los
pacientes.**

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



- **Presentan trastornos de la personalidad en un 6,4 %**
- **Consumen el 10 % de las consultas.**

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



- No hay un prototipo de paciente difícil**
- La dificultad esta sobre todo en el encuentro**



- **Hiperconsultadores**
- **Problemas de salud mental**
- **Agresivos**
- **Problemas de drogas, alcohol etc**

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



- Somatizadores,
- Pacientes con enfermedad terminal,
- Manipulativos,
- Pacientes con trastornos de personalidad.

Cada medico tendría su lista particular

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL

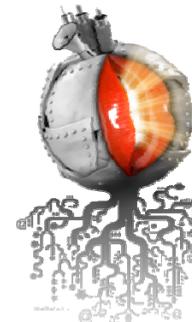
bellón J



- **Dependiente. “Paciente velcro”**
- **Demandante exigente.**
- **Manipulativo**
- **Autodestructivo.**

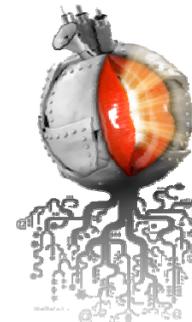
**Groves. Talking care of the hateful patient NEJM
1977**

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



Características comunes

- Suelen ser mas frecuentadores
- Acostumbran a estar insatisfechos con los servicios que reciben
- Su presencia se siente negativamente en el equipo de salud



- **Suelen presentar mas problemas de salud crónicos que otros pacientes.**
- **Suelen generar mayor numero de exploraciones complementarias.**



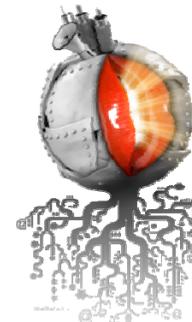
- **Presentan sus problemas de forma mas compleja, inusual y variada en elementos de referencia.**
- **Suelen ser fieles a sus profesionales de referencia.**
- **Sus elementos de soporte social son escasos.**



Si tuviéramos que definir cual es el perfil mas frecuente de paciente difícil seria aquel que: tiene tres o cuatro síntomas psicosomáticos, con depresión moderada y unido a una personalidad “abrasiva”

Hanh SR The difficult doctor-patient relationship: somatizacion, personalidad y psychopatology. J.Clin Epidem 1994

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



Factores relacionados con el medico

- **Los médicos somos parte del problema.**
- **Para O´Dowd A. 1999, los médicos necesitamos ayuda ya que formamos parte del problema.**

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL

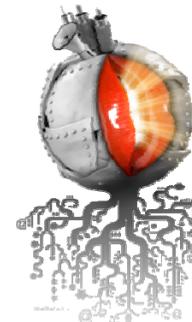


Factores relacionados con el medico

- **Su personalidad**
- **Su estilo de trabajo**
- **Sus habilidades comunicacionales**
- **Su sistema de creencias**

Factores que confluyen en torno a la figura del médico difícil

- La falta de vocación,
- La actitud individualista,
- La situación emocional
- Las relaciones familiares problemáticas



- Persona sin ilusión por su trabajo
- Un profesional insatisfecho
- Falta de reconocimiento
- Profesional quemado.

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



No hay un prototipo de medico difícil

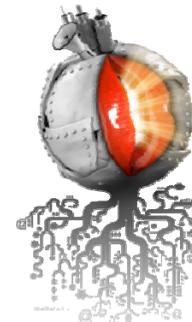
No se ha encontrado relación:

Ni con la edad,

Ni con sexo del medico,

Ni con el tiempo de experiencia

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



Si hay relación con:

Menos habilidades de entrevista

Mayores dificultades para la detección y
manejo de los problemas psicosociales
y de salud mental.

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



Se ha observado una mayor capacidad para la comunicación y mayores habilidades de entrevista por parte de las medicas.

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL

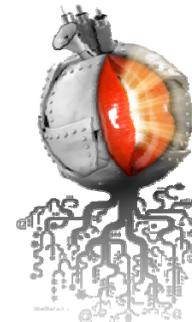


**Modelo biomédico dificulta la
valoración del paciente como persona**

**Mantiene la dicotomía entre
enfermedad, y persona que tiene una
enfermedad**

**Los anglosajones lo diferencian entre
disease e illness**

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



Manejo de situaciones difíciles

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



Conductas inadecuadas mas frecuentes ante el paciente difícil

- **Derivar y pedir pruebas.**
- **Penalización del paciente** (no adelgaza, no se toma la medicación, buscar posición de superioridad)
- **Aguantar e ir tirando.** (los estoicos del sistema)

Borrell F. Las califica como Respuestas naturales realizadas **por profesionales sin entrenamiento en comunicación**

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



Habilidades necesarias

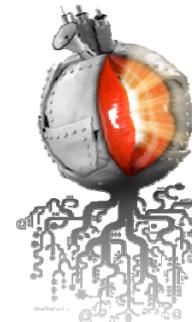
El uso de la empatía

Saber escuchar

Ser paciente y tolerante

Steinmetz D

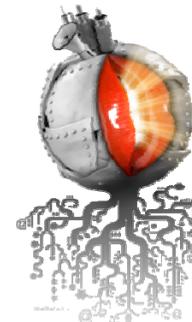
23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



Idea Clave en el manejo de las situaciones difíciles

Paciencia:

- Tener paciencia:
- Ser Paciente:



Secuencia de Habilidades

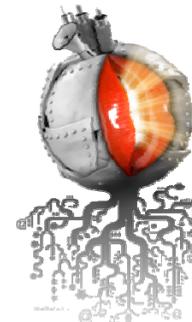
- **1º Saber reconocer que estamos ante una situación difícil. Percepcion de irregularidad-dificultad-El mejor indicador es el sentimiento que nos produce. (contratransferencia,**
O´Dowd 1999
- **2º Cuando notemos que aparecen esas emociones -sentimientos. Para y revisa que esta pasando. “desconecta el piloto automatico”**
F. Borrell (¿De donde nace ese malestar ?)
Si es necesario comienza de nuevo.



3.- Inhibición de la primera respuesta automática. (pensamientos automáticos , pensamientos distorsionados.....)

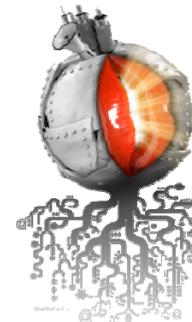
4.-Formularse pregunta reto. ¿Puede llevar razón, puede ser otra cosa distinta, y si.....

5.-Demora la resolución de la entrevista. Date tiempo, la prisa es “amiga” del error



**Decálogo de habilidades básicas en la relación
con el paciente difícil: Gillete RD**

- 1. Prepárese para recibir al paciente.**
Cuidado con los sentimientos enquistados, las expectativas de enfrentamiento y las profecías de autocumplimiento.....
- 2. Permita que los pacientes se expresen.**
Aprenda a escuchar.
Cultiva tu capacidad para la escucha activa



3.- Explore las creencias y expectativas del paciente.

Las opiniones de los pacientes son oportunidades para aprender.

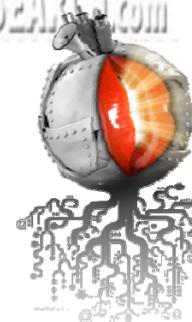


23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL

FOTOS.com

4.- **Intente no juzgar.**

**Nuestro sentido
común y nuestra
visión de las cosas
es solo nuestro.
Evita dar consejos
u opiniones personales.**



5.- Adapte su forma de dar la información a las necesidades y a la capacidad de cada paciente.

(Ancianos.....importante ante la percepción de que estamos ante un trastorno de la personalidad. ...)

6.-. Se necesita tiempo para poder modificar conductas. Sea paciente

(es difícil cambiar conductas.....requiere tiempo ..)



7.- Analiza tus propias fortalezas y vulnerabilidades.

-(Que sentimientos me produce tal paciente, ¿Por qué?).

Muchas veces no podremos cambiar la conducta del paciente, pero la mayoría de las veces si podremos controlar nuestras reacciones

-Algunas batallas no merecen el esfuerzo de la lucha.

Has de poner los ojos en quien eres, procurando conocerte a ti mismo, que es el mas difícil conocimiento que puede imaginarse. (El Quijote).

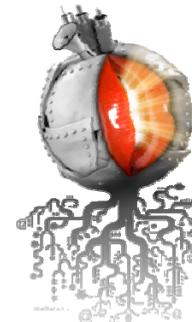
23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



8.- Cultive la capacidad para manejar ante problemas psicosociales.

(manejo de las emociones, manejo de la empatía,
manejo de las ansiedades, las soluciones etc)

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL

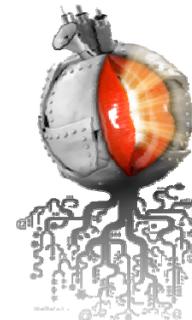


9.- Evite hacer dependientes a sus pacientes.

(ofrézcale alternativas, y soluciones a problemas comunes, dar educación sanitaria, intente dar autonomía)

10.-Respete a sus pacientes.

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



Otros

En la medida de lo posible intentar corregir

Tiempos de espera.
Interrupciones.
Problemas burocráticos.



Tareas posteriores

- **¿Qué tipo de creencias, ideas tengo yo sobre este paciente. ¿Es razonable y lógico?**
- **Esos sentimientos que me produce tienen algo que ver con mi vida.**
- **¿Por qué el paciente se comporta de esa manera?**



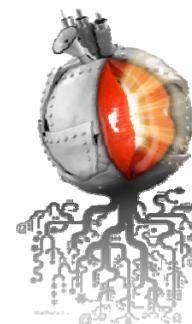
Líneas rojas

- **Rol profesional-Autoestima.** (menosprecio, insultos amenazas....)
- **Limites** (normas, reglas etc)
- **Equipo de salud**
- **Otras**



GRACIAS

23° CONGRESO NACIONAL
DE ENTREVISTA CLÍNICA Y
COMUNICACIÓN ASISTENCIAL



- Iniciar la jornada laboral con el objetivo de ser feliz "a toda costa" e intentar disfrutar del trabajo.
 - Apreciar y disfrutar de las pequeñas satisfacciones que ofrece la vida.
 - No adoptar una actitud pasiva, anticiparse con la acción. Resolver los problemas rápidamente, postergarlos sólo conducirá a pensar en ellos constantemente.
 - Fijarse pequeñas metas alcanzables y realistas.
 - A lo largo de la jornada laboral, conseguir algún minuto para relajarse y pensar en cosas que resulten agradables.

- Desconectar después del trabajo de los problemas del mismo, "establecer las fronteras".
 - Cultivar una buena red personal de amigos.
 - Descansar lo suficiente y llevar una dieta equilibrada.
 - Realizar algún deporte habitualmente.
 - Visitar preventivamente a profesionales especializados si fuese necesario.
- Comisión de Vigilancia y Ayuda al Médico del Colegio de Médicos de Madrid se creó en el 2001