



Taller
ENTREVISTA CLÍNICA:
SITUACIONES COMPLICADAS EN LA
CONSULTA DE PEDIATRÍA.
¿SABEMOS PREVENIRLAS?
¿TIENEN SOLUCIÓN?

Moderadora:

Rosario Dago Elorza
Pediatra, CS Castilla La Nueva, Fuenlabrada, Madrid.

Ponentes/monitoras:

■ **María Luisa Arroba Basanta**
Pediatra, CS El Naranjo, Fuenlabrada, Madrid.

■ **Rosario Dago Elorza**
Pediatra, CS Castilla La Nueva, Fuenlabrada, Madrid.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Arroba Basanta ML, Dago Elorza R. Situaciones complicadas en la consulta de pediatría. ¿Sabemos prevenirlas? ¿Tienen solución? En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 125-31.



Situaciones complicadas en la consulta de pediatría. ¿Sabemos prevenirlas? ¿Tienen solución?

María Luisa Arroba Basanta
Pediatra, CS El Naranjo, Fuenlabrada, Madrid.
mlarroba.gapm09@salud.madrid.org

Rosario Dago Elorza
Pediatra, CS Castilla La Nueva, Fuenlabrada, Madrid.
charo_dago@telefonica.net

OBJETIVOS DEL TALLER

Objetivo general

- Reflexionar e intercambiar experiencias que nos faciliten la adquisición y el mantenimiento de habilidades de comunicación en la consulta de pediatría.

Objetivos específicos

- Reflexionar sobre situaciones difíciles en la consulta diaria.
- Ampliar nuestros recursos y habilidades en el proceso de la entrevista con especial mención a la aproximación negociada o centrada en el paciente.
- Posibilitar a los participantes del taller una conducta sistematizada en las situaciones difíciles, respetando siempre el estilo personal de cada profesional.

RESUMEN

¿Qué se nos pasa por la cabeza en ciertas consultas en las que nuestro interlocutor, ya sea madre, padre o niño, nos pone objeciones, nos

examina o vemos claramente que no está conforme con lo que estamos diciendo? ¿Qué sensación nos produce dicha situación?

No hay ningún trabajo que examine directamente la frecuencia de las relaciones médico-paciente difíciles en la consulta en nuestro medio, pues no es lo mismo una consulta con pacientes cada cinco minutos y con posibilidad de incremento si el paciente lo desea que otra con 4-5 pacientes/hora; sin embargo, estudios sobre la frustración de los médicos con los pacientes "conflictivos" señalan que hasta el 30-40% de las relaciones son calificadas como "difíciles" y altamente frustrantes. Siempre que el tiempo actúa en nuestra contra, tenemos más situaciones catalogadas como difíciles. Dichas situaciones están en gran medida provocadas por nosotros mismos y el agobio con el que trabajamos y en otras por el sistema en el que nos movemos y por el propio paciente y su familia. En pediatría, muchas de las consultas que nos interfieren en gran medida con nuestra actividad son las llamadas "urgencias" o "sin cita". Dichas consultas vienen dadas por la ansiedad que se produce en el cuidado de los hijos y la mayoría de las veces sin patología definida o concreta, algo que a un clínico le produce frustración

Pues bien, debido a la disparidad de situaciones difíciles con que nos encontramos a lo largo de nuestra ca-

rrera profesional, proponemos un análisis de éstas para así poder encontrar la mejor manera de solucionarlas (tabla I).

Partimos del hecho de que todos tenemos ya una forma de entrevistar. Los años de práctica profesional sedimentan un conjunto de conductas y por ello este taller no puede ser esencialmente teórico. El taller pretende ofrecer al participante la posibilidad de ensayar nuevas formas de actuar. Pero, puesto que comunicar es más un acto eminentemente práctico que teórico, el taller se apoya en una técnica de aprendizaje (*rol playing* o representación de papeles), que nos da la oportunidad de reproducir la entrevista clínica de cada día. También podremos ver unos vídeos con algunos de los casos más habituales.

SITUACIONES DIFÍCILES

Situaciones difíciles objetivas

Las que a todos nos incomodan, tomando la definición de difícil que nos da la Real Academia de la Lengua: "Dícese de aquello que requiere inteligencia, habilidad y esfuerzo para hacerlo o entenderlo. También se dice de aquella persona descontentadiza, rebelde o poco tratable". Ejemplos: dar una mala noticia; enfrentarnos a un error de diagnóstico, con o sin consecuencias; una urgen-

Tabla I. Entrevistas difíciles

- Personas "verborreicas", que no paran de hablar o que nos dan instrucciones.
- Padres "insatisfechos".
- Cambio frecuente de pediatra.
- Cuando vienen con un plan determinado "¿No habría que hacer una TAC?"
- Sólo con ver su nombre en la lista, te pone nervioso.
- Agresividad.
- Barrera lingüística, sociocultural.
- El paciente o sus padres no te escuchan.
- El día que te encuentras cansado o de mal humor.
- Enfermos mentales, afectados por emociones externas, hipodemandantes.
- Padres adictos a drogas.
- Pacientes que "te caen mal" y tienes el temor de equivocarte.
- Introversos.
- Hagamos lo que hagamos, parece que nunca "va bien"
- ...

cia médica real en el medio en el que nos movemos (centro de salud); tratar con una familia que no habla nuestro idioma, comunicarnos con diferentes cuidadores...

Situaciones difíciles subjetivas

Son aquellas que no a todo el mundo le resultan incómodas, pero que a nosotros en concreto nos lo parecen. Parte de ellas se deben al entorno en el que nos movemos: un cambio de pediatra dentro del mismo centro de salud debido a diferencias personales irreconciliables y que se manifiestan en nuestra consulta sin estar presente la otra parte; pacientes, nuevos para nosotros, que se nos acercan excesivamente seductores y con una finalidad predeterminada (recetas de privados, etcétera); situaciones o tratamientos ya realizados con los que no estamos de acuerdo; halagos sin venir a cuento durante la entrevista; expectativas del pediatra o de la familia que no se cumplen en la relación, y alguna más que se nos ocurrirá al leer estas líneas.

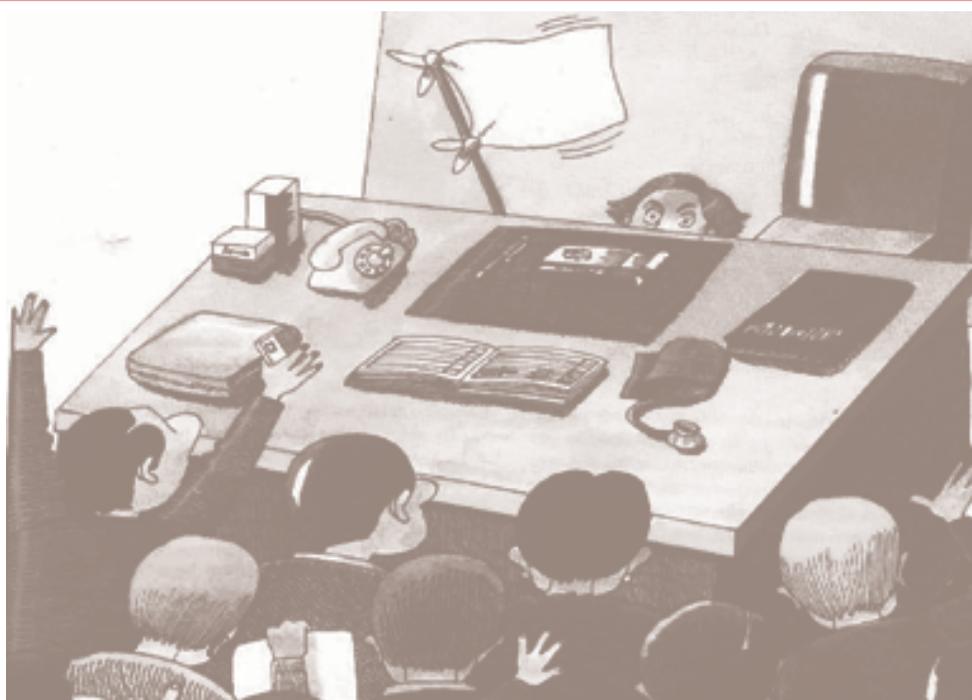
Factores que dependen del paciente o su familia

Por lo general, en nuestras consultas las situaciones difíciles provienen del acompañante. Pueden ser personas agresivas, pacientes psiquiátricos, maleducados o ineducados, pacientes seductores, pacientes "normales" habitualmente que, en un momento dado y por situaciones percibidas como urgentes o importantes, desbarran y nos plantean una situación difícil (situación de derecho), urgencias percibidas como tales, falta de expectativas, trastornos de la personalidad, falta de empatía, etcétera.

Factores que dependen del pediatra

Una mala situación personal, cansancio, falta de tiempo con excesivos pacientes, estrés, presión asistencial alta, modelo autoritario o culpabilizador. ¿Cuántas veces la situación es causada por nosotros mismos y lo reconocemos como tal?

Figura 1. Situaciones difíciles en la consulta.



Factores que dependen del entorno

El entorno o la organización en la que nos encontramos hace que el choque entre el profesional sanitario y el paciente sea más frontal o se minimice debido a las medidas organizativas que se puedan tomar, como, por ejemplo, número máximo de pacientes/tiempo, filtro de las urgencias sentidas, asistencia sin diagnóstico ante una consulta urgente, salas de espera adecuadas a las demandas, etcétera (figura 1).

¿QUÉ PODEMOS HACER?

Los objetivos que nos marcamos en el manejo de las situaciones difíciles son: conservar la autoestima del profesional, procurar mantener la continuidad de la relación médico-paciente de manera satisfactoria, minimizar la medicalización del problema, prevenir errores y el reconocimiento precoz de personalidades difíciles y enfermedades psiquiátricas no diagnosticadas (depresiones, neurosis, psicosis, etcétera).

Cuando la situación se nos escapa y sentimos "que nos han vencido", es por no haber sabido negociar

nuestro interés. Para ello vamos a dar unas nociones sobre negociación en la consulta (tabla II) y unas pautas generales de manejo de situaciones difíciles (tabla III).

PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA AGRESIVIDAD

La agresividad provoca un desgaste tan intenso en el profesional que puede conducir a reacciones depresivas o a la fijación de estilos de trabajo basados en la culpabilización sistemática del consultante o a otras estrategias distanciadoras.

La agresividad es un tipo de respuesta emocional y conducta extrema que surge como reacción secundaria a diferentes emociones: frustración, pérdida de un ser querido, ansiedad, temor a ser menospreciado, etc. Muchas veces basta con que la persona agresiva perciba que deseamos ayudarla sinceramente para que cese su conducta y se convierta en uno de nuestros más incondicionales pacientes. En principio es una respuesta adaptativa normal, pero no siempre sucede así. Cuando los resultados de la agresividad conducen justamente a efectos contrarios de los perseguidos, deberemos convenir en que entonces es

Tabla II. Esquema general de una entrevista clínica

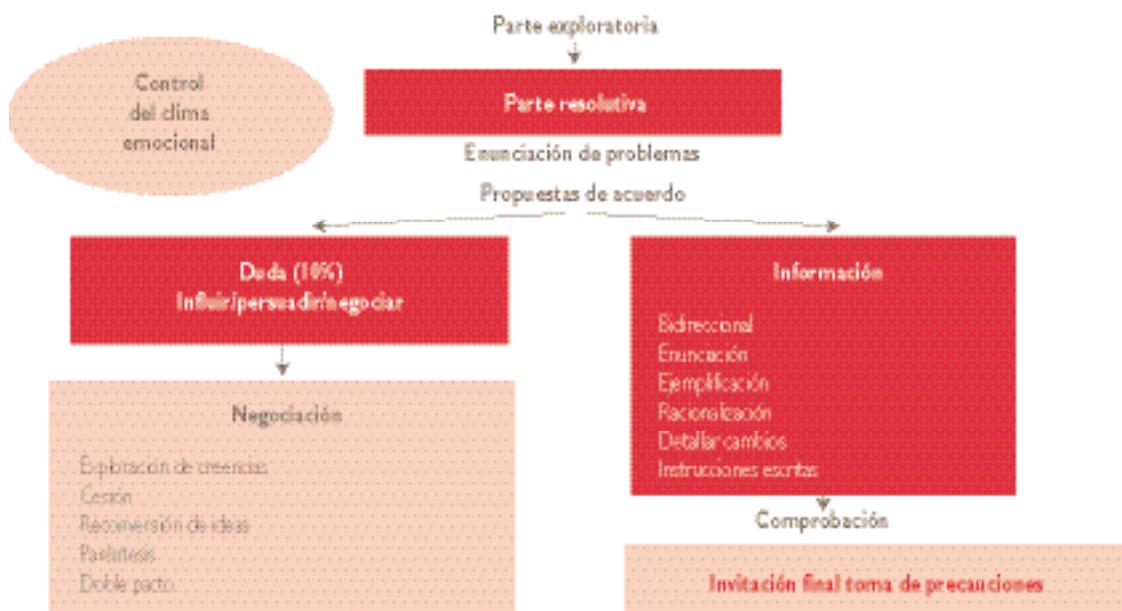


Tabla III. Pautas generales en situaciones difíciles

- Reconocer la situación difícil y aceptar los sentimientos que nos genera.
- Ejercitar la escucha activa y una visión analítica de la relación.
- Mostrar empatía y trato respetuoso.
- Analizar la situación biopsicosocial del paciente y su familia, repasando toda la información disponible. Destacar patología psiquiátrica.
- "Infectividad emocional": contagio de los sentimientos del paciente.
- Minimizar la medicalización.
- Cuidar la autoestima: basar nuestras acciones en criterios científicos.
- Mantener la continuidad asistencial.
- Rechazar la fantasía de establecer una relación perfecta.

una respuesta desadaptativa. Un conductor que se pelea con un guardia civil a punto de ponerle una multa evidentemente consigue la mayor penalización posible.

Todos sabemos que hay personas tranquilas y otras irritables, que se enfadan y discuten con facilidad debido a que en la agresividad influyen diferentes factores que modulan lo que llamamos "umbral de reactividad". Éste es diferente de unas personas a otras, ya que depende, básicamente, del modo de ser de la persona y de las experiencias que se hayan tenido a lo largo de la vida y de cómo hayamos afrontado las situaciones de estrés y de fracaso.

Dentro de la actividad asistencial, vamos a ver qué factores influyen en el estímulo del umbral de reactividad (tabla IV):

- La sensación de urgencia o peligro, es decir, la pérdida de control de la situación.
- La situación emocional que tengamos ligada a acontecimientos vitales.

- Una situación de derecho; por ejemplo, cuando a un paciente le negamos algo que él entiende que es un derecho legítimo.

- La relación previa existente con el paciente y su familia: una palabra áspera de una persona a la que apreciamos puede provocar una reacción de desasosiego, insomnio y malhumor que no se produciría de ser una persona desconocida.

Existen diferentes niveles de agresividad con los que nos encontramos en la consulta:

- Recriminaciones y culpas: "Si usted hubiera hecho...".
- Exigencias: "Deme esta receta".
- Insultos: "Usted es un incompetente".
- Agresión física. Sin comentarios.

Tabla IV. Factores de riesgo

Profesional	Paciente
<ul style="list-style-type: none"> • Estrés • Falta de tiempo • Presión asistencial • Modelo autoritario, técnico o culpabilizador • Situación familiar o personal • Trastorno de personalidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de expectativas • Situación de derecho • Situación clínica de urgencia • Trastorno de personalidad

Abordaje de la agresividad

El objetivo será evitar el desgaste del profesional, ya que, en caso contrario, enturbiaría la relación con los siguientes pacientes, su familia, amigos y él mismo. Comentaremos las técnicas que nos pueden ayudar:

Autocontrol emocional

El objetivo de esta técnica es mantenernos en nuestro clima emocional y no responder con agresividad a la agresividad, aunque momentáneamente nos hayan brotado emociones negativas.

Cuando una persona tiene una emoción fuertemente negativa, no escucha ni está dispuesta al diálogo provechoso, por lo que es inútil razonar nuestra postura o justificar nuestra actuación previa. Por tanto, cuando nos agreden sin nosotros saber la causa, se nos desencadena una reacción emocional negativa inmediata. Ésta no se puede eliminar, pero sí se puede reconocer la emoción negativa antes de que se manifieste en conducta, para lo cual cada uno se dará mensajes diferentes: "Contar hasta diez"; "Debo estar tranquilo, debo estar tranquilo..."; "La agresividad es el recurso de los incompetentes", etc. Después de este breve tiempo, el profesional, sin subir el tono ni perder el respeto y la cordialidad, invitará al paciente o familiares a sentarse y le dirá que explique su problema con más detenimiento, haciéndole notar el interés por la persona agraviada.

Contrabalance emocional

La experiencia nos demuestra que, tras aflorar emociones fuertemente negativas, espontáneamente vienen emociones de calma más neutras e, incluso, positivas.

Bibliografía

- Pantell RH, Stewart TJ, Dias JK, Wells P, Ross AW. Physician communication with children and parents. *Pediatrics*. 1982; 70:396-402.

Nuestro entrenamiento consistirá en impregnar al paciente con nuestro clima emocional y no caer en su clima de agresividad.

Si un padre o madre chilla o tiene malos modos, se puede "acotar" su reacción mediante frases dichas en buen tono del tipo de: "Le ruego que me explique con más tranquilidad lo que sucede." "Ya ve que le escucho. ¿Cree necesario seguir gritando?"

En ocasiones habrá que hacer "reconducción por objetivos": invitamos a la familia a volver al asunto principal con frases del tipo: "En efecto, ya veo que están enfadados, pero veamos cómo podemos intentar solucionar su problema."

Algunas veces es necesario reconocer un error; suele ser suficiente para desactivar de inmediato la agresividad.

En ocasiones y ante conductas de pacientes que consideramos inaceptables, y con los que debemos seguir manteniendo una relación, es importante asegurarnos de dar el mensaje de que esta situación no se repetirá y nos sinceraremos con él (*self-disclosure*); esta técnica consiste en mostrarle nuestros sentimientos, con frases del estilo de: "Me ha sorprendido y a la vez entristecido la agresividad con que me ha hablado". "Me sienta mal su actitud, porque yo acostumbro a tener un trato de confianza mutua con mis pacientes."

Tras lograr el clima de sosiego necesario (tiempo y calma), actuamos igual que con otro paciente.

Estas técnicas son más fáciles de entender que de aplicar y, por ello, vamos a practicar seguidamente con un ejercicio de dramatización.

- Nidorf JF, Morgan MC. Cross cultural issues in adolescent medicine. *Prim Care*. 1987;14:69-82.
- Cembrowicz S. Dealing with "difficult" patients: what goes wrong. *Practitioner*. 1989;233:486-9.

- Quill TE. Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication. *Ann Intern Med.* 1989;111:51-7.
- Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
- Sharp MC, Strauss RP, Lorch SC. Communicating medical bad news: parents' experiences and preferences. *J Pediatr.* 1992;121:539-46.
- Spiro H. What is empathy and can it be taught? *Ann Intern Med.* 1992;116:843-6.
- Sigman GS, Kraut J, La Puma J. Disclosure of a diagnosis to children and adolescents when parents object. A clinical ethics analysis. *Am J Dis Child.* 1993;147:764-8.
- White J, Levinson W, Roter D. "Oh, by the way ...": the closing moments of the medical visit. *J Gen Intern Med.* 1994;9:24-8.
- Strauss RP, Sharp MC, Lorch SC, Kachalia B. Physicians and the communication of "bad news": parent experiences of being informed of their child's cleft lip and/or palate. *Pediatrics.* 1995;96:82-9.
- Tonkin S. "Escuchando a los padres": el síndrome de la muerte súbita del lactante durante 25 años. *Pediatrics (Ed. Esp.).* 1996;41:425-6.
- Blair AW, Steer CR. Your child is brain dead. *Postgrad Med J.* 1996;72:137-40.
- Polaino-Lorente A, del Pozo Armentia A. El impacto de los acontecimientos vitales estresantes en los padres de los niños cancerosos. *Acta Pediatr Esp.* 1996;54:163-74.
- McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Orientación familiar en Atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1998.
- García-Campayo J, Aseguinolaza L, Tazón P. El desarrollo de las actitudes humanistas en medicina. *Med Clin (Barc).* 1998;111:23-6.
- Mendelsohn JS. Interview strategies commonly used by pediatricians. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153:154-7.
- Jovell AJ. Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc).* 1999;113:173-5.
- Cegala DJ, McClure L, Marinelli TM, Post DM. The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews. *Patient Educ Couns.* 2000;41:209-22.
- Hall JA, Visser A. Health communication in the century of the patient. *Patient Education and Counseling.* 2000;41:115-6.
- Whitcomb ME. Communication and professionalism. *Patient Educ Couns.* 2000;41:137-44.
- Marinker M. The medium and the message. *Patient Educ Couns.* 2000;41:117-25.
- Borrell F. Entrevista clínica viva. *Aten Primaria.* 2004;34:3-5.
- Borrell F, Epstein RM. Preventing errors in clinical practice. A call for self-awareness. *Ann Fam Med.* 2004;2:310-6.
- Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Semfyc; 2004.