

Hablemos de...

Situaciones difíciles en la relación clínica pediátrica

MARÍA LUISA ARROBA^a Y ROSARIO DAGO^b

^aServicio de Pediatría. Centro de Salud Pozuelo Estación. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

^bServicio de Pediatría. Centro de Salud Castilla la Nueva. Fuenlabrada. Madrid. España.

mlarroba@pap.es; charo_dago@telefonica.net

¿Cuántas veces nos encontramos con una situación difícil en la consulta? ¿Qué sensación nos producen ciertas consultas con pacientes cada 5 minutos en las que nuestro interlocutor, ya sea madre, padre, abuela o niño, nos pone objeciones, nos examina o vemos claramente que no está conforme con lo que estamos diciendo?

Una relación médico-paciente insatisfactoria tiene consecuencias emocionales, clínicas, legales y económicas para los pediatras, los niños y sus familias. ¿Es posible prevenir esas situaciones desagradables?¹⁻⁴

No hay ningún trabajo que examine directamente la frecuencia de las relaciones clínicas difíciles en nuestro medio. El ámbito de la asistencia pediátrica es muy variado: servicios

de urgencias saturados, consultas con pacientes cada 5 min y con posibilidad de incremento “a demanda”, salas de hospitalización o de cuidados intensivos, etc. Sin embargo, algunos estudios señalan que entre el 15 y el 40% de las relaciones se califican como “difíciles” y frustrantes. Siempre que el tiempo actúa en nuestra contra tenemos más situaciones “sentidas” como desagradables, con frecuencia provocadas por nosotros mismos y el agobio con el que trabajamos, por el sistema en el que nos movemos y por el propio paciente y su familia^{1,5}. En pediatría, muchas de las consultas que interfieren con nuestra actividad son las llamadas “urgencias” o “sin cita”. Estas consultas se producen por la ansiedad que hay en el cuidado de los hijos y la mayoría de las veces sin un trastorno definido o concreto, algo que a un clínico le produce frustración⁵⁻⁸.

Pues bien, debido a la disparidad de situaciones difíciles con que nos encontramos durante nuestra carrera profesional (tabla 1), os proponemos un análisis de éstas para así poder encontrar la mejor manera de solucionarlas.

Situaciones difíciles objetivas

Las situaciones difíciles objetivas son las que nos molestan a todos, siguiendo la definición de “difícil” de la Real Academia de la Lengua: “Dícese difícil aquello que requiere inteligencia, habilidad y esfuerzo para hacerlo o entenderlo”. También se dice de la persona descontentadiza, rebelde o poco tratable. Nos desasosiega enfrentarnos a un error diagnóstico, con o sin consecuencias; a una urgencia real en un medio adverso (centro de salud, colegio, domicilio, etc.), a una familia que no entiende nuestro idioma, o comunicarnos con diferentes cuidadores^{1,5,9}.

Situaciones difíciles subjetivas

Las situaciones difíciles subjetivas no incomodan a todos los pediatras por igual^{8,10}. Diferencias personales irreconciliables de una familia con un compañero y que se manifiestan en

Puntos clave

- Los aspectos de la relación clínica que generan satisfacción en los pacientes y sus familiares son: el interés del pediatra en la persona, en sus ideas y puntos de vista sobre el problema que se debe tratar, la información clara y adecuada, una actitud de escucha activa, afable, amistosa, educada y con apoyo emocional, poder exponer sus expectativas, participar en la consulta y en la toma de decisiones, recibir educación para la salud y la confianza en el médico.
- El pediatra tiene que tener claros los límites de la negociación, y saber conceder o denegar sin vacilaciones.
- Las actitudes defensivas, el modelo autoritario, el abuso de la jerga médica, algunos rasgos de personalidad, la infravaloración de la inteligencia del paciente o sus padres, y la creencia de que hacemos un favor son barreras a la comunicación que dependen del pediatra.
- El estilo de consulta centrado en el paciente favorece la participación del niño y sus padres en el proceso asistencial y el compromiso con el plan de actuación.
- El conocimiento de las habilidades de comunicación facilita una conducta sistematizada que previene o ayuda a resolver las situaciones conflictivas.

Una relación clínica insatisfactoria tiene consecuencias emocionales, clínicas, legales y económicas para los pediatras, los niños y sus familias. Las habilidades de comunicación ayudan a prevenir las situaciones desagradables y facilitan su resolución cuando se presentan.

nuestra consulta sin estar presente la otra parte; pacientes nuevos excesivamente seductores que parecen buscar algo o que nos dicen lo que tenemos que hacer (solicitud de recetas, pruebas complementarias, exigencia inmediata de un diagnóstico); estudios 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 os ocurrirá al leer estas líneas^{2,3,11}.

Situaciones que dependen del paciente o su familia

Por lo general, en nuestras consultas las situaciones difíciles provienen del acompañante. Pueden ser personas agresivas, con trastorno psiquiátrico, maleducadas o ineducadas, pacientes excesivamente seductores o “pesados”, padres o madres “normales” habitualmente que, en un momento dado y por situaciones percibidas como urgentes o importantes, desbarran y nos plantean una situación desagradable, nos dicen lo que tenemos que hacer (“doctor” paciente), urgencias percibidas como tales que no lo son, falta de expectativas, trastornos de la personalidad o falta de empatía^{1,2,5,9,12,13}.

Tabla 1. Entrevistas difíciles

Personas “verborreicas”, que no paran de hablar o que nos dan instrucciones
Padres “insatisfechos”
Cambio frecuente de pediatra, consultas en varios hospitales
Cuando vienen con un plan determinado: “¿No habría que realizar una tomografía computarizada?”
Sólo el hecho de ver su nombre en la lista, te pone nervioso. “Conocidos” de los servicios de urgencias
Agresividad
Barrera lingüística, sociocultural
El paciente o sus padres no te escuchan
El día que te encuentras cansado o de mal humor
Pacientes mentales, afectados por emociones extremas, hiperdemandantes
Padres adictos a drogas
Pacientes que “te caen mal” y tienes el temor de equivocarte
Introvertidos
Hagamos lo que hagamos, parece que nunca “va bien”
Malas noticias
Situaciones especiales: urgencias, mala noticia, reconocer un error
Temas o problemas que el paciente, los padres o el pediatra tienen dificultad para tratar
Expectativas del pediatra o la familia que no se cumplen en la relación clínica

En la práctica pediátrica tenemos que llegar a acuerdos sobre las medidas diagnósticas o terapéuticas y comprometer al paciente y sus padres con el plan de actuación. Un estilo de consulta “centrado en el paciente” permite a los padres y al niño participar en el proceso asistencial y aceptar mejor las decisiones en las que han tomado parte.

Situaciones que dependen del pediatra

Una mala situación personal, falta de tiempo con excesiva presión asistencial, estrés, cansancio, modelo autoritario o culpabilizador. ¿Cuántas veces la situación es por nosotros mismos y lo reconocemos como tal? ¿Nos cuesta mantener el buen humor en nuestra jornada laboral? ¿Salimos satisfechos del trabajo?^{1,2,8,10,14-16}

El entorno o la organización en la que trabajamos puede facilitar o dificultar la relación clínica con los niños y sus padres: número máximo de pacientes/tiempo, filtro de las urgencias sentidas, salas de espera adecuadas a las demandas, refuerzos^{3,8,9,11}.

¿Qué podemos hacer?

Los objetivos que nos marcamos en el manejo de las situaciones difíciles son mantener la autoestima del pediatra, procurar la continuidad de una relación asistencial satisfactoria, minimizar la medicalización del problema con la limitación de la utilización de exploraciones complementarias y/o derivaciones y el reconocimiento temprano de personalidades difíciles y enfermedades psiquiátricas no diagnosticadas^{3,4,7,8,12,13,17}.

A veces la situación se nos escapa y nos sentimos “vencidos”. ¿Hemos sabido negociar nuestro interés? Para ello conviene conocer las principales técnicas de negociación en la consulta (figs. 1 y 2) y las pautas generales para el manejo de situaciones difíciles (tabla 2).

Tabla 2. 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. Descartar enfermedad psiquiátrica
Evitar la “infectividad emocional” o contagio de los sentimientos del paciente o sus padres
Minimizar la medicalización
Cuida la autoestima: basar nuestras acciones en criterios científicos
Mantener la continuidad asistencial
Rechazar la fantasía de establecer una relación perfecta

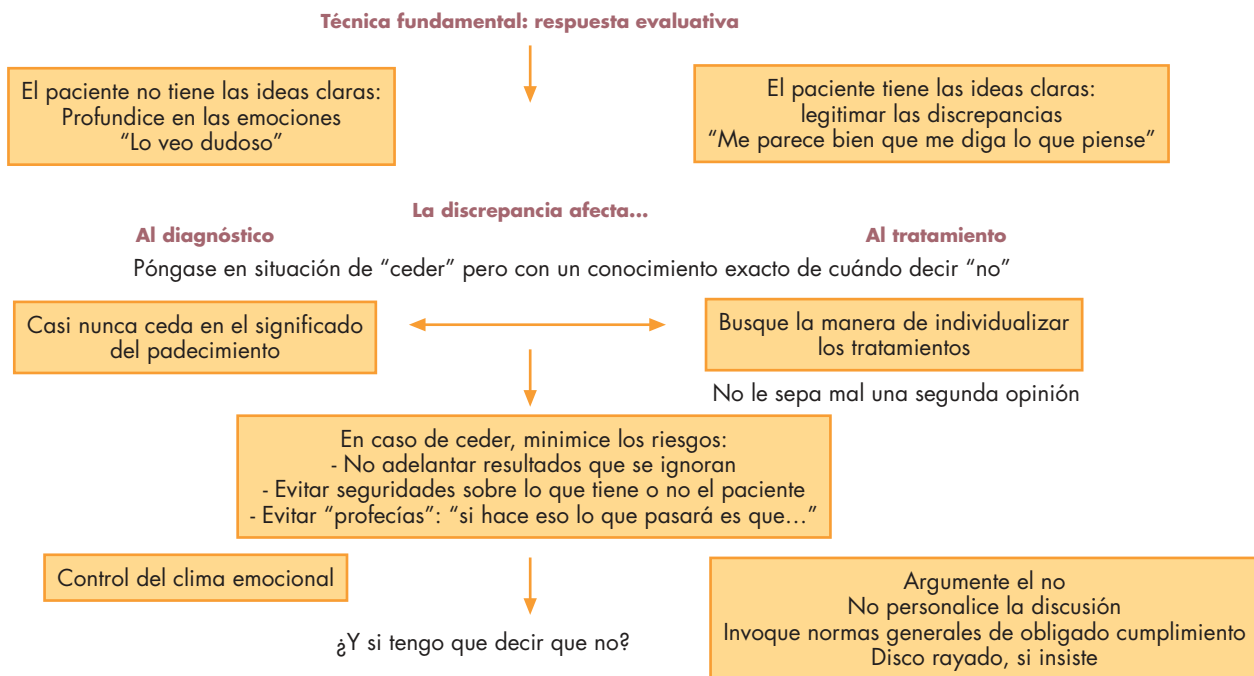


Figura 1. Negociación.

Llegar a acuerdos sobre las medidas diagnósticas o terapéuticas: estilo de consulta "centrado en el paciente"^{3,4,10,11,13,18-20}

Uno de los objetivos más difíciles de alcanzar en la consulta es que el paciente y sus padres se comprometan con el plan de actuación: se aceptan mejor las decisiones en las que se ha tomado parte. A continuación se enumeran algunas habilidades que facilitan la participación rutinaria del niño o los padres.

- Compartir los razonamientos, las ideas y los dilemas que tenemos. Por ejemplo: "En mi experiencia estos procesos no son fáciles de etiquetar. Podría haber varias explicaciones para ese dolor. Pienso que se pueden hacer varias cosas... ¿Tiene usted alguna otra idea?". Si exponemos las dudas con sinceridad, también serán sinceros con nosotros.
- Decir los resultados que esperamos de la actuación que proponemos (ausencia de respuesta, efectos secundarios). Si se prevé una consecuencia negativa, es mejor manifestarlo.
- Ofrecer alternativas ayuda a los pacientes a tomar decisiones y elegir.
- Implicar al niño o padres con sugerencias en vez de mandatos. "Para tratar esas rodillas lo primero que nos recomiendan los expertos es adelgazar."
- Animar a que contribuyan con sus ideas, sus sugerencias y sus preferencias. "Jorge: ¿cómo podrías hacer mas ejercicio?"

Cuando las cosas van bien

Recibimos gestos y palabras de aceptación: "Está bien, doctora, hacemos los análisis y volvemos, etc." Cuando dudan, vemos caras serias, inmovilidad, etc. "Entonces, ¿no le da nada para que coma?" El pediatra y el paciente o sus padres no han llegado a un acuerdo sobre cuál es el problema que se está tratando. Si piden análisis, es que no hay acuerdo sobre cuál es el mejor procedimiento diagnóstico que se debe seguir. Si después de pautar un tratamiento, preguntan: "¿Y no le envía al otorrino?", habría que negociar las medidas terapéuticas.

Algunos errores que podemos cometer al abordar las discrepancias^{3-5,8,11,14}

- Ceder en el significado del padecimiento.
- Tirar la toalla y ceder de buenas a primeras. "Sí, sí, le doy las vitaminas, el volante, el antibiótico, lo que quiera".
- No escuchar o enfadarse "si no le gusta lo que le propongo, puede cambiar de pediatra", "escriba una reclamación", "pida el alta voluntaria", etc.
- Interpretar las intenciones, tratando de descubrir razones ocultas.
- Impugnar o castigar la conducta de los padres: "Usted está nerviosa aunque no lo quiera reconocer y lo que tendría que hacer es ir a salud mental con la niña, en vez de pedirle análisis..."

A veces la situación se nos escapa y nos sentimos "vencidos" porque no hemos sabido negociar nuestro interés: es necesario conocer las principales técnicas de negociación y las pautas generales para el manejo de situaciones complicadas en la consulta.

Los objetivos del abordaje correcto de las situaciones difíciles en la consulta son mantener la autoestima del pediatra, procurar la continuidad de una relación asistencial satisfactoria, minimizar la medicalización del problema y reconocer tempranamente personalidades difíciles y enfermedades psiquiátricas no diagnosticadas.

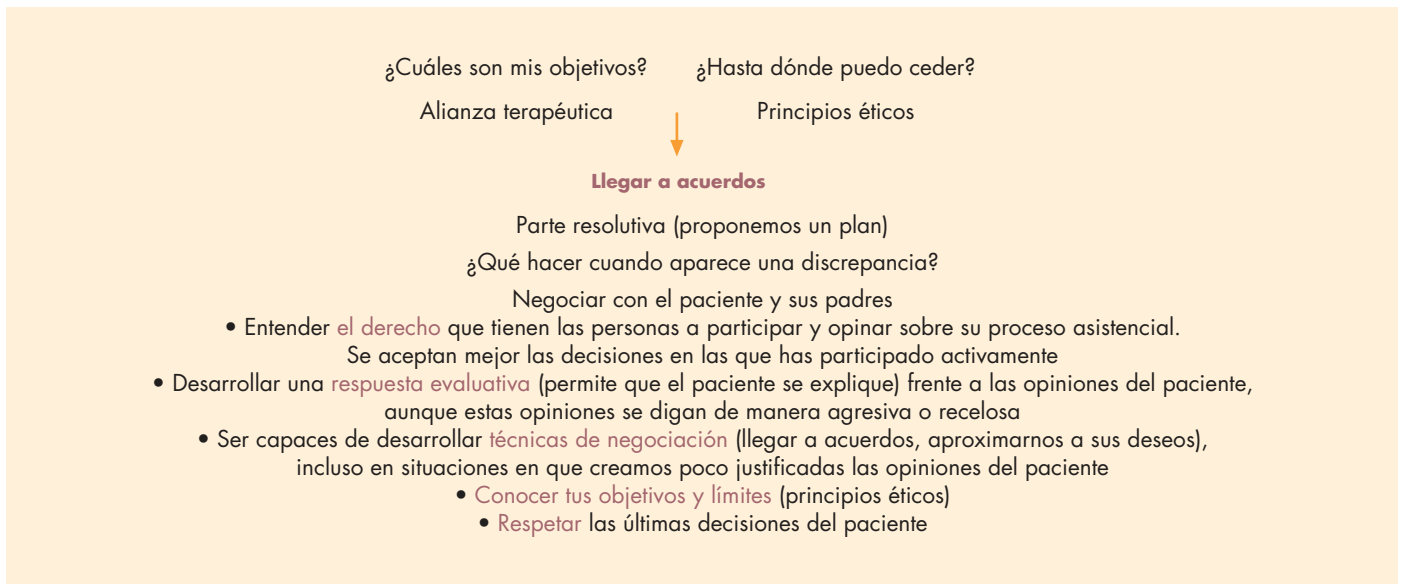


Figura 2. Discrepancias en la relación clínica.

- Asumir riesgos innecesarios: “Por supuesto que su hija no tiene nada de nada, eso se lo garantizo...”.
- Desresponsabilizarse, limitar la accesibilidad: “De acuerdo, vaya usted al especialista, pero por favor no me vuelva en una temporada”.
- Intentar que se cambie de profesional: “Este caso es muy complicado para mí, ¿por qué no se cambia a otro profesional que sepa más?”.

Claves para contrastar opiniones en un clima de diálogo^{1,16,18-21}

A nivel emocional, tratando de que no haya vencedores ni vencidos. A nivel técnico, es útil legitimar y normalizar la discrepancia, crear un espacio para contraponer argumentos y conocer y trabajar las creencias de la familia.

Principios para abordar las discrepancias^{1,3,14,20}

- Separar las personas de los problemas.
- Centrarse en soluciones, no en mantener nuestra posición.
- Generar opciones variadas y aceptables mutuamente.
- Proponer criterios objetivos para la valoración del cumplimiento.
- Cuando surgen discrepancias, es mejor no ofendernos; el paciente o su familia tienen derecho a discrepar.
- Conviene averiguar las motivaciones que tienen los padres o el paciente para pensar de esa forma.
- Hacer un esfuerzo para comprender al paciente, aprovechando las oportunidades empáticas.
- No ayuda justificar nuestra opción continuamente.

Prevención y abordaje de la agresividad en la consulta

La agresividad provoca un desgaste tan intenso en el pediatra que puede conducir a reacciones depresivas, a estilos de trabajo basados en la culpabilización del consultante o a otras estrategias distanciadoras⁸. Es una de las situaciones más desagradables en la consulta médica.

La agresividad es un tipo de respuesta emocional y conducta extrema frente a la frustración, la pérdida de un ser querido, la ansiedad, el 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 pacientes más incondicionales.

Algunos factores que influyen son la situación emocional, la sensación de urgencia o peligro (la pérdida de control de la situación), una situación de derecho (negamos algo que los familiares entienden como un derecho legítimo), y la relación previa existente con el paciente y sus padres (tabla 3)^{3,4,7,21}.

En la consulta diaria nos encontramos diferentes grados de agresividad: recriminaciones y culpas (“si usted hubiera hecho...”), exigencias (“deme esta receta”, “quiero que le hagan una prueba al niño”, etc.), insultos (“usted es un incompetente”), hasta llegar a la agresión física.

Tabla 3. Factores de riesgo de situaciones complicadas

Pediatra
Estrés
Falta de tiempo
Presión asistencial
Modelo autorizado, técnico o culpabilizador
Situación familiar o personal
Trastorno de la personalidad
Paciente, padres
Falta de expectativas
Situación de derecho
Sensación de urgencia o peligro
Situación emocional
Trastorno de la personalidad
Relación previa con el paciente y sus padres

Algunos errores que podemos cometer al abordar las discrepancias son ceder en el significado del padecimiento, no escuchar o enfadarnos, impugnar o castigar la conducta de los padres o culpabilizarlos, asumir riesgos innecesarios, desresponsabilizarnos, limitar la accesibilidad o intentar que cambien de profesional.

La agresividad es una de las situaciones más desagradables en la consulta y provoca un desgaste intenso en el pediatra. La situación emocional, la sensación de urgencia o peligro, una situación de derecho, y las características de la relación previa existente con el paciente y sus padres actúan como factores de riesgo o protectores de las interacciones agresivas.

Técnicas

Autocontrol emocional. El autocontrol emocional nos permite mantener nuestro clima emocional y no responder con agresividad a la agresividad, aunque nos hayan surgido emociones negativas. Una persona que 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. Cuando nos atacan y no sabemos el motivo, en nuestro interior se desencadena una reacción emocional negativa inmediata, que no se puede eliminar, pero sí se puede reconocer y canalizar, en función de nuestros objetivos, antes de que se manifieste en conducta, mediante autoinstrucciones, como “contar hasta diez”, “la agresividad es el recurso de los incompetentes”. Después de este breve tiempo, el pediatra, sin subir el tono ni perder el respeto, invitará al paciente o a sus padres a sentarse y a explicar su problema con más detenimiento, haciéndoles notar el interés por la persona agraviada^{3,4,12}.

Contrabalanceo emocional. El contrabalanceo emocional consiste en crear emociones neutras o positivas en el paciente o sus padres, escuchar en silencio y “contagiar al contrario”^{18,20}. Después de aflorar emociones fuertemente negativas, espontáneamente, vienen emociones de calma más neutras e, incluso, positivas. Nuestro entrenamiento consistirá en impregnar al paciente con nuestro clima emocional y no caer en su agresividad. Si el paciente o los padres chillan o tienen malos modos, se puede “acotar” su reacción mediante frases dichas en buen tono: “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 “reducción por objetivos”; invitamos a volver al asunto principal: “En efecto, ya veo que está enfadado, pero veamos cómo podemos intentar solucionar su problema”.

Algunas veces será necesario reconocer un error; suele ser suficiente para desactivar de inmediato a la persona agresiva. Ante conductas que consideramos inaceptables, es importante dar el mensaje de que esta situación no se repetirá y nos sinceraremos (*self-disclosure*), técnica que consiste en mostrar nuestros sentimientos: “Me ha sorprendido y entristecido la agresividad con que me ha hablado”, “Me sienta mal su actitud, porque yo acostumbro a tener un trato de confianza mutua”^{3,4,8}.

El entrenamiento en habilidades de comunicación mediante reuniones o talleres de contenido práctico, con videograbaciones y dramatizaciones de escenas habituales en la consulta de pediatría, facilita la prevención y la resolución favorable de las situaciones conflictivas, y permite al pediatra seguir disfrutando del ejercicio profesional y al médico interno residente en formación estar preparado para abordarlas.

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

El entrenamiento en habilidades de comunicación mediante reuniones o talleres de contenido práctico, con videograbaciones y dramatizaciones de escenas habituales en la consulta de pediatría, facilita la prevención y la resolución favorable de las situaciones conflictivas, y permite al pediatra seguir disfrutando del ejercicio profesional y al médico interno residente en formación, estar preparado para abordarlas^{3,4,7,8,10,13}.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

1. Steinmetz D, Tabenkin H. The “difficult patient” as perceived by family physicians. *Fam Pract.* 2001;18:495-500.
2. Vegni E, Visioli S, Moja EA. When talking to the patient is difficult: The physician's perspective. *Commun Med.* 2005;2:69-76.
3. ●● Borrell F. Entrevista clínica. *Manual de estrategias prácticas.* Barcelona: Semfy; 2004.
4. ●● Ruiz Moral R. Relación clínica. *Guía para aprender, enseñar e investigar.* Barcelona: Semfy; 2004.
5. Steinmetz D, Tabenkin H. The “difficult patient” as perceived by family physicians. *Fam Pract.* 2001;18:495-500.
6. Mas Garriga X, Cruz Doménech JM, Fañanás Lanau N, Allué Buil A, Zamora Casas I, Viñas Vidal R. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Primaria.* 2003;31:214-21.
7. Van Dulmen AM, Holl RA. Effects of continuing paediatric education in interpersonal communication skills. *Eur J Pediatr.* 2000;159:489-95.
8. Mingote Adán JC. Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *FMC.* 1998;5:493-503.
9. ● Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer OM. Management of the difficult patient. *Am Fam Physician.* 2005;72:2063-8.
10. 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.
11. Starke M, Möller A. Parent's needs for knowledge concerning the medical diagnosis of their children. *JCHC.* 2002;64:245-57.
12. Othmer E, Othmer SC. La entrevista clínica. Tomo II. El paciente difícil. *DSM-IV-TR®.* Barcelona: Masson; 2003.
13. ● Family Pediatrics: Report of the Task Force on the Family. *American Academy of Pediatrics. Pediatrics.* 2003;111:1541-71.
14. Borrell F, Epstein RM. Preventing errors in clinical practice. A call for self-awareness. *Ann Fam Med.* 2004;2:310-6.
15. Sanz Ortiz J. El humor como valor terapéutico. *Med Clin (Barc).* 2002;119:734-7.
16. Malterud K, Hollnagel H. The doctor who cried: A qualitative study about the doctor's vulnerability. *Ann Fam Med.* 2005;3:348-52.
17. Whitcomb ME. Communication and professionalism. *Patient Educ Couns.* 2000;41:137-44.
18. Beach MC, Roter DL, Wang NY, Duggan PS, Cooper LA. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? *Patient Educ Couns.* 2006;62:347-54.
19. Tates K, Meeuwesen L. “Let mum have her say”: turntaking in doctor-parent-child communication. *Patient Educ Couns.* 2000;40:151-62.
20. Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med.* 2006;19:533-41.
21. Mendelsohn JS. Interview Strategies Commonly Used by Pediatricians. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153:154-7.