



Viernes 3 de marzo de 2023

**Taller:
Entrevista clínica.
Manejo de la hostilidad**

Moderadora:

Cristina Cañavate González

Pediatra. Consultorio de San José de la Vega. CS Benioján. Murcia. Vicepresidenta de la Asociación de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria de la Región de Murcia.

Ponente/monitor:

■ **Roi Piñeiro Pérez**

Hospital Universitario General de Villalba. Collado-Villalba. Madrid.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Piñeiro Pérez R. Entrevista clínica y manejo de la hostilidad en la consulta. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2023. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2023. p. 355-361.



Comisión de Formación Continua
de los Profesiones Sanitarios de
la Comunidad de Madrid

Entrevista clínica y manejo de la hostilidad en la consulta

Roi Piñeiro Pérez

*Hospital Universitario General de Villalba. Collado-Villalba. Madrid.
roi.pineiro@quironsalud.es*

RESUMEN

Los pacientes/padres de manejo difícil son poco frecuentes. Sin embargo, generan sentimientos diversos, a menudo una gran tensión emocional tanto en la familia como en el sanitario, que puede contribuir al temido desgaste profesional. En general, no disponemos de estrategias o habilidades comunes ni existen soluciones únicas para enfrentarnos a este tipo de padres/pacientes. Según las características, es posible clasificarlos en diferentes grupos. Conocer las peculiaridades de cada uno de ellos y adoptar una conducta de evaluación de cada caso es fundamental para poder solventar los problemas derivados de este tipo de padres/pacientes. Existen algunas pautas y recomendaciones generales para poder influir sobre diferentes factores ambientales y profesionales, que podrían evitar algunos conflictos, o bien solucionarlos sin generar pérdida de control, autoridad o autoestima, ansiedad, resentimiento, desesperación, frustración, aburrimiento o rechazo del paciente. No es fácil, pero sí es posible. Cualquier mejora en la relación debe ser siempre iniciada por el profesional sanitario.

INTRODUCCIÓN: EL PACIENTE DE "TRATO DIFÍCIL"

El manejo de pacientes de "trato difícil" es frecuente motivo de conversación entre profesionales sanitarios, en particular entre aquellos que se dedican a la atención primaria o a la atención especializada en urgencias¹. En pediatría, en realidad nos en-

frentamos ante unos padres, tutores o familiares de “trato difícil”, aunque también el propio paciente, sobre todo en la época de la adolescencia, puede tener dichas características.

Este tipo de padres/pacientes son en general poco frecuentes, pero provocan sentimientos diversos, a menudo una gran tensión emocional tanto en la familia como en el sanitario, y puede contribuir al temido desgaste profesional. El malestar es compartido y, al contrario de lo que sucede para patologías concretas, en especial orgánicas, no disponemos de estrategias o habilidades comunes para enfrentarnos a este tipo de padres/pacientes y mejorar nuestra relación con ellos¹.

GRUPOS DE PACIENTES DIFÍCILES

Existen varias propuestas para clasificar diferentes grupos y características de padres/pacientes de trato difícil. En 1978, Groves² agrupa a este tipo de pacientes en las categorías pasivo-dependiente, exigente-agresivo, manipulador-masquista y negador-autodestructivo. En 1996, Blay Plueyo³ propone añadir las categorías emotivo-seductor y somatizador. Las principales características¹⁻⁴ de estos grupos serían las siguientes:

- **Pasivo-dependiente:** son grandes frequentadores (necesidades sin límite). Suelen tener baja autoestima y escasa capacidad en la toma de decisiones. Ven al sanitario como un padre o una madre de recursos inagotables que les ayude a tomar las decisiones que ellos no pueden tomar. Son agradecidos, pero, por su elevada frecuentación, escasa patología y gasto innecesario de recursos, pueden provocar cansancio y aversión en el personal sanitario. Un ejemplo claro en pediatría serían los padres hiperfrequentadores habituales, con más visitas médicas que meses de vida tienen sus hijos.
- **Exigente-agresivo:** también son grandes demandantes e inseguros, pero, en este caso, para lograr sus objetivos utilizan la intimidación, la devaluación y la inducción de culpa hacia el sanitario que

no es capaz de generar la sanación o el cuidado necesario en sus hijos. La actitud es hostil, querellante, de superioridad. Sin embargo, esta actitud esconde gran dependencia y temor al abandono por parte del sanitario, al que sin embargo suelen provocar miedo, inseguridad y hasta depresión. Es habitual que tengan varias reclamaciones puestas en varios hospitales y centros de salud, así como numerosas solicitudes de segundas opiniones y visitas en múltiples centros sanitarios.

- **Manipulador-masquista:** son pesimistas, “sufridores”, depresivos. Consultan muchas veces por el mismo motivo, pero terminan rechazando posibles soluciones porque “no hay nada que hacer”. Si un síntoma mejora, aparece inmediatamente otro. Suelen ser además poco cumplidores, justificándose siempre en los efectos secundarios de la medicación, que aparecen con frecuencia tal y como se detalla en el prospecto. No suelen ser ingenuos ni seductores, tampoco especialmente agradecidos ni hostiles: “todo da igual, doctor”. Provocan sentimiento de culpa en el sanitario ya que nunca se alcanza la mejoría del paciente. Son frecuentes los cuadros psicósomáticos y los dolores recurrentes sin patología orgánica demostrada. Los hijos suelen tener una gran dependencia de sus padres. A menudo presentan síntomas depresivos y parecen buscar ganancias secundarias a su estado.
- **Negador-autodestructivo:** se trata de padres incumplidores, ya sea por desconocimiento o por negación (decisión personal de no cumplir el tratamiento). Como ejemplo en pediatría serían los antivacunas, o aquellos padres que rechazan diversos tratamientos porque confían en otras supuestas terapias (pseudociencias). En el sanitario provocan sentimientos de aversión (“haz lo que quieras”), miedo a lo que pueda ocurrir por no seguir el tratamiento y sentimiento de culpa por no poder convencer a las familias.
- **Emotivo-seductor:** tratan de manipular los sentimientos del profesional sanitario mediante el

halago para lograr una serie de ventajas como adelantar citas, pruebas o prescribir tratamientos no indicados. No genera ningún sentimiento contrario en el profesional sanitario, pero se trata de una manipulación de sus actuaciones y conocimientos. Se podría decir que son regalos envenenados, pues siempre buscan un objetivo más allá del simple halago o reconocimiento profesional. Se parecen al perfil pasivo-dependiente pero su actitud no es ingenua.

- **Somatizador:** padres de niños con múltiples síndromas que no presentan causa orgánica y generan un gran número de interconsultas y pruebas complementarias en varios hospitales. El extremo de este grupo sería el conocido como síndrome de Munchausen por poderes.

Varios padres/pacientes de trato difícil pueden tener características de varios grupos, y también influyen la personalidad y las características propias de cada profesional sanitario. Esto genera tantas posibilidades que resulta complejo establecer un único protocolo de recomendaciones ante los padres/pacientes de trato difícil¹⁻³.

Además, de dicha propuesta de clasificación, este tipo de padres/pacientes de trato difícil, como conjunto, suelen compartir algunas características comunes⁴, entre las que destacan:

- Hiperfrecuentación.
- Insatisfacción con los servicios y cuidados recibidos.
- Su presencia genera incomodidad en el personal sanitario.
- 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 la prescripción.

- Presentan sus problemas (crónicos y agudos) de forma más compleja, inusual y variada que otros casos similares.
- Sus elementos de soporte y contención social (familia, trabajo, relaciones, etc.) son escasos o, en todo caso, conflictivos.

MANEJO DEL PACIENTE DIFÍCIL: PRIMER PASO

Es fundamental adoptar una actitud evaluativa por parte del sanitario^{4,5}. Es imposible intentar abordar de forma apropiada una relación difícil si el profesional no adopta claramente la voluntad y actitud de estudiar de forma objetiva dicha relación^{4,5}. Es decir, tratar de evaluar al paciente difícil como una enfermedad que requiere su periodo de observación, su diagnóstico diferencial y su tratamiento^{4,5}.

En estos casos, hay que tratar de hacer desaparecer el componente emocional de la relación con el paciente, que es el que nos aparta de nuestro papel como profesional y el que, en general, va a generar más problemas, tanto en el sanitario como en el padre/paciente^{4,5}. Hay que aceptar los sentimientos que el paciente genera en nosotros, pero no dejarnos llevar por ellos^{4,5}. Los profesionales sanitarios también tenemos nuestra propia vulnerabilidad y, por tanto, los pacientes pueden despertar en nosotros emociones que, a veces, pueden ser realmente intensas^{4,5}. Tales emociones inciden en nuestra objetividad, y a través de ello, en nuestra actitud y capacidad diagnóstica y terapéutica, lo que influye en el resultado de nuestra labor profesional^{4,5}.

Obviar esta realidad universal puede hacer que el profesional se sienta solo, culpable, avergonzado, frustrado o resentido. No se trata de evitar sentir tales emociones, sino de ser conscientes de su existencia y aceptarlas como justificables o comprensibles^{4,5}. Sólo a partir de entonces podremos analizar y, por tanto, tratar de mejorar la situación de paciente de trato difícil^{4,5}. Es evidente que resulta más cómodo obviar el debate que afrontarlo, pero cada problema que decidimos obviar supone un aprendizaje menos en la relación médico-paciente.

El profesional debe tener claro que, ante cualquier situación, 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^{4,5}. Si el profesional no consigue orientarse en esa dirección, es preferible que transfiera el cuidado del enfermo a otro profesional^{4,5}. Sin embargo, si esta transferencia es frecuente, será el momento de analizar si el problema lo tienen los pacientes o es el propio profesional sanitario quien tiene un “trato difícil”, algo que por supuesto también puede ocurrir.

Diversos autores⁶⁻⁸ ponen de manifiesto que algunas características del terapeuta podrían favorecer que el paciente sea percibido de manera negativa. Los profesionales más jóvenes y de género femenino tienen mayor tendencia a valorar a los pacientes como difíciles. Aquellas personas con alta carga y estrés laboral, con poca experiencia y pocos conocimientos concretos de la patología del paciente son quienes tienen una valoración más negativa del mismo. Los terapeutas más perfeccionistas, con deseos de agradar a los demás, baja tolerancia a la incertidumbre del diagnóstico del paciente y con sesgos negativos hacia la problemática son los más propensos a clasificar a los pacientes como difíciles.

En este análisis objetivo de la situación conflictiva, es prioritario descartar la existencia de patología psiquiátrica ya que, en dicho caso, es otro profesional quien debe ayudar⁴. Como pediatras poco podremos hacer. Por ejemplo, unos padres que no quieren vacunar a sus hijos porque las vacunas llevan microchips que serán controlados desde antenas del espacio mediante 5G. Si existen delirios o paranoias, el psiquiatra es el profesional más indicado.

MANEJO DEL PACIENTE DIFÍCIL: ACCIONES GLOBALES

Factores ambientales

Existen factores ambientales que favorecen las situaciones problemáticas. Influyen en todos los pacientes, pero de manera especial en aquellos de trato difícil^{4,5}. En la medida que se puedan corregir estos factores, el

manejo de este tipo de pacientes será menos conflictivo. Entre estos factores^{4,5} destacan:

- El tiempo excesivo de espera o las dificultades habituales de comunicación en el centro. En estas situaciones, es recomendable pedir perdón, aunque no sea nuestra culpa. Podemos pedir disculpas en nombre del centro. Los pacientes olvidan rápido dicho tiempo de espera si ven que se les tiene en cuenta. Tratar de explicar que existe una importante carga de trabajo o tratar de justificar el retraso en la atención pone en primer plano al profesional sanitario en lugar de al paciente. Una sencilla disculpa facilita y favorece la relación desde el principio. Por supuesto, habrá que intentar solucionar, en la medida de lo posible, los retrasos en el centro sanitario, sobre todo si estos son habituales.
- Las interrupciones frecuentes, ya sean telefónicas o por otros compañeros en mitad de la consulta, pueden violentar la intimidad del paciente y ponerlo a la defensiva. En general, no debemos aceptar estas interrupciones, salvo situaciones urgentes. Si se aceptan, una actitud posterior de escucha atenta puede restaurar el equilibrio perdido, pero debe acompañarse de otras medidas. Por ejemplo, es recomendable siempre pedir disculpas al paciente sin dar más explicaciones ni tratar de justificar el motivo de la interrupción, salvo que el propio paciente lo exija.
- Los fallos reiterados en cuestiones burocráticas. Los profesionales no podemos encogernos de hombros, aunque no sea un fallo o error personal. Esa es la postura fácil, pero que a su vez generará más conflicto, ya que vuelve a poner en primer plano al sanitario en lugar del paciente. Es recomendable manifestar el mayor interés posible en los problemas burocráticos del paciente y, si es posible, tratar de solucionarlo.

Factores profesionales

Con cierta frecuencia, las dificultades en la relación médico-paciente también residen en los profesiona-

les^{4,5}. Aunque la teoría siempre es más sencilla que la práctica, cuando un sanitario está trabajando, los intereses se deben centrar siempre en el paciente, sin dejar traslucir si uno está triste, cansado, disgustado, o simplemente no se encuentra bien^{4,5}.

También con frecuencia, las prisas nos pueden conducir a eludir responsabilidades, o a estar pensando en lo que tenemos que hacer a continuación, y pasar por alto algún detalle importante^{4,5}.

Ante un temperamento difícil, el profesional tiene que hacer esfuerzos para dominar sus sentimientos si el paciente se muestra ofensivo o agresivo^{4,5}. Sin duda, este es una de las estrategias más complejas, pues al fin y al cabo los sanitarios también somos humanos y tenemos nuestra propia personalidad, forma de ser y sentimientos. Una vez más, se trataría de evaluar el carácter difícil del padre/paciente como síntoma de una enfermedad y no como una ofensa personal^{4,5}. La amabilidad podrá ayudar a calmar una situación conflictiva, pero nunca lo hará el contraataque^{4,5}.

Como recomendaciones generales^{4,5}, existen algunas claves esenciales para mejorar nuestra atención con los padres/pacientes difíciles:

- Basar toda la estrategia en los aspectos más constructivos de la personalidad del paciente, favoreciendo la negociación, la responsabilidad compartida, y los pactos entre profesional y paciente.
- Rechazar la fantasía de establecer una relación perfecta. Aceptar que lo más probable es que la relación con un padre/paciente problemático siempre será menos satisfactoria que lo que sería deseable.
- Conocer que el problema no suele implicar únicamente a la relación de un profesional determinado con un paciente, sino que, probablemente, afecta también a la relación con el resto de los componentes del equipo asistencial. En esta línea, el planteamiento de los objetivos de manejo debe ser diseñado, pactado, asumido y aplicado por el

conjunto de profesionales implicados. No es un problema de un sanitario aislado, es un problema que afecta a todo el equipo.

Factores propios de la pediatría

Una situación frecuente en pediatría es aquella en la que los acompañantes, generalmente los padres son, en realidad, los verdaderos enfermos y el pretendido paciente, el niño, es un mero síntoma de su padecimiento⁵. El consultante “teórico” es un niño, pero el sanitario percibe que “el motivo de consulta real” no es otra cosa que la forma de expresión de una interacción problemática madre-hijo o de un conflicto relacional del contexto familiar⁵. Los niños responden a las tensiones que obran sobre su familia⁵. La demanda se suele referir al desarrollo o funciones fisiológicas del niño: “no me come bien”, “aún se hace pis”, etc.; o a sintomatología somática diversa: dolor de cabeza, dolor abdominal recurrente, vómitos, etc., y siempre en ausencia de patología orgánica⁵.

En estas situaciones, es recomendable⁵:

- Evitar o controlar la ansiedad que este tipo de consultas produce en el sanitario. Para ello, es importante no buscar culpables en este tipo de demandas, no “aliarnos” mentalmente con ninguno de los miembros de la familia. Enmarcar el síntoma dentro de un conflicto relacional, en el que todos los miembros del sistema (la familia) participan interactuando de forma circular.
- Mantener una buena relación sanitario-paciente-acompañante.
- Evitar la medicalización del conflicto, que contribuye a la cronificación de la comunicación a través de lo biológico.
- Crear un espacio propio para la expresión de las ansiedades y conflictos del acompañante. Para conseguir esto es importante no tener prisas. Hay que hacerse a la idea de que este tipo de demandas requieren tiempo.

- Mejorar la dinámica familiar. Esto sólo es posible desde la atención primaria en casos leves, que requieren una intervención sencilla; la mayoría de las veces se precisa una intervención desde el nivel especializado.

MANEJO DE LA AGRESIVIDAD

El primer paso es siempre el mismo: permanecer en nuestra propia "sintonía" emocional, con independencia de las emociones negativas que pueda aportarnos en un momento determinado el paciente^{4,9,10}. No bastará con desearlo, es algo que hay que entrenar^{4,9,10}. En realidad, no vamos a reaccionar, sino a actuar. Incluso podemos utilizar nuestros propios sentimientos para diagnosticar qué tipo de paciente de trato difícil tenemos delante^{4,9,10}.

Lo que no debemos hacer es intentar razonar con el paciente hostil^{4,9,10}. Las emociones fuertes suelen "cerrar" nuestra capacidad para asimilar información. Es inútil intentarlo y lo que se requiere en los momentos iniciales de la entrevista es aceptar el derecho del paciente a mostrarse airado, y refugiarnos en una escucha relajada, confiando que opere el contrabalanceo emocional ("tras aflorar emociones negativas muy fuertes, el individuo se ve llevado hacia emociones más neutras e incluso positivas") y nos dé oportunidad de actuar^{4,9,10}. Es decir, dejar hablar al paciente sin intervenir, y mostrando escucha activa y empatía. Si el paciente viene agresivo el problema es suyo. Si yo me enfado por la actitud agresiva del paciente, el problema también será mío, y la ayuda que podremos ofrecer será ninguna.

Debemos transmitir aceptación e interés por lo que nos dice, pero no pronunciarnos en un primer momento^{4,9,10}. Para ello, debemos estar entrenados en el autocontrol emocional^{4,9,10}. Con frecuencia, basta con que la persona agresiva vea que queremos ayudarlo sinceramente, para que se convierta en uno de nuestros pacientes más incondicionales^{4,9,10}. Una vez logrado el clima de sosiego necesario (y en la mayoría de las ocasiones es solo cuestión de tiempo), podemos actuar como lo haríamos en cualquier otra consulta^{4,9,10}.

Existen también algunos puntos rojos que no se deben tolerar en ningún caso, como podría ser el insulto o la falta de respeto reiterada hacia nuestra persona o, por supuesto, cualquier forma de violencia física. En estos casos, no solo se produce la pérdida absoluta de la relación médico-paciente^{4,9,10}, sino que también conlleva una serie de delitos que debemos denunciar.

CONCLUSIONES

El componente subjetivo del que forman parte nuestras emociones y sentimientos es lo que hace que algunos pacientes nos caigan bien y otros despierten sensaciones negativas, dentro de las interacciones humanas que diariamente llevamos a cabo en nuestras consultas⁴⁻⁸.

Estas sensaciones negativas entre los profesionales se traducen en pérdida de control, autoridad o autoestima, aversión, temor, resentimiento, desesperación, frustración, desesperanza, aburrimiento, rechazo del paciente e incluso agresividad¹⁻¹⁰.

Sin embargo, numerosos estudios han demostrado que el número de padres/pacientes etiquetados como difíciles es bajo¹⁻⁴. Se sienten como un grupo numeroso por la afectación emocional que producen, y en dicha afectación influyen también muchos factores ambientales y otros dependientes del propio sanitario, que pueden ser modificados⁴⁻⁸.

No es posible cambiar al paciente difícil o problemático, ni su enfermedad o sus circunstancias, pero sí podemos mejorar nuestro modo de afrontarlo (de fondo, no sólo de forma). Aceptar que hemos de intentarlo en nuestra situación actual y real, con las limitaciones existentes, sin esperar que lleguen unas condiciones ideales de salud, espacio, compañeros o cupo⁴⁻¹⁰.

Si la situación se hace insoportable, se puede romper la relación clínica (puesto que el respeto ha de ser mutuo), indicando al paciente la conveniencia de elegir otro profesional⁴⁻⁶, e iniciando trámites judiciales si fuera necesario, por ejemplo, en caso de violencia verbal reiterada, o física, en cualquier caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mas Garriga X, Cruz Doménech JM, Fañanás Lanau N, Allué Buil A, Zamora Casas I, Viñas Vidal V. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Primaria*. 2003;31:214-21.
2. Groves JE. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med*. 1978;298:883-7.
3. Blay Pueyo C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. *FMC*.1996;3:243-9.
4. Ágreda J, Yanguas E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. *Anales Sis San Navarra*. 2001;24 Supl 2:65-72.
5. Redondo Valdeomillos M, Callejo Giménez E. Situaciones difíciles en la consulta de Atención Primaria. *Bol Pediatr*. 2009;49:331-8.
6. Merino I, del Castillo-Figueruelo A, Saldaña C. El manejo de pacientes difíciles: ¿Qué ocurre cuando paciente y terapeuta no se entienden? *C Med Psicosom*. 2016;118;15-24.
7. Edgoose J. Rethinking difficult patient encounters. *Fam Pract Manag*. 2012; 19:17-20.
8. Lorenzetti RC, Jacques M, Donovan C, Cottrel I, Buck J. Managing difficult encounters: understanding physician, patient and situational factors. *Am Fam Physician*. 2013;87:419-25.
9. Altemir Cortés A. Agresiones al personal sanitario. Estrategias de afrontamiento de la conducta agresiva del paciente. TFG. Universidad Pública de Navarra, 2014. [Fecha de acceso 1 sept 2022]. Disponible en <http://tinyurl.com/546rr8t3>
10. Tobarías Cantereo I. Estrategias de afrontamiento ante la conducta agresiva del paciente. TFG. Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz, 2017. [Fecha de acceso 1 sept 2022]. Disponible en <https://addi.ehu.es/handle/10810/22536>