



## Taller

### TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN EN LA CONSULTA; ABORDAJE DE SITUACIONES DIFÍCILES

#### Moderadora:

Rosario Dago Elorza

*Pediatra, CS Castilla La Nueva, Fuenlabrada, Madrid*

#### Ponentes/monitores:

■ **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](http://www.aepap.org)

#### ¿Cómo citar este artículo?

Arroba Basanta ML, Dago Elorza R. Técnicas de comunicación en la consulta; abordaje de situaciones difíciles. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 111-117.

# Técnicas de comunicación en la consulta; abordaje de situaciones difíciles

**María Luisa Arroba Basanta**

*Pediatra, CS El Naranjo, Fuenlabrada, Madrid.*  
[mlarroba.gapm09@salud.madrid.org](mailto:mlarroba.gapm09@salud.madrid.org)

**Rosario Dago Elorza**

*CS Castilla La Nueva, Fuenlabrada, Madrid.*

## RESUMEN

¿Cuántas veces nos encontramos con una situación difícil en la consulta?: ¿una vez al día, más de una vez al día, varias veces por semana o una vez al mes? ¿o bien, es algo tan raro que ni nos acordamos de cuándo sucedió la última vez?

Una relación médico-paciente difícil puede tener consecuencias importantes de índole emocional, clínica, legal y económica para los profesionales sanitarios, por lo que es importante el reconocimiento precoz de las mismas y el tratamiento adecuado.

No hay ningún trabajo que examine directamente la frecuencia de las relaciones médico-paciente difíciles en la consulta; 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.

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

Partimos del hecho de que todos tenemos ya una forma de entrevistar. Los años de práctica profesional sedimentan un conjunto de con-



**Figura 1.** ¿Por qué percibo esta entrevista como difícil?



¿Qué está pasando?

¿Qué factores la hacen difícil?

¿Qué sentimientos me produce?

¿Cuál será el punto de vista del paciente?

ductas 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.

### 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

a) Reflexionar sobre situaciones difíciles en la consulta diaria.

b) Ampliar nuestros recursos y habilidades en el proceso de la entrevista con especial mención a la aproximación negociada o también llamada centrada en el paciente.

c) Posibilitar a los participantes del taller una conducta sistematizada en las situaciones difíciles, respetando siempre el estilo particular de cada profesional.

### CLASIFICACIÓN

- Objetivas.
- Subjetivas.
- Dependientes del paciente.
- Dependientes del profesional.
- Dependientes del entorno.

### Situaciones difíciles objetivas

Las que a todos nos incomodan, tomando la definición de difícil que nos da la Real Academia de la Lengua. “Dícese difícil 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 urgencia 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

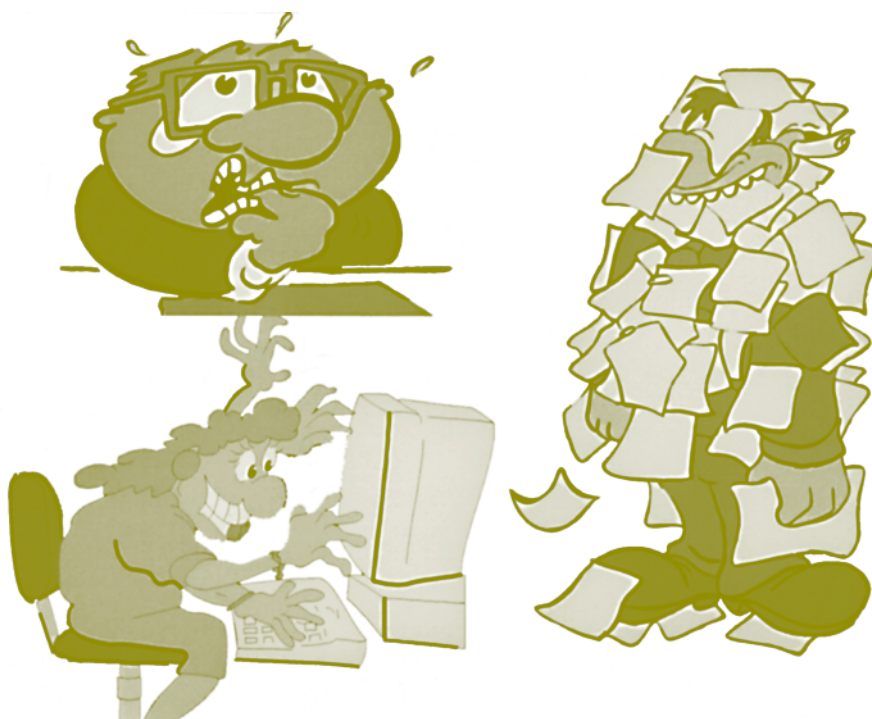
Son aquellas que no a todo el mundo le resultan incómodas, pero que a nosotros en concreto nos lo parecen y queremos comentarlo con vosotros. Parte de ellas son debidas al entorno en el que nos movemos: un cambio

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 claramente con una finalidad predeterminada (recetas de médicos 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 os ocurrirá al leer estas líneas.

### Situaciones 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 situa-

Figura 2. Situaciones que dependen del entorno



ciones percibidas como urgentes o importantes, desbaran y nos plantean una situación difícil (situación de derecho), urgencias percibidas como tales, falta de expectativas, trastornos de la personalidad, falta de empatía, etcétera.

### Situaciones que dependen del profesional

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

### Situaciones 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

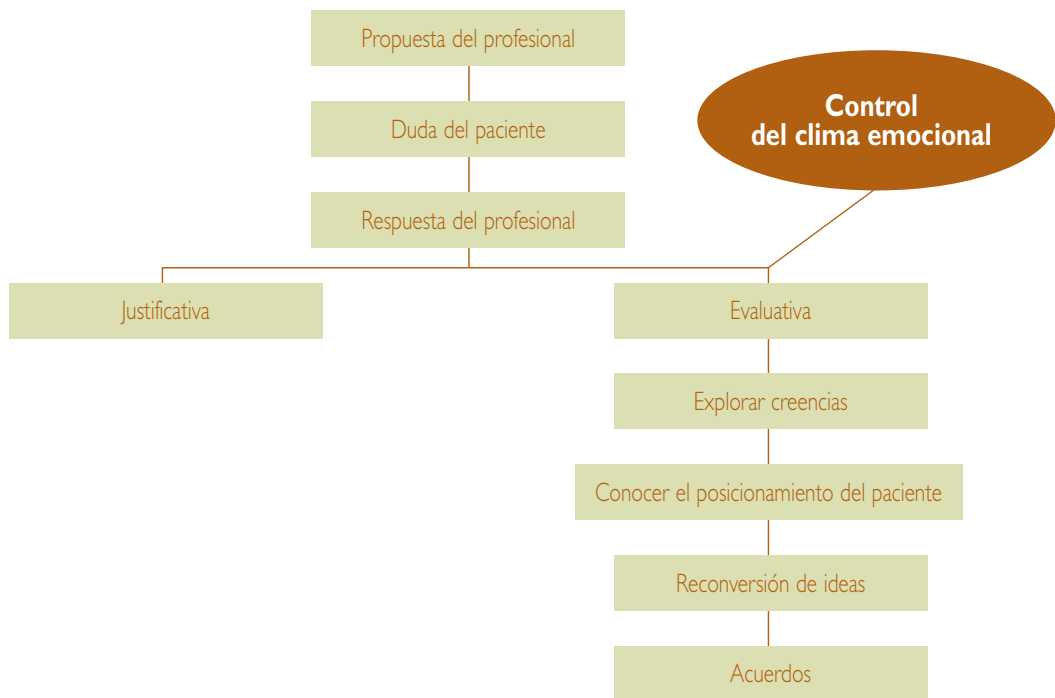
las urgencias sentidas, asistencia sin diagnóstico ante una consulta urgente, salas de espera adecuadas a las demandas, etcétera (Figura 2).

### OBJETIVOS

Los objetivos que nos marcamos en el tratamiento de las situaciones difíciles son: conservar la autoestima del profesional, procurar mantener la continuidad de la relación medico-paciente, 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 empezando por comentar las principales técnicas de negociación (Tabla I).

**Tabla I. Negociación: respuesta evaluativa**



## AGRESIVIDAD. PREVENCIÓN Y SU ABORDAJE

Dentro de las personalidades difíciles, nos vamos a centrar en el paciente o cuidador agresivo, ya que es una de las situaciones más desagradables en la consulta médica. 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 distanciatoras.

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 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 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 II):

- 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 que nos encontramos en la consulta:

- Recriminaciones y culpas: "Si usted hubiera hecho...".
- Exigencias: "Deme esta receta".

**Tabla II. Factores de riesgo para las interacciones agresivas**

Profesional	Paciente
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrés.</li> <li>• Falta de tiempo.</li> <li>• Situación personal y/o familiar.</li> <li>• Presión asistencial.</li> <li>• Modelo autoritario, técnico o culpabilizador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación clínica (urgencia).</li> <li>• Consecuencia de la situación.</li> <li>• Falta de expectativas.</li> <li>• Situación de derecho.</li> <li>• Trastorno de personalidad.</li> </ul>

- Insultos: "Usted es un incompetente".
- Agresión física. Sin comentarios.

## 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 lo 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", etcétera. 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.

## CONTRABALANCEO EMOCIONAL

La experiencia nos demuestra que, tras 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 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*), técnica que 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.

**Bibliografía**

1. Blair AW, Steer CR. Developing communication skills in medicine. Your child is brain dead. *Postgrad Med J*. 1996;72:137-140.
2. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
3. Borrell F. Entrevista clínica viva. *Aten Primaria*. 2004;34:3-5.
4. Borrell F, Epstein RM. Preventing errors in clinical practice. A call for self-awareness. *Ann Am Med*. 2004;2:310-216.
5. Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Semfyc; 2004.
6. Cegala DJ, McClure L, Marinelli TM, Post DM. The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews. *Patient Education and Counseling*. 2000;41:209-222.
7. Cembrowicz S. Dealing with "difficult" patients: what goes wrong. *The Practitioner*. 1989;233:486-489.
8. García-Campayo J, Aseguinolaza L, Tazón P. El desarrollo de las actitudes humanistas en medicina. *Med Clin (Barc)*. 1998;111:23-26.
9. Hall JA, Visser A. Health communication in the century of the patient. *Patient Education and Counseling*. 2000;41:115-116.
10. Jovell AJ. Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc)*. 1999;113:173-175.
11. Marinker M. The medium and the message. *Patient Education and Counseling*. 2000;41:117-125.
12. 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.
13. Mendelsohn JS. Interview Strategies Commonly Used by Pediatricians. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153:154-157.
14. Nidorf JF, Morgan MC. Cross Cultural Issues in Adolescent Medicine. *Primary Care*. 1987;14:69-82.
15. Pantell RH, Stewart TJ, Dias JK, Wells P, Ross W. Physician Communication with Children and Parents. *Pediatrics*. 1982;70:396-402.
16. 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;54:163-174.
17. Quill TE. Recognizing and Adjusting to Barriers in Doctor-Patient Communication. *Ann Intern Med*. 1989;111:51-57.
18. Sharp MC, Strauss RP, Lorch SC. Communicating medical bad news: Parent's experiences and preferences. *J Pediatr*. 1992;121:539-546.
19. Sigman GS, Kraut J, La Puma J. Disclosure of a Diagnosis to Children and Adolescents When Parents Object. *AJDC*. 1993;147:764-768.
20. Spiro H. What is empathy and can it be taught? *Ann Intern Med*. 1992;116:843-846.
21. 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;96:82-89.
22. Tonkin S. "Escuchando a los padres": el síndrome de la muerte súbita del lactante durante 25 años. *Pediatrics (Ed esp)*. 1996;41:425-426.
23. White J, Levinson W, Roter D. "Oh, by the way..." The Closing Moments of the Medical Visit. *J Gen Intern Med*. 1994;9:24-28.
24. Whitcomb ME. Communication and professionalism. *Patient Education and Counseling*. 2000;41:137-144.

