

Taller

Situaciones difíciles en la consulta de Atención Primaria

M. REDONDO VALDEOLMILLOS, E. CALLEJO GIMÉNEZ

Médicos de Familia Valladolid. Grupo Comunicación y Salud. Socalemfyc

La relación entre los profesionales y los pacientes (y sus familias) es algo más que una mera actuación técnica. Es una verdadera interacción humana, con el contenido emocional que ello conlleva. Y, aunque la relación profesional-paciente lleva implícito un reparto de roles, no podemos evitar que aflore el componente subjetivo (del que forman parte nuestras emociones y sentimientos). Y eso es lo que hace que unos pacientes nos caigan bien y otros despierten sensaciones negativas (contrarias a toda objetividad científica que deberíamos mantener).

Existen dos tipos de factores que influyen al catalogar al paciente como difícil: los derivados de las características del propio paciente, y los derivados de los sentimientos o emociones que dicho paciente genera en el profesional.

Existen diversas definiciones sobre los pacientes de trato difícil. O'Dowd los define como un grupo heterogéneo de pacientes, frecuentemente afectados de enfermedades relevantes, cuyo único rasgo común es la capacidad de producir estrés en el médico y el equipo que los atienden. Por otro lado, Ellis dice que paciente difícil simplemente es aquel que consigue hacerte sentir ese desagradable nudo en el estómago cada vez que lees su nombre en el listado de pacientes del día. Estas versiones describen la capacidad de dichos pacientes para causar sensaciones displacenteras en los profesionales, tales como pérdida de control, autoridad o autoestima, aversión, temor, resentimiento, desesperación, enojo, frustración, desesperanza, aburrimiento, rechazo, agresividad, etc.

En los estudios publicados se aprecia la gran variabilidad existente entre cupos respecto al número de pacientes etiquetados como difíciles. Tal variabilidad no podría explicarse exclusivamente a través de las características de los

usuarios, aunque dichas características tienen su importancia, sino que parecen estar relacionadas con ciertos aspectos del profesional (su personalidad, sus expectativas, su necesidad, etc.) que influirían en percibir y etiquetar a un paciente como problemático o difícil. Es preferible, pues, hablar de "relaciones difíciles profesional-paciente".

¿POR QUÉ ES DIFÍCIL LA RELACIÓN CON ALGUNOS PACIENTES?

El cómo se hayan desarrollado anteriores encuentros, la historia previa de la relación, condiciona la interacción entre paciente, profesional y entorno, influyendo notablemente en el desarrollo de dicho encuentro. Analizando este esquema, podríamos identificar factores de cada ámbito que influyen en la percepción de una relación difícil.

Factores derivados del paciente

1. Patología que presenta: enfermedad complicada por su gravedad o por otros problemas añadidos; síntomas confusos difíciles de catalogar o difíciles de expresar por el paciente; situaciones médicas desconcertantes, problemas mentales etc.
2. Personalidad del paciente: es un factor muy importante, que habitualmente no podremos cambiar, por lo que deberemos aceptarla: alteraciones psicológicas transitorias o permanentes; características físicas (higiene, vestido, etc.); barreras comunicacionales o socioculturales, opiniones o creencias contrapuestas con las nuestras, etc.
3. Circunstancias en que se desenvuelve el paciente: situación socioeconómica deficiente que impide el cumpli-

miento de opciones terapéuticas; nivel cultural y profesional elevado; entorno íntimo, social y /o familiar problemático; experiencias previas negativas con el sistema sanitario.

Factores relacionados con el profesional

1. Personalidad y características del profesional: alteraciones de la propia salud; problemas familiares; múltiples quehaceres que llevan a manifestar prisa; temperamento o carácter difícil; actitudes profesionales disfuncionales; estilos conversacionales inadecuados.
2. Circunstancias en las que se desenvuelve: estrés e insatisfacción laboral; experiencias negativas en relación con pacientes; discontinuidad de la atención.

Factores relacionados con el entorno

1. Características físicas y organizativas del centro: áreas de recepción y circuitos inapropiados, no centrados en el usuario; tiempos excesivos de espera; interrupciones frecuentes en la consulta; fallos reiterados en cuestiones burocráticas; mal clima laboral y relacional en el equipo.
2. Características de la comunidad en donde se desempeña el trabajo: problemática sociodemográfica (paro, marginalidad, etc.).

TIPOLOGÍA DEL PACIENTE DIFÍCIL

Aunque diversos autores han intentado clasificar los diferentes perfiles de pacientes o familias difíciles y característicamente poco o nada ha coincidido en sus propuestas, sin embargo, sí puede afirmarse que hay un tipo de pacientes que comparten ciertas características que merece la pena destacar:

- Las familias problemáticas suelen ser muy frecuentes.
- Generalmente están insatisfechas de los servicios que reciben.
- Su presencia se siente negativamente en el conjunto del equipo de salud.
- 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 en elementos de referencia.

- Sus elementos de soporte y contención social (familia, trabajo, relaciones, etc.) son escasos o, en todo caso, conflictivos.
- Suelen ser fieles a sus profesionales de referencia, negándose a cambiar de cupo en las ocasiones en que éste se lo ha propuesto.

MANEJO DE LA RELACIÓN DIFÍCIL

En algún momento de nuestro ejercicio profesional tendremos que afrontar y solucionar una situación con un paciente difícil. Aceptar que hemos de intentarlo en nuestra situación real, con las limitaciones existentes, sin esperar que lleguen unas condiciones ideales de salud, espacio, compañeros, cupo, etc., para ello, es un primer paso muy importante para mejorar nuestras habilidades. Esto no excluye tratar de mejorar esas condiciones todo lo posible.

Adoptar una actitud evaluativa

Es imposible intentar abordar apropiadamente una relación difícil si el profesional no adopta claramente la voluntad y actitud de estudiar objetivamente tal relación. Es decir, querer observar críticamente la situación, sin ánimo justificativo. A esto se le llama actitud evaluativa. El simple hecho de plantear una visión analítica de la relación puede, “per se”, hacer desaparecer el componente emocional de la relación con el paciente (y dicho componente emocional es el que nos aparta de nuestro papel como profesional y que en general es el componente problemático).

Aceptar los sentimientos que el paciente genera en nosotros

Los profesionales, como seres humanos, tenemos nuestra propia vulnerabilidad y, por tanto, los pacientes pueden despertar en nosotros emociones que, a veces, pueden ser realmente intensas. 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.

No se trata de querer evitar sentir tales emociones, sino de ser conscientes de su existencia y aceptarlas. Sólo a partir de entonces podremos analizar y, por tanto, tratar de mejorar la situación.

El profesional debe tener claro que, ante todo su actitud y su comportamiento hacia el paciente deben ser positivos, es decir, debe siempre basarse en el trato respetuoso, digno, amable y bien intencionado. Si el profesional no consigue orientarse en esa dirección, es preferible que transfiera el

cuidado del enfermo a otro colega. Si esto le sucede en un porcentaje significativo de pacientes, el análisis de lo que le sucede al profesional en esas situaciones debe ser más profundo y global.

Analizar la situación

Analizar es esencialmente un acto de honestidad auto-crítica. Una vez que se ha planteado deberemos valorar lo más objetivamente posible la situación, cuál es nuestro papel y el del paciente en el problema, buscaremos sus causas nucleares y valoraremos si el paciente presenta o no un proceso psicopatológico.

Un fenómeno interesante es el de la infectividad emocional. Es decir, la capacidad que tienen algunos pacientes para transferirnos sus sentimientos más profundos. Este fenómeno explica que muchas veces la ansiedad, la pérdida de autoestima, de control, etc., que un paciente nos hace sentir, no sería más que la misma emoción que, originariamente experimentada por el enfermo, nos ha sido transmitida por él. De este modo, a partir del análisis de nuestros sentimientos, podríamos inferir el estado emocional del paciente y a partir de ahí establecer planes de cuidados mejor orientados.

Plantear acciones

Modificaciones en el entorno

Pueden existir ciertos factores ambientales que favorecen situaciones problemáticas. Influyen en todos los pacientes, pero de manera especial en los más susceptibles, pudiendo motivar reacciones desproporcionadas en cada visita. En la medida que estos factores podamos corregirlos, la calidad de la relación en la consulta puede mejorar:

- Tiempo de espera excesivo: además de intentar solucionar esta situación, saber pedir perdón a los pacientes, aunque no sea nuestra culpa, permite que lo olviden enseguida porque ven que se les tiene en cuenta.
- Dificultades habituales para comunicar con el centro y obtener cita también causan irritación y predisponen a generar situaciones más complicadas, con más agresividad. Aunque tomar medidas para que disminuya tal situación muchas veces no está en nuestra mano.
- Interrupciones frecuentes pueden violentar la intimidad del paciente y ponerlo a la defensiva. La actitud de escucha atenta puede restaurar el equilibrio perdido, pero debe acompañarse de otras medidas.
- Fallos reiterados en cuestiones burocráticas. Los profesionales no podemos encogernos de hombros aunque no sea un fallo personal. Debemos manifestar el mayor interés posible y en ocasiones suplir las deficiencias mediante llamadas telefónicas u otras actividades.

Las sugerencias de los pacientes y los defectos observados por ellos o nosotros son una buena herramienta para mejorar las condiciones ambientales.

Modificaciones en el perfil profesional

En ocasiones las dificultades residen en los profesionales. Modificar y adecuar nuestras conductas es una tarea que requiere esfuerzo y, sobre todo, disposición para ello. Estrategias de formación en comunicación han mostrado su eficacia para cambiar y mejorar aspectos deficitarios de los profesionales.

Delante de cualquier tipo de paciente difícil debemos tener presente que, en ese momento, nuestros intereses se deben centrar en él sin dejar traslucir si uno está triste, cansado, disgustado, o simplemente no se encuentra bien. La prisa que podemos tener por la necesidad de realizar otros quehaceres nos puede conducir a eludir responsabilidades, derivando a otros niveles en exceso o a estar pensando en lo que tenemos que hacer a continuación y pasar por alto algún detalle importante.

Ante un temperamento difícil, el profesional tiene que hacer esfuerzos para dominarse si el paciente dice algo ofensivo o chocante, considerando todo como un síntoma más de la enfermedad, que no puede ofender a nadie, e incluso demostrar amabilidad dentro de la manera de ser de cada cual.

Acciones orientadas al caso difícil

Desde una perspectiva global, vamos a mencionar unas claves esenciales para el tratamiento ante los pacientes difíciles:

- Minimizar la medicalización del caso.
- Dentro de lo razonable, mantener la continuidad.
- Utilizar la experiencia y el conocimiento previo sobre el paciente, a fin de establecer objetivos concretos, progresivos y asumibles que marquen la pauta a seguir con el paciente, tanto desde el aspecto de control clínico, como del nuevo marco comunicacional que se establezca.
- Cuidar la autoestima profesional, basando nuestras acciones en criterios científicamente aceptables.
- Basar toda la estrategia en los aspectos más constructivos de la personalidad del paciente o familiar, favoreciendo la negociación, la corresponsabilización y el pacto entre profesional y usuario.
- Rechazar la fantasía de establecer una relación perfecta. Reconocer que lo más probable es que la relación con su paciente problemático siempre será menos satisfactoria de lo que sería deseable.

- Recordar que el problema no suele implicar únicamente a la relación de un profesional con el paciente o su familiar sino que, probablemente, afecta también a la relación con el resto de 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.
- Si la situación se hace insoportable y hay posibilidades para ello, se puede plantear la ruptura de la relación, indicando a la familia la conveniencia de elegir otro profesional.

CUANDO EL ACOMPAÑANTE ES EL QUE NECESITA AYUDA: EL ACOMPAÑANTE ENFERMO

Una situación frecuente en pediatría es aquella en la que el acompañante (con frecuencia la madre) es, en realidad, el verdadero enfermo y el pretendido paciente (el niño) es un mero síntoma de su padecimiento.

Vista así esta situación puede resultar excesivamente simplificada, pues omite las mutuas influencias que ejercen unos miembros de la familia sobre otros, determinando las conductas de todos. Es decir, el «enfermo teórico» no es un mero «receptor» pasivo de la ansiedad o patología del «acompañante realmente enfermo» puesto que siempre existe una interacción mutua, una relación que retroalimenta la conducta del otro.

El Modelo Sistémico propone el estudio de la familia como un sistema en el que sus miembros, y por tanto sus comportamientos, están interactuando circularmente. Por ejemplo: «una madre no puede angustiarse porque al niño le duele la cabeza si éste no manifiesta, verbal o no verbalmente, que le duele la cabeza». Este modelo no comprende el fenómeno aislado del «acompañante enfermo», sino que se trata de tener una visión correlacionada del paciente oficial como unidad psicofísica, del paciente oficioso y del contexto de ambos. Y el contexto básico del individuo es su familia.

Vamos a referir a aquellas entrevistas en las que 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 familiar. Los niños responden a las tensiones que obran sobre su familia. Todos hemos comprobado, o intuido, cómo en algunas ocasiones, por ejemplo, los problemas de salud de un niño mantienen un matrimonio. Así, pueden dar a una pareja inestable un punto común de preocupación, de manera que la madre

se vuelca en combatir el síntoma de su hijo a la vez que se aísla de los requerimientos del mundo exterior, mientras que el padre favorece dicho aislamiento manteniendo una actitud distanciadora.

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.

Objetivos

1. Evitar o controlar la ansiedad que este tipo de consultas produce en el sanitario.
2. Mantener una buena relación sanitario-paciente-acompañante.
3. Evitar la medicalización del conflicto, que contribuye a la cronificación de la comunicación a través de lo biológico.
4. Crear un espacio propio para la expresión de las ansiedades y conflictos del acompañante.
5. 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.

Recursos

No tener prisas

Hacerse a la idea de que este tipo de demandas requieren tiempo. No sólo en la primera entrevista, sino que precisan pautar visitas de seguimiento frecuentes, sin esperar a que sea el acompañante el que decida cuándo volver por la recurrencia o intensificación de los síntomas.

Contención emocional

Capacidad para sostener la ansiedad tanto del sanitario (sentimientos de malestar, impotencia, irritación...) como del consultante y el acompañante. Para controlar nuestros propios sentimientos podemos recurrir a:

- 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 circularmente.
- Técnicas de autocontrol emocional: identificar rápidamente nuestra ansiedad y desarticularla con una convicción: la de que este tipo de consultas son realmente una petición de ayuda en un tipo de pacientes que no pueden verbalizarla de otra forma (existe por tanto una demanda expresada y otra demanda latente sufrida).

- Intentar escuchar y comprender “el relato de síntomas” como una metáfora de la problemática real subyacente. Para intentar controlar la ansiedad del consultante y sobre todo del «acompañante», se necesitará:
- Una actitud empática: solidaridad con el dolor ajeno y transmisión de dicha solidaridad.
- Tener siempre presente que, si una relación adecuada no puede resolver los problemas, una relación inadecuada sí puede cronificarlos.
- Ser capaces de percibir «la presión de la madre» sin pasar inmediatamente a la acción.

Ordenar el tiempo de la entrevista

Habrá que conducir la entrevista con dos pacientes, el «oficial» y el «oficioso».

Fase exploratoria

Averiguar el motivo de consulta: existirá un motivo de consulta expresado y una percepción más o menos sutil por parte del sanitario de una problemática subyacente sufrida. La secuencia que debemos seguir es la siguiente:

1. Centramos primero en LA SINTOMATOLOGÍA INICIAL que se argumenta como motivo de consulta.
 - Dejar que el acompañante vacíe su ansiedad relatando “el problema teórico”, siguiendo una técnica semi-directiva, en la que intercalaremos preguntas sobre aspectos biológicos primero y luego sobre aspectos psicosociales en relación a la sintomatología expresada: «¿qué es lo que vomita el niño?, ¿tiene fiebre?, ¿le pasa más cuando está nervioso?», etc.
 - Favorecer el relato del problema por parte del niño: “ahora cuéntame tú, ¿qué es lo que te pasa?, ¿cómo es tu dolor de cabeza?”, etc. A partir de los 5-6 años el niño ya tiene la suficiente maduración cognitiva para poder participar en su proceso asistencial. El establecer una relación directa niño-sanitario favorece la autonomía del mismo y la ruptura de la expresión del conflicto a través del cuerpo del niño.
 - Intentar descartar siempre organicidad
2. Una vez abordado el síntoma expresado, intentar el SALTO A LA ESFERA PSICOSOCIAL de todo el contexto, en un intento de conocer el valor comunicativo del síntoma. Intentar lanzar un puente a la madre, a sus emociones. Las técnicas que se pueden usar son:
 - **Señalamientos**, mediante lo cual evidenciamos emociones y actitudes de ésta de las cuales no era consciente: «me da la impresión de que está realmente agobiada por lo poco que come su hija», «creo que los vómitos del niño no le dejan vivir».

- **Frasas empáticas**: «me imagino lo trabajoso que debe ser tener que estar cambiando sábanas todas las noches a un niño que todavía se hace pis, con todo el trabajo que usted tiene», «entiendo que le preocupe que el niño se esté quejando cada dos por tres de la cabeza».
- **Evitar interpretaciones directas**: «los dolores de tripa de la niña son una llamada de atención». En general en este tipo de acompañantes existe una disociación entre sus percepciones de lo somático y lo emocional y rechazan tajantemente este tipo de enfoques.

Si en la primera o a lo largo de las sucesivas entrevistas conseguimos cierta consonancia afectiva con la madre (acompañante) es fundamental que exploremos:

- El significado de los síntomas para éste o ésta.
- La problemática de todo el contexto familiar: alcoholismo, duelos no resueltos, padre ausente, etc.
- Cómo la sintomatología del niño ha modificado los roles y tareas de cada miembro: «desde que esta niña nació prematura y vomitona, me paso las horas con ella y su comida y mi suegra se tiene que encargar de los otros».
- Investigar si alguien más en la familia ha tenido síntomas parecidos (nos informa del sentido transgeneracional del síntoma).

Si es posible intentar obtener esta información en una entrevista programada para la madre, que nos servirá también para ir creando un espacio propio para la misma y para ir conociendo los problemas relacionales subyacentes.

Fase resolutive

A) Dirigirse primero a la MADRE para negociar:

No tranquilizar u ofrecer respuestas fáciles, sin conocer realmente el problema. Es muy importante que el sanitario muestre que no tiene una solución inmediata y que es capaz de tolerar la incertidumbre mientras que trabaja con la demanda. A veces podemos negociar este aspecto con la madre utilizando la técnica de paréntesis: «aún no se conoce bien la evolución del niño para opinar».

Utilizar respuestas evaluativas, es decir, aquellas que obliguen a posicionarse a la madre, de tal forma que ella vaya elaborando el significado diagnóstico que tienen para ella los síntomas del niño, qué tratamiento cree que sería el mejor y qué resultados espera obtener: «¿usted cree que si le diéramos unas vitaminas, comería más?, ¿y cree que con eso crecería más?». Intentar así una corresponsabilidad de ésta en el cuidado del niño. Una respuesta opuesta por nuestra parte, autoritaria y jus-

tificativa de nuestra forma de hacer sólo conseguirá deteriorar la relación. Trabajar con la madre en busca de diagnósticos y soluciones aceptables para todos (consultante, acompañante y sanitario).

Cesiones intencionales y reales: son frecuentemente necesarias en este tipo de demandas. Consiste en aceptar una sugerencia a nivel de intenciones futuras o para aplicarla de manera inmediata. Cada uno debemos llegar hasta donde nuestras convicciones profesionales y personales nos lo permitan: «estoy de acuerdo con usted en que tal vez sea necesario mandar al niño al especialista, pero por ahora me parece un poco pronto, vamos a ver cómo va evolucionando ese dolor de cabeza.”.

Pruebas diagnósticas sucesivas: es útil mantenerse activos en lugar de frustrados y perplejos aunque los test diagnósticos y exploraciones no nos muestren ningún trastorno biológico subyacente. Por ejemplo, podemos utilizar procedimientos diagnósticos inusuales y no yatrogénicos: “el niño deberá apuntar cuándo le duele la cabeza, y qué estaba haciendo, y la madre lo supervisará”.

- B) Dar siempre unas recomendaciones directas al **niño**, siempre que no sea muy pequeño, breves, sencillas y comprensibles por éste.
- C) Si existe un grado importante de disfunción, ofrecer, convocando a toda la **familia**, una consulta especializada a Centros donde se realice un enfoque familiar o terapia familiar. La familia será presentada como fuente de ayuda y no como fuente de origen del problema.
- D) Estar siempre preparados a la recurrencia o aparición de nuevos síntomas.

Prevención

Trabajar con la pareja desde el principio, durante los controles prenatales y del niño sano. Debemos invitar al padre a acudir a todas las visitas de seguimiento del embarazo y del niño. Ser asertivo en la necesidad de que éste acuda e insistir en la importancia que su participación tiene. Se trata de intentar favorecer el papel contenedor que en muchas ocasiones puede tener el padre, desde el principio. Es conveniente evitar dar consejos conyugales si en las visitas detectamos problemas en la pareja. Hay que mantener el objetivo de las visitas centrado en los cuidados pre y postnatales.

ABORDAJE DE LA AGRESIVIDAD

La cólera, el enfado o la ira pueden ser, ocasionalmente, respuestas sanas que sirven para adaptarse a situaciones de

estrés vitales. Pero, en otras muchas ocasiones, la agresividad no es una respuesta adaptativa, pues consigue los efectos contrarios a los perseguidos. Es desadaptativa. En el caso médico puede conducirnos a errores clínicos o a reacciones de ansiedad, etc. La agresividad puede surgir como consecuencia de una experiencia dolorosa (pérdida real de un ser querido; lesión en nuestra autoestima por un trato irrespetuoso; miedo a enfermar; etc). Constituye una respuesta emocional y conductual extrema, que implica una descarga fisiológica propia de los estados de alarma, con un desgaste importante para el que la experimenta. Este desgaste es tan intenso que puede producir reacciones depresivas severas.

Todos nosotros tenemos experiencias muy desagradables con pacientes agresivos y sabemos lo que esto nos afecta y nos desgasta. El objetivo es, no sólo mejorar la relación con nuestros pacientes, sino también, y tan fundamental como el anterior, protegernos del desgaste emocional que la agresividad genera. El adecuado manejo de la agresividad o su prevención mejorarán nuestro conocimiento del paciente, con lo que disminuirán nuestros posibles errores clínicos (no podemos olvidar que el fin último de nuestra actuación es el bien del enfermo).

1. NIVELES DE AGRESIVIDAD. La agresividad puede alcanzar distintos niveles: recriminaciones o culpabilizaciones; exigencias; insultos; amenazas; agresión física.
2. DESENCADENANTES O POTENCIADORES DE LA HOSTILIDAD:
 - Factores del paciente: temperamento, estado depresivo, frustración previa, situaciones estresantes, etc.
 - Factores del profesional: somos tan humanos como los pacientes y, por tanto, también estamos sujetos a pulsiones, influencias externas, etc. Es evidente que la personalidad del profesional, su estado de ánimo, su experiencia, sus vivencias, etc., pueden influir en la agresividad. También puede influir el estilo de pasar consulta de cada profesional (si lo hace culpabilizador o más bien técnico).
 - Factores de la propia relación: con su historia previa, sus diferencias de criterio, peticiones no aceptadas, etc.
 - Factores externos a la relación: que pudieran ser referentes a la institución (“Tú protesta y ya verás como te atienden”), o del tiempo de consulta, o del tiempo de espera, o de la situación de la consulta (más riesgo en las urgencias o con enfermos psiquiátricos).
3. TIPOS DE RESPUESTA. Toda persona en un momento determinado puede ponerse agresiva. Sin embargo, hay algunos que conservan la calma de un modo admirable.

Estas maneras distintas de ser están configuradas por diferentes elementos:

- Experiencias vividas en los primeros años de vida, autodominio que se inculcó de pequeños, etc.
- Experiencias que hemos tenido a lo largo de nuestra vida sobre el fracaso o éxito de afrontar situaciones de riesgo.
- Contención más o menos intensa de nuestras reacciones emocionales (unas personas lloran con mucha facilidad, mientras que otras se dominan más).

Todos estos factores configuran un umbral de reactividad para cada persona. El que se llegue o no a ese umbral depende de varios factores: la sensación de urgencia o peligro que experimentemos (urgencias vitales); la situación emocional que atravesemos; las consecuencias previsibles de la situación; la creencia a tener derecho a algo; la sensación “de que me están tomando el pelo”; la reciprocidad que la persona supone a la otra (hay más discusiones con las enfermeras que con los médicos, pues a éstos siempre hay la fantasía de que a lo mejor alguna vez pueden ser “útiles”).

Tratamiento de la agresividad

Debemos partir del hecho de que la agresividad es siempre más fácil de producir que de cortar una vez establecida. Por ello primero debemos aprender a prevenirla y luego a manejarla.

1. Prevención de la agresividad

- Parece evidente que lo primero que deberemos hacer será DETECTARLA. Muchas veces la agresividad puede estar latente y si nos damos cuenta de su existencia podemos evitar que se manifieste. Aquí son muy importantes los aspectos de comunicación no verbal que nos puedan dar indicios, tales como una posición cerrada, expresiones muy cortantes, recriminaciones, poco contacto visual- facial, etc.
- Es muy importante adquirir un DOMINIO DEL CLIMA y de la situación. Si nosotros sabemos mejorar nuestra empatía, nuestra cordialidad, la agresividad será más difícil que aparezca. El empleo de respuestas evaluativas, para valorar las creencias del paciente, puede ser también muy útil.
- El empleo de la entrevista semiestructurada que nos posibilita una recepción, una delimitación del motivo de consulta y una información-negociación.
- Llegar a un mayor AUTOCONOCIMIENTO que nos permitirá conocer las respuestas que despiertan en nosotros determinados pacientes y situaciones. Hay pacien-

tes que nos generan rechazo (los hipocondríacos, por ejemplo), hostilidad (los antisociales), aversión (los “pegajosos”), defensa (los “reclamadores”), etc.

- La observación de uno mismo y su conocimiento permitirá adquirir un AUTO CONTROL EMOCIONAL, que será una herramienta muy importante para prevenir la agresividad. Existen muchas técnicas, más o menos difíciles de aprender, para adquirir este autocontrol: técnicas de relajación; de afrontamiento de situaciones estresantes; de detención del pensamiento negativo; de respiración, etc.

2. Abordaje

El primer paso es siempre el mismo: permanecer en nuestra propia “sintonía” emocional, independientemente de las emociones negativas que pueda aportarnos en un momento determinado la situación. Ahora bien, ello no suele ser fácil, ya que no nos bastará con desearlo ni proponérselo, sino que deberemos entrenarnos en ello. Al principio nos costará esfuerzo, sobre todo porque los acontecimientos mentales son veloces y percibimos los mensajes de desconfianza o agresividad cuando estamos respondiendo automáticamente a ellos. Tanto es así que, como ya hemos visto, algunos autores han propuesto hacer el “diagnóstico” de “paciente difícil” precisamente a partir de estas emociones negativas que nos generan, y no tanto por su percepción objetiva. Es decir, a veces es más fácil detectar nuestras emociones negativas que las del propio paciente, sobre todo cuando la conducta hostil de éste no es muy pronunciada.

Lo que no haremos será intentar razonar con el paciente hostil. 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 en 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. Si el paciente viene agresivo el problema es suyo, pero si yo me activo, el problema es mío también.

Mientras esto ocurre evitaremos pronunciarnos sobre lo que el paciente nos diga. Todo lo que le digamos lo interpretará de la manera que más le interese. Debemos transmitirle aceptación e interés por lo que nos dice, pero no pronunciarnos en un primer momento. Para ello, debemos estar entrenados en el autocontrol emocional (permanecer en nuestra propia sintonía emocional, independientemente de las emociones negativas que en determinado momento pueda traernos el paciente). El reconocimiento de un error

puede desactivar de inmediato a un paciente agresivo. Si no es posible un acuerdo o si el tema a debate carece de interés, se puede intentar una reconducción por objetivos (“el objetivo más importante es la salud del paciente”). De cualquier manera, en toda negociación y más con pacientes difíciles, el punto más trascendente es delimitar el objetivo mismo de la negociación. Con frecuencia, basta con que la persona agresiva vea que queremos ayudarle sinceramente, para que se convierta en uno de nuestros pacientes más incondicionales.

Una vez logrado el clima de sosiego necesario (generalmente es sólo cuestión de tiempo), podemos actuar como lo haríamos en cualquier otra consulta. Si consideramos la consulta del paciente como inaceptable y no queremos que se repita, resulta pertinente mostrarle nuestros sentimientos. Según responda, nos da una idea de la capacidad que tenemos para influir en su conducta. Si insiste o repite, o preveemos que se repetirá y se ha roto la mutua confianza y respeto, podemos anticiparnos mediante una propuesta de nueva relación: “estoy acostumbrado a un trato amigable con mis pacientes; si usted piensa que eso no va a poder ser con usted, puede ser conveniente para ambos plantearse si yo soy el profesional más adecuado para hacerme cargo de su salud”.

Actitudes que se deben evitar

- Defenderse, acobardarse.
- Excusarse, dar justificaciones, dar explicaciones innecesarias e inútiles
- Apaciguar inapropiadamente la situación. “Cálmese, no se tome las cosas tan en serio”.

- Tomar partido sobre si la agresividad está justificada o no.
- Decidir sobre quién tiene la culpa, derivar la queja hacia otro, cronificando la situación agresiva hacia una nueva relación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Sanz J, Álvarez-Ude Cotera F. Grupo Comunicación y Salud. Socalemfyc. Taller de Abordaje del paciente difícil. Octubre 2004.
2. Agreda J, Yanguas E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol 24, supl. 2
3. Blay C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. FMC 1996; 4: 243-250.
4. Mas Garriga X, Cruz Doménech J M, et col. Pacientes de trato difícil en atención Primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. Aten Prim 2003; 31: 214-221
5. Martín MN. La relación clínica con el paciente difícil. Aten Prim 2000; 6: 443-447.
6. Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
7. Yolanda Jarabo Crespo y Fermín Quesada Jiménez. El acompañante enfermo. Libro de ponencias y comunicaciones.
8. Mcdaniel SH, Campbell TL, Seaburn 08. Family-oriented primary care: a manual for medical providers. New York, NY: Springer-Verlag; 1990.
9. Onnis L. Terapia familiar de los trastornos psicossomáticos. Barcelona: Paidós; 1985.
10. Tizón Garcial JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona: Doyma; 1988.