



Estrategias para la prevención y el manejo de las relaciones difíciles médico-paciente desde un enfoque cognitivo-conductual.

Strategies for the prevention and management of difficult doctor-patient relationships from a cognitive-behavioral approach

Carlos Armando Herrera-Huerta,* Jorge Loria-Castellanos,** Ariana Cerón-Apílhualco,*** Alejandro Irvin Soto-Briseño,*** Erika Fernanda López-Lizárraga,*** Jesús Rafael Sánchez-Ordoñez,*** Claudia Elizabet Cervantes-Camacho,*** José Jesús Favila-Bojórquez.*

RESUMEN

El presente artículo tiene como propósito redefinir el concepto de "paciente difícil", analizar los diversos factores involucrados en la génesis de los conflictos entre médico-paciente y proponer un modelo de técnicas cognitivo-conductuales para la prevención y el manejo efectivo de las "relaciones difíciles" en el entorno sanitario. El modelo dual es una adaptación de los principios de guías internacionales para la lex artis del acto médico (Guía Calgary-Cambridge y el Proyecto de Profesionalismo Médico) así como la incorporación sistemática de los principios de la comunicación efectiva y la autoregulación emocional. La utilidad de este tipo de artículos de revisión se sustenta en las elevadas prevalencias de "pacientes difíciles" en los servicios de salud (10-60 %) y las desastrosas consecuencias de una comunicación fallida, como los conflictos médico-legales.

Palabras clave: paciente difícil, relación médico-paciente.

ABSTRACT

The purpose of this article is to redefine the concept of "difficult patient", to analyze the various factors involved in the genesis of doctor-patient conflicts and to propose a model of cognitive-behavioral techniques for the prevention and effective management of "difficult patient relationships". "difficult" in the healthcare environment. The dual model is an adaptation of the principles of international guidelines for the lex artis of the medical act (Calgary-Cambridge Guide and the Medical Professionalism Project) as well as the systematic incorporation of the principles of effective communication and emotional self-regulation. The usefulness of this type of review article is based on the high prevalence of "difficult patients" in health services (10-60%) and the disastrous consequences of failed communication, such as medical-legal conflicts.

Key words: difficult patient, doctor-patient relationship.

INTRODUCCIÓN

¿Paciente difícil o médico difícil?

Los pacientes difíciles suelen representar un reto para los clínicos por emociones negativas que generan, como frustración, disgusto, enojo, culpa o rechazo. Se estima que entre un 10 al 60 % de los pacientes atendidos en los servicios de salud muestran comportamientos difíciles. En la literatura abundan los términos calificativos para el paciente de "trato difícil", son pacientes: dependientes, demandantes, manipuladores y autodestructivos. Sin embargo, una visión realista y apegada a los principios de la comunicación humana

propone un término distinto: relación difícil médico-paciente. Tanto el profesional como el paciente aportarán elementos para que esta dinámica se torne complicada e infructuosa.¹⁻⁴

La mecánica de este tipo de crisis en la relación médico-paciente, partiendo de la descripción anterior, incluye entonces factores derivados del paciente, factores relacionados con el personal sanitario y factores del entorno (**cuadro 1**). Una deficiente gestión y resolución de este tipo de relaciones caóticas puede llevar al profesional sanitario a experimentar una intensa frustración laboral y personal, y en el caso del paciente, puede provocar que se aleje de la atención sanitaria por las experiencias negativas surgidas.⁵

* Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS, Ciudad de México, México.

** Coordinación de proyectos especiales en salud. IMSS.

*** Centro de Simulación para la Excelencia Clínica y Quirúrgica (CESIECQ) del Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS, Ciudad de México, México.

Cuadro 1. Motivos que dificultan la relación médico-paciente.*

Factores del		
Paciente	Entorno	Profesional
<p>Tipo de patología Enfermedad complicada por su gravedad u otras comorbilidades Síntomas confusos difíciles de catalogar y/o verbalizar por el paciente Trastornos mentales no diagnosticados o sin tratamiento</p> <p>Personalidad del paciente Rasgos desadaptativos (impulsividad, inestabilidad afectiva, circunstancialidad, conductas evitativas, etc)</p> <p>Circunstancias vitales Situación socioeconómica deficiente (inadecuada adherencia terapéutica) Nivel cultural y profesional elevado (reticencia, escepticismo) Entorno íntimo, social y/o familiar problemático Experiencias previas negativas con el personal sanitario</p>	<p>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 Fallos ante la excesiva demanda sanitaria</p>	<p>Personalidad Rasgos desadaptativos de tipo narcisistas u obsesivos</p> <p>Circunstancias vitales y laborales Alteraciones de la propia salud Problemas familiares Estrés e insatisfacción laboral Experiencias negativas en relación con pacientes Discontinuidad de la atención Dificultad en el abordaje de contenidos psicosociales Falta de actitud positiva hacia la salud mental</p>

*Adaptado de "El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo".⁵

Relación médico-paciente: la comunicación como elemento central

Hernández (2001) escribe con relación a la interacción médico-paciente que ésta parte de un "vínculo de coparticipación emocional, y que solo termina cuando el paciente se alivia o muere". El acto central de la actividad clínica es entonces la relación médico-paciente. Un fenómeno comunicativo donde ambos participantes se forman una impresión del otro, observación recíproca que requiere de una entera confianza y disposición al diálogo. Resulta entonces comprensible, como apunta Bohórquez (2004), que en este "intercambio humano intenso y profundo al compartir ambos emociones y vivencias que hacen parte del mundo interno del otro" puedan surgir crisis y dificultades que devengan en resistencias que fracturen el vínculo médico-paciente.²⁻³


En el estilo de interacción con el paciente pueden surgir distintos tipos de dinámicas que son definidas por sus objetivos, obligaciones del médico, el papel que desempeñan los valores del paciente y la manera de concebir la autonomía del mismo (Emanuel y Emanuel, 1999). Clásicamente se han definido cinco modelos de la relación médico-paciente: participativo, informativo, interpretativo, paternalista e instrumental (**cuadro 2**). Partiendo de esta variedad de modelos, podemos definir sus potenciales consecuencias a corto y largo plazo en el vínculo que co-construimos con el paciente.²

Si la relación médico-paciente parte de un "contrato terapéutico" implícito, cualquier análisis crítico de las dificultades que puedan suscitarse durante esta interacción, debe tomar en cuenta los siguientes elementos de la comunicación humana:

- Emisor (paciente)
- Receptor (médico)
- La doble vía (intercambio de información entre médico-paciente)
- El lenguaje (totalmente técnico o adaptado al nivel cultural-educativo del paciente)
- El acto global de la comunicación entre médico-paciente (los resultados de la interacción).

Los modelos esquemáticos que presentamos a continuación reúnen algunas técnicas cognitivo-conductuales, principios fundamentales del profesionalismo médico y la comunicación efectiva para la prevención y el manejo efectivo de las "relaciones difíciles" en el entorno sanitario. El modelo CORDIAL es útil en estadios tempranos del conflicto médico-paciente, por lo que su objetivo es evitar potenciales agresiones y dificultades de índole legal. Por otra parte, el modelo MEDIAR es para la aplicación en situaciones urgentes, críticas, donde la agresividad del usuario de los servicios médicos es evidente por sus manifestaciones conductuales y verbales.

Cuadro 2. Modelos de la relación médico-paciente.*

Modelo	Características	Grado de presencia de los valores y preferencias del paciente
Participativo	Discute y desarrolla valores con el paciente. Recomienda tratamiento, respetando su autonomía, sistema de creencias y deseos; coadyuva al paciente en la selección adecuada de este.	 <p>Presencia</p> <p>Ausencia</p>
Informativo	Se brinda información y opciones, pero la decisión es del paciente	
Interpretativo	Se da información, alternativas y consecuencias de los actos médicos para que el tratamiento sea elegido en relación a estos	
Paternalista	Se selecciona una intervención que el médico determina como la mejor para el paciente y su bienestar	
Instrumental	Se selecciona un tratamiento que permita cumplir el objetivo del médico	

*Adaptado de "La relación médico médico-paciente y la calidad en la atención médica" (Hernández, 2001)²

Modelo CORDIAL:

estrategias cognitivo-conductuales para la prevención de relaciones difíciles en el entorno sanitario

La aparición de relaciones difíciles (anteriormente conocidos como "pacientes difíciles") suele ser inevitable en servicios médicos con alta carga asistencial, como las unidades de urgencias, donde la moneda corriente son los problemas sociosanitarios, desacuerdos por el ingreso o el alta, los conflictos con los familiares y los desacuerdos con el paciente sobre las pautas de su tratamiento.^{6,7}

La relación conflictiva resulta en un desafío extraordinario ya que añade al problema biomédico, que tiene que ser atendido por el profesional sanitario, conflictos de índole personal, producto de actitudes inadecuadas o comportamientos incorrectos que en definitiva entorpecen el proceso diagnóstico-terapéutico. Herreros y colaboradores (2010) mencionan al respecto que "la excelencia profesional puede reducir los conflictos éticos, pero no eliminarlos por completo". Cualquier modelo de gestión y resolución de relaciones difíciles en el entorno sanitario solo puede aspirar a reducir su frecuencia y el nivel de gravedad ético e interpersonal, no a desaparecerlo.

Existe cierto consenso internacional sobre los recursos de mayor utilidad para el manejo efectivo de relaciones difíciles y sus conflictos derivados, como las habilidades de la comunicación y la formación en bioética. Hemos reunido una serie de estrategias para la prevención de relaciones difíciles médico-paciente en un modelo de siete acciones y valores cuyo acrónimo es **CORDIAL** (comunicación, orden, respeto, discusión, interés, atención y lealtad). El contenido de este modelo parte de los principios de la comunicación efectiva, la Guía Calgary-Cambridge y el Proyecto de Profesionalismo Médico (*figura 1*).⁸⁻¹¹

- **Comunicación:** el profesional sanitario comunica en su interacción con el paciente, utilice o no las palabras, pues "todo es comunicación" partiendo del primer

axioma de la comunicación humana. Una estructura ideal en la incipiente relación médico-paciente debe tener como punto de partida la presentación, es decir, la introducción y establecimiento del contexto: presentarse con nombre y cargo, verificar el nombre del paciente y establecer un orden en la entrevista con frases como "primero me gustaría conocerlo mejor, así que le haré unas cuantas preguntas con relación a sus antecedentes médicos, posteriormente hablaremos del motivo de su consulta". En medida de lo posible hay que mantener un contacto visual con el paciente y evitar barreras físicas, como computadoras, expedientes o darle la espalda: mirar al paciente siempre humanizará la asistencia médica. La escucha activa contempla mostrar interés en lo que el paciente quiere decir, demostrar que uno está escuchando y entendiendo lo que se dice durante la conversación. Algunas técnicas son el rephrasear (repetir lo que el paciente nos acaba de decir), afirmar que hemos entendido su punto de vista y dar un espacio para las dudas (clarificar la información hasta que el mensaje sea apropiadamente recibido por el paciente), y por supuesto, utilizar un lenguaje libre de tecnicismos médicos.⁹

- **Orden:** el interrogatorio inicial debe tener como propósito reunir la información suficiente para integrar un cuadro global del paciente, no solo en su aspecto biomédico, si no también sociocultural (sistema de creencias, nivel educativo, económico y familiar). La consulta médica responde a una estructura básica en cuatro actos: **entrevista, exploración, planificación terapéutica y cierre**. La sensación de estructura y orden en el proceso de atención al paciente se puede transmitir utilizando enunciados que señalicen los cambios o la transición entre los diferentes tópicos. Durante el examen físico, por ejemplo, es fundamental explicar el procedimiento que se realizará y siempre

pedir la autorización del paciente para llevarlo a cabo. A su vez no olvidar estar atento a los tiempos destinados para cada tópico y mantener el foco de la entrevista, si es necesario se puede dirigir al paciente en su discurso mediante las secuencias mencionadas con antelación.⁸

- **Respeto:** las características del entorno, que es el consultorio médico o el área de hospitalización, deben reforzar la intimidad, el respeto y la comodidad que el paciente requiere en un estado de plena vulnerabilidad como lo es la enfermedad (ya sea en su presentación crónica o aguda). Eliminar ruidos ambientales, silenciar el teléfono celular, evitar las interrupciones durante la entrevista y la exploración, mantener un tono ecuánime en el discurso (imparcialidad en el juicio y constancia en el estado de ánimo), suponen una serie de buenas conductas que reafirman el respeto como valor crucial en la interacción con el paciente.
- **Discusión:** en todo momento debe mantenerse una relación que pondere el profesionalismo y el respeto a los principios de autonomía y dignidad del paciente. La labor del profesional sanitario responderá a un modelo idealmente participativo: los objetivos terapéuticos deberán establecerse en conjunto, transmitidos en un lenguaje claro y libre de tecnicismos, con flexibilidad ante las dudas del paciente o la necesidad de repetir la información cuantas veces sea necesario. Realimentarnos de la perspectiva del paciente con relación a la atención otorgada, aquello que le resultó apropiado o le disgustó, nos permite perfeccionar nuestras habilidades de la comunicación y conductas clínicas.¹²
- **Interés:** este comportamiento, al igual que la ecuanimidad, deberá mantenerse durante la atención al paciente. Ante cualquier signo de duda o de contrariedad el profesional debe detenerse y corroborar qué es lo que piensa y siente el paciente (esfera cognitiva y afectiva). La comunicación no verbal es un excelente recurso para mostrar interés: mantener contacto visual, asentir y conservar una actitud empática (identificar emociones, etiquetar la emoción, normalizar, respetar, indagar más respecto a las emociones y finalmente mostrar apoyo).
- **Atención:** el interés y la atención son dos estrategias conductuales que parten del mismo objetivo: hacer patente el compromiso que tenemos en la resolución del problema médico que nos plantea el paciente. Nuevamente, la flexibilidad ante el desacuerdo fortalece la relación médico-paciente y refleja profesionalismo y competencia.
- **Lealtad:** ante la presencia de conflictos durante la primera interacción con el paciente, aun siguiendo las estrategias del modelo, debemos mantenernos ecuánimes y recordar que los principios de bienestar, autonomía y justicia son ejes rectores de la profesión sanitaria. Si el conflicto persiste ante los intentos del clínico de mantener un diálogo respetuoso y sustentado en las características de la comunicación

efectiva, es válido solicitar ayudar al personal directivo o a un colega, la finalidad es evitar la escalada en potenciales conductas agresivas u otro tipo de conductas conflictivas.

Modelo MEDIAR: estrategias cognitivo-conductuales el manejo de relaciones difíciles en el entorno sanitario

Las relaciones difíciles con el paciente pueden escalar hasta una conducta francamente agresiva hacia al médico. La agresividad se entiende como un comportamiento básico, primario e instintivo en el repertorio comportamental de supervivencia de los seres vivos. Este fenómeno se constituye de dimensiones y factores reunidos en niveles de organización: físico, emocional, cognitivo y social.¹³

Algunos estudios señalan que es el servicio de Urgencias donde mayor cantidad de agresiones verbales y físicas se ejercen por parte de los usuarios hacia el personal sanitario: un 51 % tiene lugar en urgencias, un 33.5 % en centros de atención primaria y un 15 % en plantas de hospitalización. En un estudio descriptivo realizado en el servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel en Madrid, se cuantificaron 153 agresiones en un periodo de dos años (1996-1998); 14 % por la mañana, 43 % por la tarde y 43 % por la noche. El perfil del agresor fue habitualmente del sexo masculino (69.6 %), y el receptor de la agresión fue médico (53.5 %) y del sexo femenino (66.5 %). La modalidad de la agresión era usualmente verbal (83.7 %) y física (16.3 %). Los tres principales motivos de la agresión fueron: asistencial (62.3 %), normas internas del hospital (20 %) y los tiempos de demora (17.7 %).⁷

Tobarías (2017)¹³ propone una serie de estrategias de afrontamiento útiles para el personal de enfermería ante la conducta agresiva del paciente, y las reúne en cinco estadios: identificación de la situación, comunicación efectiva, autocontrol emocional, estrategias ambientales y contención física (medida excepcional) (**cuadro 3**).

La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias propone la implementación secuencial de estrategias para la regulación de conflictos éticos en el servicio de Urgencias.¹⁴ Las fases del modelo DOER son:

- **Delimitación del conflicto:** valoración integral de la salud del paciente (física, psíquica, sociocultural y espiritual), identificando motivos, circunstancias y hechos que llevan a tomar una actitud determinada. Considerar el Código Deontológico de la Enfermería (comprobar cuál debe ser la actuación correcta).
- **Oferta de opciones:** información de la enfermera al paciente, objetiva, veraz y completa de su actuación según el código y de las opciones que el paciente tiene para resolver el problema.
- **Elección de la opción:** el paciente deberá escoger libremente la opción deseada de las alternativas presentadas por la enfermera.
- **Resolución del conflicto:** comunicar al equipo interdisciplinario la opción elegida por el paciente y

Cuadro 3. Estrategias de afrontamiento ante la conducta agresiva del paciente.*

Estrategia de afrontamiento	Elementos
Identificación de la situación	<p>Valoración del riesgo de conducta violenta que debe ser lo más objetiva posible (utilizar escalas o entrevistas estructuradas que apoyen la evaluación).</p> <p>Tomar en cuenta signos prodrómicos: expresión facial tensa y enfadada, contacto visual prolongado, hiperactividad músculo-esquelética, aumento de la inquietud psicomotriz, signos de ansiedad, taquicardia, experiencias alucinatorias o gestos agresivos.</p> <p>Identificar la potencial causa del comportamiento agresivo (trastorno mental agudizado, causa médica o efecto secundario de un fármaco/droga psicoactiva).</p>
Comunicación efectiva	La contención verbal es la intervención precoz más importante. Se debe permitir y fomentar la verbalización de las emociones a través de una relación terapéutica eficaz
Autocontrol emocional	Son las estrategias que permiten adaptarnos a los estados emocionales propios y ajenos. Los puntos clave en este estadio son evitar reaccionar con irritación y enfado ante la conducta agresiva del paciente. Las técnicas que propone el mindfulness suelen ser útiles ante situaciones de alta demanda emocional.
Estrategias ambientales	Asegurar un entorno físico con la menor cantidad de estímulos posibles, evitar la presencia de familiares que provoquen el enfado del paciente y una salida rápida para el personal sanitario en caso de que la conducta agresiva inicialmente verbal progrese a lo físico.
Contención física	Es una medida extrema en caso de que las intervenciones verbales y ambientales no hayan resultado satisfactorias. Habitualmente la restricción mecánica se aplica a pacientes agresivos dentro de un cuadro de agitación psicomotriz.

*Adaptado de "Estrategias de afrontamiento ante la conducta agresiva del paciente" Tobarías (2017).¹³

la postura adoptar, actuando bajo consentimiento informado a los requerimientos personales, tanto del paciente como del resto del equipo.

El manejo de la agresividad por parte del paciente o persona usuaria de los servicios tiene como prioridad preservar la integridad del personal sanitario, restablecer la calma y procurar la conciliación. El modelo que construimos para su aplicación institucional es producto de las diversas estrategias empleadas en servicios de urgencias para la resolución de conflictos. Cuenta con seis acciones propuestas por la *lex artis* reunidas en el acrónimo **MEDIAR** (momento, escuchar, dialogar, intervenir, agresividad). (Figura 2):

- **Momento:** evaluar las posibles causas de la irritabilidad del paciente tomando en consideración factores externos (aspectos burocráticos complicados; atención médica tardada por elevadas cargas asistenciales, etc.) y factores internos (malas experiencias con el personal sanitario; enfermedades con sintomatología de difícil control, principalmente dolor crónico; trastornos mentales no tratados o con una terapéutica ineficaz, etc.). Existen signos prodrómicos indicativos de una potencial conducta violenta: expresión facial tensa, contacto visual prolongado y escaso parpadeo, elevación de la voz, uso de lenguaje altisonante e inquietud psicomotriz. La actitud del personal deberá mantenerse ecuánime durante el evento, sin responder a las agresiones. Es primordial situarse en una zona segura (salidas

rápidas y de fácil acceso para el resto del personal en caso de que la conducta violenta escale).

- **Escuchar:** los principios de la comunicación efectiva pueden aplicarse tanto en la fase preventiva de la relación difícil como en la crisis *per se*.¹⁵ La escucha activa, es decir, mostrar interés en lo que el paciente quiere decir, transmite profesionalismo y una actitud resolutiva. El profesional debe permitir que el paciente verbalice sus emociones y preocupaciones, sin interrupciones de ningún tipo. El clínico deberá abstenerse a realizar cualquier tipo de juicio de valor o comentario descalificativo. Una vez que el paciente haya terminado de exponer su perspectiva es posible hacer observaciones respetuosas con relación al comportamiento conflictivo. Siempre deberá comenzarse con frases que sugieran el compromiso del personal sanitario para el bienestar del paciente, la búsqueda de la conciliación y el buen trato, y, por último, señalar las posibles consecuencias ético-legales de su conducta en un entorno hospitalario con normativas y reglamentos estrictos.
- **Dialogar:** es importante que se exponga claramente al paciente las posibles soluciones al conflicto, mismas que deberán apegarse a la normativa institucional y al código ético. En este punto el paciente puede aceptar alguna de las soluciones ofertadas y dar por terminado el evento conflictivo.
- **Intervenir:** en caso de que el paciente rechace cualquier oferta resolutiva por parte del personal



Figura 1. Modelo CORDIAL para la prevención de relaciones difíciles médico-paciente.

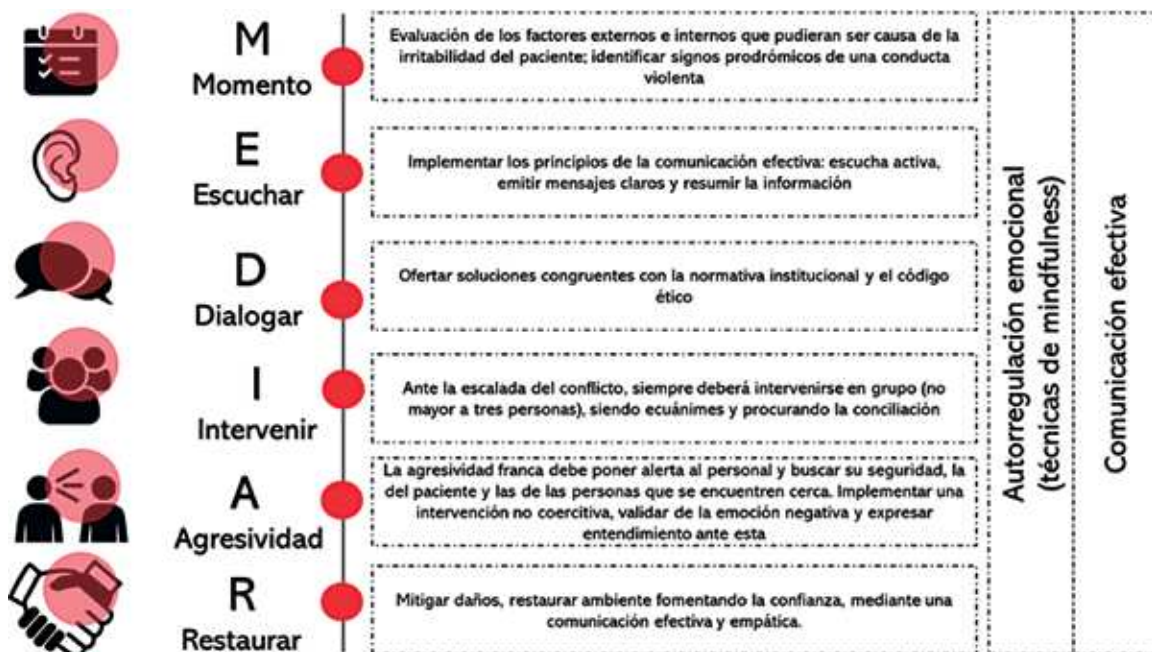


Figura 2. Modelo MEDIAR para el manejo de relaciones difíciles médico-paciente.

sanitario, y que, dado que su actitud siga siendo agresiva verbal y/o físicamente, la intervención deberá ser grupal, involucrando a enfermería, trabajo social y al jefe médico en turno. El grupo conciliador no deberá superar la cantidad de tres personas, para evitar que el paciente lo perciba como una amenaza a su integridad. La actitud del grupo debe ser la misma: ecuánime, imparcial y buscando siempre la conciliación.

- **Agresividad:** valorar expresión facial, posturas y gestos amenazantes (manos en la cintura, movimiento constante de manos, disminución de la distancia física, incremento en el volumen de la voz, amenazas verbales, prolongado contacto visual con el entrevistador). Garantizar la seguridad propia, la del paciente y las de las personas que se encuentren cerca. Evitar ponerse en riesgo, no bloquear lugares de acceso y remover objetos potencialmente peligrosos. Intentar intervención no coercitiva, validación de la emoción negativa y expresar entendimiento ante esta.
- **Restaurar:** mitigar daños, restaurar ambiente fomentando la confianza, mediante una comunicación efectiva y empática. Ofrecer ayuda resolutiva, que sea real y evitar crear falsas expectativas. Proporcionar realimentación basada en soluciones con el involucro del paciente y/o usuario para la toma de decisiones.

CONCLUSIONES

La filosofía del quehacer médico, durante su evolución histórica y conceptual, le ha otorgado un especial interés a la relación médico-paciente. Las reflexiones filosóficas, éticas, legales y clínicas en torno a esta interacción esencial, impostergable e insustituible para la práctica del galeno, como menciona Sánchez y Contreras (2014, p.529), "es capaz de conducirse por dos caminos completamente opuestos: sanar o hacer daño".¹⁴ De tal forma que la ejecución del acto médico, desde la incipiente interacción con el paciente, debe considerar los cuatro ejes rectores de la bioética: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia. La aplicación de principios fundamentales como la comunicación efectiva y el profesionalismo son imperativos en el restablecimiento de una relación médico-paciente con un enfoque humanizado.

Una implementación sistemática de modelos que contenga estrategias de prevención y manejo de relaciones difíciles durante el binomio médico-paciente reduce de manera significativa los conflictos y posibles reclamos por parte de los usuarios de servicios médicos. Más allá de la prevención de conflictos médico-legales, establecer una relación terapéutica de calidad promueve una mayor adherencia a los planes de tratamiento, el alivio de la sintomatología, los resultados clínicos observados, y por supuesto, la calidad de vida del paciente. El análisis efectivo de situaciones complejas y estresantes en el entorno hospitalario nos lleva a una simple pero enriquecedora conclusión: no podemos cambiar al paciente, pero sí la forma en lo que conocemos, nos interesamos, entendemos su dolor y procuramos su bienestar.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal del CESIECQ de la Ciudad de México, por su apoyo académico y profesional.

REFERENCIAS

1. Jackson, J.L., Kroenke, K. (1999). Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: Clinical predictors and out-comes. *Arch Intern Med*; 159:1069-1075
2. Hernández, L. (2018). Relación médico-paciente y la calidad de la atención médica. *Revista Conamed*, 6(3), 25-29.
3. Bohórquez, F. (2004). El diálogo como mediador de la relación médico-paciente. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca*, 6(3), 24-33.
4. Jackson, J.L., Kroenke, K. (1999). Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: Clinical predictors and out-comes. *Arch Intern Med*; 159:1069-1075.
5. Groves, J.E. (1978). Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med*, 298:883-887
6. Agreda, J., & Yanguas, E. (2001). El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. En: *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 24, pp. 65-72).
7. Herreros, B., Casasola, G. G., Pintor, E., & Sánchez, M. A. (2010). Paciente conflictivo en urgencias: definición, tipología y aspectos éticos. *Revista clínica española*, 210(8), 404-409.
8. Moore P, Gómez G. Comunicarse efectivamente en Medicina ¿Cómo adquirir Habilidades Comunicacionales durante la carrera de Medicina? *Ars Médica* 2007; 15: 171-81. 2.
9. San Román JM, Fernández E, Cabello N, Gargantilla P. Contra el personal de urgencias. Tres años de experiencia en un hospital terciario. *Emergencias*. Vol. Extraordinario (Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias). 1999; 68
10. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, & European Federation of Internal Medicine (2002). Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Annals of Internal Medicine*, 136(3), 243-246.
11. Burt, J., Abel, G., Elmore, N., Campbell, J., Roland, M., Benson, J., & Silverman, J. (2014). Assessing communication quality of consultations in primary care: initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview. *BMJ open*, 4(3), e004339
12. Sánchez, D., & Contreras, Y (2014). La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(4), 528-533.
13. Tobarías Cantero, I. (2017). Estrategias de afrontamiento ante la conducta agresiva del paciente. *Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz*. Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/10810/22536>
14. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias. Resolución de dilemas éticos en enfermería de urgencias por aplicación del método DOER. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/RECOMENDACION3.pdf>
15. Baecker, Dirk (2017). Teorías sistémicas de la comunicación. *Revista Mad. Revista del Magister en Análisis Sistemático Aplicado a la Sociedad*, (37), 1-20. [Fecha de Consulta 22 de abril de 2021]. ISSN: Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311252754001>