



PUESTA  
AL DÍA

# UN RETO EN LA CLÍNICA: EL PACIENTE ODIOSO

Álvarez Quesada C., González Tocado E., Gómez Vega M., Grille Álvarez C.  
Un reto en la clínica: el paciente odioso. *Cient. Dent.* 2012; 9; 3: 197-202.



**Álvarez Quesada C.**  
Dra. en Medicina y Cirugía.  
Especialista en Estomatología.  
Prof. Titular del Departamento de  
Odontología, Facultad de  
Ciencias Biomédicas,  
Universidad Europea de Madrid.

**González Tocado E.**  
Licenciada en Odontología. Prof.  
Ayudante UEM.

**Gómez Vega M.**  
Licenciada en Odontología. Prof.  
Ayudante UEM.

**Grille Álvarez C.**  
Licenciada en Medicina y Cirugía.  
UCM.

**Indexada en / Indexed in:**

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

**Correspondencia:**

carmen.alvarez@uem.es  
Departamento de Odontología.  
Facultad de Ciencias Biomédicas.  
Universidad Europea de Madrid.  
Urbanización el Bosque. Calle del  
Tajo S/N. Villaviciosa de Odón.  
Madrid 28670

Fecha de recepción: 20 de febrero de 2012.  
Fecha de aceptación para su publicación:  
27 de abril de 2012.

## RESUMEN

Las relaciones médico...paciente que surgen en cualquier consulta o centro ya sea público, privado, grande o pequeño, pueden a veces verse agravadas o ser motivo de preocupación cuando surge lo que denominamos "el paciente odioso o hateful", denominación que puede presentar terminología variable, como los que son llamados "pacientes difíciles o hearsink" o los "pacientes no colaboradores o noncompliant" o los que últimamente se denominan "agujeros negros".

## PALABRAS CLAVE

Paciente odioso.

## A CHALLENGE IN THE CLINIC: THE HATEFUL PATIENT

### ABSTRACT

The doctor-patient relations that arise in any visit or centre whether it is public, private, large or small can sometimes be aggravated or be the motive for concern when what we call "the hateful patient" arises, a name that can present variable terminology, such as those we could call "difficult or hearsink patients", or the "non-compliant patients" or those that ultimately are called "black holes".

### KEY WORDS

Hateful patient.

## INTRODUCCIÓN

La relación que surge entre el médico ..paciente siempre ha sido motivo de estudio en el campo de ciencias de la salud, ya seamos médicos, odontólogos o especialistas. Esta relación se debe basar en la confianza mutua, lo cual favorece el diálogo, y en el logro de una satisfacción por ambas partes. No todas las relaciones de este binomio son iguales, hay factores que ayudan o entorpecen el inicio, progresión y consecución de esta relación, que a su vez depende de varios factores como del profesional, del paciente y del entorno.

Pero aun así, estas relaciones médico ..paciente que surgen en cualquier consulta o centro, ya sea público, privado, grande o pequeño, pueden a veces verse agravadas o ser motivo de preocupación cuando surge lo que denominamos •el paciente odioso o hateful□ denominación que puede presentar terminología variable, como los que son denominados como •pacientes difíciles o hearsink□ o los •pacientes no colaboradores o noncompliant□ o los que últimamente se denominan •agujeros negros□ Este es un tipo de pacientes problemáticos que todos los profesionales hemos tenido alguna vez o tenemos hoy en día en la consulta.

Este tipo de pacientes, son el motivo de esta revisión, ya que hay pocos estudios al respecto y los que existen muestran además controversia en cuanto a los perfiles de estos pacientes y a los datos epidemiológicos obtenidos en los diversos trabajos.

Alrededor de un 15% de los pacientes en general son consi-

derados •odiosos□ en otros estudios es 1 de cada 6 pacientes los que son de este tipo aproximadamente.<sup>1,2</sup>

Los profesionales con más inclinación a lo psicosocial detectan mayor número de pacientes •odiosos□ que los médicos con menores inclinaciones psicosociales, siendo estos últimos los que presentan más tendencia a odiarlos.

En algunos estudios no hay relación directa con la edad, sexo, estado civil y nivel educacional en estos pacientes •odiosos□ En otros artículos, si hay relación y suelen estar en edades superiores a los 65 años, suelen ser solteros / viudos / divorciados, del sexo femenino, con bajo nivel educacional y presentan muchas veces alteraciones y trastornos mentales, así como variación en cuanto a los pocos y pobres contactos familiares y sociales.<sup>1,2</sup>

Suelen presentar como característica común una historia clínica voluminosa, con numerosas exploraciones, analíticas y pruebas diagnósticas, así como numerosas visitas e interconsultas con diferentes especialistas y en diferentes centros o clínicas.

Los pacientes •odiosos□ forman un grupo heterogéneo y pueden estar afectados de enfermedades relevantes o no, cuyo único rasgo común es la capacidad de producir distrés entre el médico y el equipo que los atiende.

El •odioso□ es aquel paciente que consigue hacerte sentir ese desagradable nudo en el estómago cada vez que lees su nombre en el libro de citas de los pacientes del día.

Estos pacientes •odiosos□ son los que a los profesionales nos

**TABLA 1. FACTORES QUE INTERFIEREN Y DIFICULTAN LA RELACIÓN ENTRE EL PACIENTE Y EL PROFESIONAL**

Derivados del paciente	Derivados del profesional	Derivados del entorno
Patología que presenta	Stress, burnout	Características físicas del centro asistencial
Personalidad, temperamento, carácter	Insatisfacción laboral	Organización del centro asistencial
Circunstancias en que se desenvuelve	Experiencias negativas previas	Presión en el servicio de recepción
Nivel educativo y socio - cultural	Discontinuidad en la atención	Circuitos inapropiados de atención
Barreras de comunicación ..lenguaje	Dificultad de abordaje de contenidos psicosociales	Tiempos de espera excesivos
Problemas laborales, paro	Falta de actitud positiva frente a la enfermedad mental	Tiempos de consulta cortos
Problemas familiares	Personalidad, temperamento, carácter	Interrupciones frecuentes en la consulta
	Múltiples trabajos (pluriempleo)	Tramites largos o excesivos (papeleo, burocracia)
	Falta de formación, inexperiencia	Tipo y demografía de la comunidad atendida
	Medicina defensiva	Personal del centro asistencial
	Generalización del consentimiento informado	Deficiencias institucionales
	Usuarización del enfermo	Gasto social
	Lenguaje científico	

provocan de forma habitual una sensación desagradable de angustia o rechazo sin saber muy bien el porqué.

Dichos pacientes •odiosos□son los que generan ansiedad en su trato y esto a su vez tiene una repercusión negativa sobre el paciente y sobre el médico, el funcionamiento de la institución y el gasto social el cual se ve aumentado.<sup>3</sup>

Son pacientes que desbordan las capacidades de contención del profesional y que pueden crear relaciones conflictivas por ambas partes o crear inquietud ambiental. Hay una serie de factores que dificultan o interfieren en esta relación como se puede observar en la Tabla 1.

## ¿QUIÉN ES EL PACIENTE ODIOSO?

- El que nos cae mal.
- El que no nos entiende.
- El que nos exige un esfuerzo excesivo.
- El que no aguantamos.
- El que no sabemos qué hacer con él.
- El que nos deja malas sensaciones.
- El que no nos hace caso.
- El que prescinde de nosotros.
- El que nos da miedo.
- El que es déspota y maleducado.
- El que nos produce impaciencia.

## FRASES UTILIZADAS, POR EJEMPLO, POR PARTE DE ESTOS PACIENTES

Muchas veces este tipo de pacientes denominados •odiosos□son pacientes que suelen introducir en su vocabulario frases que todos hemos escuchado alguna vez en boca de alguien, como:

- No me diga doctor que no tengo nada, que lo mío es psicológico o nervioso, yo estoy seguro de tener algo□
- Seguro que no soy el único al que le ocurre esto, lo que pasa que usted no sabe reconocer mi problema□
- Usted no sabe nada, no está capacitado, yo quiero ir al especialista□
- No me quiero morir sin que antes un buen especialista me estudie□
- Yo tengo algo seguro, esto no es normal, necesito soluciones inmediatas, no puedo esperar□
- Ya he venido varias veces a la consulta y sigo en las mismas, no he notado mejoría alguna□
- Mire doctor, yo sigo tomando las pastillas y creo que voy mucho peor□

## TIPOS DE PACIENTES

Este tipo de pacientes pueden aparecer tanto en clínicas de atención primaria, en centros de especialidades, en hospitales, en pequeñas consultas y tanto en el sector privado como en el sector público. Muchos han sido los autores que han intentado clasificar los diferentes tipos, nosotros a continuación exponemos una sencilla clasificación:

- a) Pasivo - dependiente: es una persona muy asidua y frecuentadora de la consulta, es tendente a la ingenuidad ante su actitud seductora, aduladora y su autopercepción de que necesita ayuda sin límites. Ve al médico como una fuente inagotable de saber y sin límite, que dispone de todas capacidades técnicas. Es agradecido pese a lo poco que avanza.
- b) Emotivo - seductor: parecido al anterior pero con más emocionalidad, seducción y halago, su actitud no es tan ingenua. Presenta una gran tendencia a la manipulación y quiere controlar al profesional. En general no es un paciente hostil.
- c) Masoquista: no es ingenuo, ni seductor, tampoco es agradecido, pero tampoco es hostil. Frecuentemente rechaza la ayuda mediante la fórmula de consultar numerosas veces por el mismo motivo. Si un motivo se resuelve, aparece otro nuevo inmediatamente. Suelen tener justificaciones para incumplir las indicaciones médicas, sus síntomas son dispersos y buscan ganancias secundarias.
- d) Somatizador: presentan repetidamente síntomas variados en cuanto a intensidad, cualidades que resisten a cualquier explicación biomédica.
- e) Exigente - pasivo: son grandes demandantes, usan la agresividad con frecuencia, la culpabilización, la intimidación o la devaluación del profesional, esgrimen sus derechos, presentan temor al abandono. No son conscientes de la gran dependencia que hay detrás de su actitud.
- f) Incumplidor - negador: por falta de auto susceptibilidad o de información, presentan un carácter autodestructivo. Si son susceptibles y bien informados, no desean seguir las prescripciones médicas, solo porque se sienten autónomos.

## RELACIONES MÉDICO - PACIENTE

Las relaciones entre el médico y el paciente •odioso□pueden ser muy diferentes y esto se puede deber a factores intrínsecos (del propio individuo, anticiparse, pensar lo que puede ocurrir, tener esperanzas, etc.) o a factores extrínsecos (reacciones individuales durante el encuentro, consecuencias de la relación, etc) y en la base de muchos de estos factores está la mala comunicación entre ambas partes, que dan origen a malos entendidos que se pueden, por parte del paciente, extender a otra áreas. Estas relaciones donde falta la empatía, dan peores resultados y peores cuidados, por lo que conducen a una menor satisfacción entre ambas partes.<sup>4,5</sup>

## ¿QUÉ ES LO QUE SUCEDE EN ESTA RELACIÓN?

El paciente cuando va a la consulta (para un tema o para múltiples) realiza un depósito en el médico, de sus miedos, frustraciones, angustias, incapacidades, quejas, muchas veces poco claras y el médico acepta transitoriamente este depósito, para intentar resolverlo.

Posteriormente el profesional investiga y va despejando lo subjetivo y lo objetivo de este depósito, con lo que él lanza una hipótesis, realiza unos exámenes - analíticas, y concluye en un diagnóstico.

Devuelve este depósito, explicándolo al paciente y realizando un diagnóstico, el paciente según el caso, preocupado o no, triste o no, agradece la atención al médico, se levanta y se va. Este depósito ahora puede ser muy grande, el hacerse cargo es muy pesado y no hay devolución posible.

Qué le ocurre al profesional, pierde su lugar en la relación cargando con este depósito (odio, malestar).

Qué puede ocurrir, el médico piensa que ha explicado claramente al paciente los síntomas, el diagnóstico y el plan de tratamiento.

El paciente regresa a la consulta sin haber entendido lo explicado por el médico, pudiendo ser por problemas de comunicación, que pueden llevar a malos entendidos.

Por otro lado el paciente puede tener dificultades para captar exigencias por parte del profesional, puede tener un pensamiento muy concreto con poca capacidad de abstracción.

Por otro lado puede haber discrepancias entre lo que dice el médico y lo que entiende el paciente (palabras con diferente significado) con lo que surgen dificultades para la elaboración de conceptos. Para una buena comunicación entre ambas partes, tanto verbal como no verbal debe de haber un acuerdo entre las personas de los significados de las palabras.

Muchas veces el profesional da al paciente lo que necesita pero el paciente se siente frustrado y atribuyen casi siempre a negligencia o a mala intención, es decir no lo valora, con lo que el profesional siente que no puede hacer nada por ellos y ellos a su vez cada vez reaccionan demandando más soluciones, con voracidad y avaricia. El médico se siente impotente ante la situación, se pierde el lugar terapéutico y la distancia instrumental, muchas veces se afecta el orgullo y el ego del profesional con lo que la relación no avanza.<sup>6-10</sup>

Hay una serie de factores predictivos y otros colaborativos de este tipo de pacientes •odiosos• que nos ayudan a diagnosticarlos y a diferenciarlos del resto de pacientes, como podemos observar en la Tabla 2.

TABLA 2. FACTORES PREDICTIVOS Y FACTORES COLABORATIVOS QUE AYUDAN A DIAGNOSTICAR A ESTE TIPO DE PACIENTES

Factores Predictivos	Factores Colaborativos
Trastornos mentales	Frustración
Histéricos	Insatisfacción
Neuróticos	Miedos
Narcisistas	Malicia
Borderline	Desprecio
Suicidas-Comportamientos Autodestructivos	Irritabilidad
Depresivos	Litigadores - demandadores
Ansiosos - estresados	Navegadores ...evitadores
Hipocondriacos	Hostiles
Psicóticos	Antisistema
Rentistas	Desganados
Pesados	Inconformistas
Simuladores	Desmoralizados
Agresivos	Manipuladores
Masoquistas	No cooperadores
Adictos al alcohol	Pesimistas
Adictos a las drogas	
Enfermos crónicos	
Dependientes	
Fóbicos	

El paciente se queja de la situación, pero sigue acudiendo al mismo profesional, con lo que se forma un círculo, el profesional por su parte culpabiliza al paciente. Los pacientes •odiosos• reclaman más atención, se muestran ofendidos, severos, exigentes, hostiles, hiperdependientes en algunos de los casos y en otros llegan a manipuladores y a rechazar las ayudas que se les brindan, se resisten a ser curados, con las consecuencias negativas para el problema.

Por otro lado los profesionales se vuelven más científicos, resolutivos, estoicos, evitan riesgos, se protegen contra los litigios, etc.

En esta relación debemos intentar interpretar y entender los efectos de la personalidad de este tipo de pacientes

•odiosos□y aprender a tratarlos, así como tener la habilidad de saber contrarrestar los aspectos negativos y tener al mismo tiempo la capacidad de realizar una buena con-transferencia en la relación y llevarla al terreno de lo positivo.<sup>11</sup>

## QUÉ ES LO QUE TENEMOS QUE EVITAR POR PARTE DEL PROFESIONAL

Es fundamental evitar es esta relación:<sup>1</sup>

- Culpabilizar al paciente por provocarnos esos sentimientos desagradables.
- Interpretar que va contra nosotros.
- Pasar por encima de la situación.
- Ignorar los sentimientos del paciente.
- Evitar enfrentamientos.
- Eludir indicaciones intempestivas de psicoterapia.
- Evitar el distanciamiento.
- Evitar expectativas de agradecimientos.
- No inclinarse por los cuidados excesivos.

## RELACIONES MÉDICO - PACIENTE - FAMILIARES

Muchas de estas relaciones difíciles necesitan la participación y colaboración de la familia, muchas veces estos pacientes requieren razones de peso para el seguimiento y tratamiento por parte del médico, y es la familia la que puede ayudar de mediadora en este conflicto, facilitando el diálogo y la comunicación entre ambas partes, lo que nos da las llaves para que esta relación sea más fructífera. Por eso, en muchas de las ocasiones intercitas a miembros de la familia para coordinar el diálogo y el plan de acción. En otros casos la familia es la que produce o agrava el problema ya que producen dificultades añadidas a nivel psicosocial de familia, la falta de amor, de relaciones afectivas, de conflictos familiares, hogares destruidos, malas situaciones económicas, mala integración social, lo que hace que pueda limitar más aún esta relación difícil y aumentar más aún la difícil comunicación entre ambas partes.<sup>12</sup>

## TRATAMIENTO

No existe un tratamiento, una fórmula para solucionar este tipo de relaciones entre médico ...paciente •odioso□ sólo existen aproximaciones terapéuticas que intentan mejorar la salud de esta relación.

Este tipo de pacientes por lo general no suelen cambiar, lo que hay que hacer es que esta relación pueda mejorar, modificando actitudes y aptitudes y adoptando esta relación como un nuevo reto a conseguir.

Podríamos seguir unas pautas de abordaje para este tipo de situaciones: <sup>13-15</sup>

- Reconocer a este tipo de pacientes y no etiquetarlos.
- Mostar empatía.
- Abandonar el médico la actitud de protagonista.
- Estimular la participación activa del paciente.
- Realizar una escucha activa para detectar el problema y sus repercusiones.
- Conocer la situación bio ..psico ..social de los pacientes.
- Centrarse en el paciente, en sus sentimientos, creencias, ideas, necesidades, expectativas, preocupaciones, etc.
- Intentar comprender el lenguaje y concepto simbólico del paciente que tiene con respecto a su enfermedad.
- Facilitar autonomía.
- Trabajo en equipo.
- Interconsultas a otros especialistas.

Es posible también utilizar otros tipos de estrategias que podrían ser de gran ayuda, entre ellas podemos destacar:<sup>1,2</sup>

- Descartar siempre patología orgánica.
- Realizar un diagnóstico de la personalidad del paciente y/o de sus trastornos mentales subyacentes.
- Focalizar el problema.
- No definirlos como enteramente psicológicos / mentales.
- Intentar encontrar el lado atractivo al paciente.
- Intercitar a la familia.
- Cronograma regular de citas.
- Facilitar la comunicación y el diálogo.

## CONCLUSIONES

- Hay que ser realistas con las limitaciones que presentan las instituciones, los centros de atención, la medicina, la odontología, los especialistas y las personas para el trato con estos pacientes •odiosos□
- Hay que ser reflexivos y colaborar con los compañeros apoyando o derivando a estos pacientes.
- Hay que apoyar al terapeuta en los momentos difíciles.
- Se deben de realizar reuniones entre especialistas, médicos, odontólogos, personal auxiliar, personal del staff, etc. para facilitar las interrelaciones con este tipo de pacientes.

- Se debe realizar un compromiso de las instituciones para renovarse evitando así las deficiencias del sistema, que pueden ser causa del fallo de la relación.
- Respecto al profesional debe de comprometerse a seguir realizando formación continua y mejorando su preparación (el médico debe de tener deseos de curar).
- Por otro lado también el paciente debe de comprometerse en esta relación y seguir su tratamiento (el paciente debe de tener ganas de ser curado).



## BIBLIOGRAFÍA

1. Dolly F, Ayaviri CH. Paciente odioso. Rev Med Soc Cochabamba Med Fam. 2009;1:33-40.
2. Slochower J. Variations in the analytic holding environment. Int J Psychoanal. 1991; 72 (pt4): 709 ...718.
3. Covington C. The future of analysis. J Anal psychol, 2001; 46(2): 325 ...334.
4. Friedman EA., Must we treat noncompliant ESRD patients? Semin Dial. 2001; 14 (1): 23 ...27.
5. Sledge WH, Feinstein AR. A clinimetric approach to the components of the patients of the patient ..physician relationship. JAMA. 1997 17; 278(23): 2043 ...2048.
6. Jorstad J. Some experience in psychotherapy with suicidal patients. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1987;336:76-81.
7. Groves JE. Taking care of the hateful patient. N Engl J Med. 1978; 298(16):883-887.
8. Benjamin B. Hateful patients. S Afr Med J. 1978 22; 54 (4): 138.
9. Anónimo. Hateful patients S Afr Med J. 1978; 53 (21): 819 ...820.
10. Nash SS, Kent LK, Muskin Pr. Psychodynamic in medically ill patients. Harv Rev Psychiatry 2009; 17 (6): 389 ...397.
11. Hahn SR, Feiner JS, Bellin EH. The doctor ..patient ..family relationship. a compensatory Alliance. Ann Inter Med. 1988; 109(11): 884 ...890.
12. Strous RD, Ulman AM, Kotler M. The hateful patient revisited : relevance for 21st century medicine. J Inter Med. 2006; 17 (6): 387 ...393.
13. Skeel JD, Williams KS. Helping staff Help a hateful patient, the case of T.J. J Clin Ethics. 2005; 16 (3) : 202 ...205.
14. Giovacchini PL. Self ..protections in the narcissitic transference. Int J Psychoanal Psychoter. 1975 ; 4. 142 ...166ç
15. Withehorn JC. Hateful self - distrust: a problema in the treatment of schizophrenic patients. Am J Psychiatry. 1954;111 (6): 420 ...421.