

## COMENTARIO EDITORIAL

### El paciente odioso

Con la expansión de la medicina hacia otras ciencias sociales, la disminución de los espacios de inserción social de los sujetos y el aumento de la cobertura de asistencia médica en relación a las décadas de los cincuenta y sesenta; los hospitales, los consultorios, así como las salas de atención primaria y de guardia se han visto invadidas por gente que reclama "la porción de salud que le toca". En muchos casos el reclamo es acertado ya que se trata de la búsqueda de una solución médica para un problema médico, que los médicos estamos capacitados para atender. Pero como las personas son indivisibles, sus problemas muchas veces también lo son y, por lo tanto, muchos pacientes que tienen problemas que no son estrictamente médicos (o que superan la destreza de los profesionales de la salud fuera de dicha área) también invaden los distintos centros de asistencia médica. Esto trae aparejado alteraciones en la relación médico paciente ya que los médicos en general no sabemos o no estamos formados para dar respuesta a problemas que los podríamos llamar psicosociales.

En los últimos años se ha descrito un tipo particular de paciente que tiene como característica la de despertar malestar, enojo y "odio" en el médico. Se los denomina de distintas formas: "agujeros negros", "difíciles" ("heartsink" en el Reino Unido), "problemáticos", "antipáticos", "frustrantes" e inclusive, "odiosos".

Nosotros preferimos la palabra odioso ya que nos parece que se acerca más a lo que el médico siente en el momento de la consulta cuando es desplazado de su lugar (como veremos más adelante) y porque la denominación "problemático", "difícil" o "frustrante" puede dar lugar a confusión con los pacientes que padecen problemas orgánicos de difícil manejo o resolución pero que no conllevan necesariamente problemas en la relación médico paciente, vale decir, no despiertan "odio" en el médico.

Tratemos de definir como es este paciente del que hablamos y que la mayoría de los que leen esta editorial lo saben por haberlo vivido en la consulta, en el día a día. ¿Cuál es el motivo de consulta de estos pacientes? Si uno los deja hablar consultan por todo. Hablan permanentemente, todo el tiempo y sin parar. Invaden todo el ámbito de la consulta y van pasando de un tema a otro sin interrupción, sin separación definida entre un motivo y otro. Pero, ¿de qué hablan? Son poco claros, pasan de una queja a otra, de un síntoma a otro, sin interrupción. El contenido es, esencialmente, una QUEJA que se le deposita al médico. Estas quejas pueden ir desde síntomas somáticos hasta problemas con el sistema de salud o sociales, extendiéndose mucho en la descripción de los mismos (pudiendo incluso llegar a dar detalles fantásticos). Son pacientes que en general no entienden las explicaciones que dan los médicos por más claras que estas sean, y suelen volver preguntando lo ya explicado hasta el cansancio. Esta dificultad incluso se extiende a otros campos o áreas. Sistemáticamente tienen problemas burocráticos (turnos, horarios, autorizaciones, etc...), no entienden las explicaciones que se le dan con respecto al sistema de salud y la queja es depositada en el médico.

En líneas generales, son pacientes con una forma de pensamiento muy concreto, de tipo operatorio, con poca capacidad de abstracción. El médico le pide asociar el síntoma con alguna circunstancia en particular y el paciente lo único que puede hacer es repetir más de la descripción del síntoma. Debido a esta discrepancia entre lo que se dice y lo que se entiende, algunas intervenciones realizadas que van más allá de lo demandado por el paciente, son vividas por él como ataques o agresiones. Por ejemplo: "no me diga que es psicológico porque estoy seguro de que tengo que tener algo" u "¿otra vez me va a decir que es psicológico?".

Podemos entender entonces porque ante cualquier frustración (en este caso infligida por el médico o el sistema de salud) estos pacientes sienten que fue por negligencia o por mala intención. En otras palabras, las cosas buenas se dan por suerte, a diferencia de las

frustraciones, que son pruebas de la hostilidad del ambiente. Como la cantidad de frustraciones médicas en estos pacientes es muy grande, el médico siente que no puede hacer nada por ellos, quienes, a su vez, demandan cada vez más soluciones (que quizás nunca llegarán) o estudios para averiguar qué enfermedad tienen. Este fenómeno da lugar a lo que se llama "avidez" o "voracidad" de parte del paciente.

Por otra parte, si el médico provee lo que el paciente necesita, éste lo da como por descontado y no lo valora, lo que conduce a que el médico se sienta cada vez más impotente y pierda, de a poco, su lugar terapéutico y su distancia instrumental, que es aquella en que uno está lo suficientemente cerca como para ayudar al paciente y lo suficientemente lejos como para no verse envuelto dentro de él. Al perder esta distancia, da comienzo una espiral de intervenciones para intentar eliminar los síntomas, lo que llamamos el "furor de curar" y que consiste en pedidos de estudios innecesarios, de derivaciones a distintos especialistas; tratar de acallar los síntomas a cualquier precio, por ejemplo con cualquier tipo de medicación. Todo esto es un intento de expulsar al paciente que nos genera odio en el consultorio. Puede suceder que en este momento de la relación médico paciente, probablemente el peor según el médico, el paciente llegue a la consulta con un regalo. Este regalo no tiene el mismo sentido que el que puede realizar un paciente con el que se tiene una buena relación y que lo hace por agradecimiento. El regalo del paciente odioso se parece más a un soborno o a una mordaza que aparece en el momento en que el paciente siente que está por quedarse sin médico. De este modo, logra que, a pesar de la aparente falta de resultados, el médico lo siga atendiendo, vale decir puede seguir quejándose.

Los pacientes odiosos son pacientes que se presentan exigiendo respuestas, que se quejan de los sistemas de salud, que le dicen a los médicos lo que tienen que hacer o pedir y que sobreutilizan los servicios; en otras palabras, que no responden a las pautas del "buen enfermo".

Vamos a intentar resumir que es lo que sucede en la relación médico-paciente habitual o "normal", lo que nos enseñaron que es la relación con un buen enfermo, para poder entender que sucede con los pacientes odiosos.

Un paciente se presenta en la consulta y "deposita" una serie de hechos (síntomas, miedos, fantasías, etc.) en el médico, quien, en general, decide aceptar este "depósito", vale decir hacerse cargo transitoriamente de estos problemas hasta resolverlos (o devolverlos). El médico indaga y analiza sus dos o tres hipótesis diagnósticas, que siempre surgen en esos primeros minutos de la entrevista. A veces realiza un examen físico y/o análisis complementarios, tendientes a confirmar o rechazar esas hipótesis. Luego de esto, intenta devolver el depósito realizado por el paciente. Si es algo banal intenta reasegurarlo y si no es así, trata de asegurarle al paciente que él se va a hacer cargo de su problema.

En resumen: depósito, hacerse cargo y devolución tranquilizadora o contenedora.

En el caso del paciente odioso, las proporciones de cada etapa están alteradas: el depósito es muy grande, el hacerse cargo también, pero quizás lo más grave es que la tercera, la devolución: no existe.

La sensación del médico es que no hay nada que pueda tranquilizar o contener a estos pacientes. No existen soluciones de ningún tipo y es en este momento en el cual el médico queda fuera de su lugar y cargado con el depósito de este paciente.

En un paciente con múltiples patologías graves (ej. enfermo terminal), el depósito también es muy grande, el hacerse cargo es también muy difícil y la devolución también puede ser escasa (al menos en los términos de resolver o curar sus enfermedades) pero el médico siente que existe la posibilidad de devolución y que, de esta forma, mantiene su lugar de médico.

## Epidemiología

Existen algunas controversias en cuanto a la epidemiología de estos pacientes. Esto se debe, principalmente, a que los estudios son en su mayoría "anecdóticos" (muestras pequeñas) o con poblaciones altamente seleccionadas. Este es un punto que llama poderosamente la atención ya que los estudios se realizaron principalmente en la población de pacientes sobreutilizadores. Por las características propias del paciente odioso, podemos darnos cuenta que son en su mayoría son hiperconsultadores, por lo tanto las muestras eran sesgadas.

Estos estudios describían un perfil muy particular de paciente odioso: mayor de 65 años, soltero o viudo, sexo femenino, bajo nivel de educación y con desórdenes mentales (principalmente depresión).

Un estudio prospectivo recientemente publicado<sup>1</sup> con 500 pacientes que realizaron su primera consulta en un consultorio de atención primaria mostró que el 15% de los individuos fueron considerados "difíciles" (equivalente a odioso), o sea, alrededor de uno cada seis pacientes. Exceptuando la asociación encontrada con la presencia de desórdenes mentales, no se encontró relación alguna con las características antedichas: edad, sexo, estado civil o nivel de educación. Sí se encontraron, en cambio, otros predictores independientes de "entrevista difícil", o lo que equivaldría a decir: un futuro paciente odioso (ver cuadro).

Las consecuencias de una entrevista difícil son: expectativas no cumplidas, mayor grado de insatisfacción por parte del paciente: los pacientes con entrevista difícil estaban insatisfechos con la destreza técnica del médico en un 9% vs. un 1% de los pacientes sin entrevista difícil ( $p < 0.001$ ); la insatisfacción con la explicación acerca de lo que se hizo por ellos fue del 12% y 3% ( $p < 0.001$ ); y la insatisfacción con el tiempo dedicado por el médico fue del 13% vs 3%, respectivamente ( $p = 0.002$ ). También se observó una mayor utilización de los recursos por parte de los pacientes odiosos. Un ejemplo de esto es que en los tres meses de seguimiento, el grupo de odiosos tuvo un mayor número de consultas (media de 4 vs 2  $p = 0.004$ ). Estos hallazgos son similares a los que ya se habían publicado.<sup>2-3</sup>

Las "virtudes" de este trabajo son muchas. Es prospectivo, tiene una adecuada definición y selección de la muestra, está realizado en atención primaria, utilizó encuestas validadas, encontró predictores con significación estadística y clínica, pero por sobre todo, incluyó el perfil del médico para determinar que paciente es odioso o no. Curiosamente esto no había sido bien evaluado en trabajos anteriores, y digo curiosamente porque la relación médico paciente es una relación diádica, o sea que involucra a dos sujetos por lo que es imposible evaluar a los pacientes sin evaluar a los médicos. Menos aún cuando se trata de un sentimiento del médico acerca del paciente (el odio).

Con respecto a este punto, los resultados son conflictivos con un trabajo de Hahn y colaboradores. Tal como está planteado en la discusión del artículo, Hahn y col. encontraron que los médicos con mayor inclinación a atender problemas psicosociales, reportaban mayor número de entrevistas difíciles. Este grupo de médicos participaban voluntariamente en el estudio y era realizado sobre sus propios pacientes. Es probable que esa población estuviera sesgada, ya que un médico con mayor tendencia a atender los problemas psicosociales de la gente, tenga más pacientes con este tipo de problemas.

Ahora bien, cuando se hizo con pacientes que consultaban por primera vez y en todos los médicos (no solo voluntarios), se vió que los médicos que tienen menor inclinación a lo psicosocial tienden a experimentar significativamente, un mayor número de entrevistas como difíciles, o sea que este perfil es altamente predictivo (ver tabla) para encontrar pacientes odiosos, por parte de los médicos.

Cabe aclarar que no podemos asegurar que todos estas entrevistas difíciles se transformen en pacientes odiosos ya que el trabajo está hecho sobre primeras consultas.

**Tabla: Predictores Independientes de entrevistas difíciles**

Predictores	Odds Ratio
Depresión o ansiedad	2.4 (1.5-3.9)
> 5 síntomas físicos	1.9 (1.1-3.1)
Severidad del síntoma >6 (escala sobre 10)	1.6 (1.0-2.4)
Pobre inclinación a lo psicosocial del médico	3.9 (1.6-9.5)

## ¿ Qué hacer?

Podemos plantear dos estrategias: una centrada en la formación del médico y otra, específicamente, en la consulta.

Con respecto a la primera, varios trabajos<sup>4-5-6</sup> sugieren que es posible que mejorando la formación de los médicos en la detección de problemas psicosociales, en estrategias para el manejo de las somatizaciones y mejorando la comunicación de los médicos, se pueda lograr aumentar la comprensión y la empatía con dichos pacientes. Con estas medidas se ha visto que mejora la detección de problemas emocionales y se genera un estilo más participativo en la toma de decisiones. Como el diagnóstico de estos pacientes surge a partir de una sensación o emoción propia del médico hay que tener muy en cuenta el entrenamiento de los médicos en esta área. Los médicos de atención primaria deberían tener ámbitos de discusión de pacientes/familias con supervisión de pares con entrenamiento en salud mental y/o con psicoterapeutas con experiencia en familias y en atención primaria.

Me permito remarcar la ventaja de ser el médico de familia o de cabecera del paciente, ya que, el hacerse cargo del cuidado longitudinal de un paciente logra un mayor conocimiento de la persona y una mayor confianza hacia el médico. En este sentido, Lipsett recomienda que "el médico debe, de alguna, forma transmitirle al paciente que le importa más mantener su relación con él que curarle los síntomas".

Con respecto a ¿qué hacer en la consulta? para disminuir el grado de insatisfacción que produce atender a estos pacientes, vamos a resumir una serie de "consejos". Descartar las patologías "orgánicas" hacer un diagnóstico de la personalidad del paciente y/o de sus desórdenes mentales subyacentes, intentar citar a la familia para compartir el cuidado del paciente, citar regularmente al paciente para evitar que venga sin turno y que tenga que traer otro síntoma como excusa para vernos, focalizar el problema a tratar en cada consulta, no definir los problemas como enteramente psicológicos, evitar el furor de curar, evitar las indicaciones inapropiadas de psicoterapia y evitar pelearse con los pacientes.

Por último, lo más importante pero nada fácil, es lograr transformar a este paciente que nos genera odio en alguien digno de ser tratado, en alguien querible en los términos en que uno quiere a los pacientes, por la salud de los pacientes y por la de los médicos.

**Dr. Mariano Althabe**

Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires.

## Referencias

1. Jackson J, Kroenke K. Difficult patients encounters in the ambulatory clinic. Clinical predictors and outcomes. Arch Intern Med 1999; 159:1069-1075.
2. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL et al. The difficult patient: prevalence, psychopathology and function impairment. J Gen Int Med 1996;11:1-8
3. John C, Schwenk TL, Roi LD, et al. Medical care and demographic characteristics of difficult patients. J Fam Pract 1987;24:607-610
4. Jewell D. I do not love thee Mr. Fell...techniques for dealing with heartsink patients. BMJ 1988;297:528-530
5. Welds K. Managing the difficult patient. Hosp Pract 1995;30:24e,24l
6. Clements WM, Haddy R, Backstrom D. Managing the difficult patient. J Fam Pract 1980;19:1079-1083.