Pacientes difíciles o relaciones difíciles en Psiquiatría: Un estudio de casos y controles

Difficult patients or difficult relationships in Psychiatry: A case control study

Juan Carlos Méndez V.[1], Fernando Carvajal E.[2] y Pamela Medel S.[3]

Difficult patients involve a great deal of work to professionals and Mental Health teams. Epidemiological data show that the rate is up to one third of the patients having been mostly studied in Mental Health and Primary Care. Using a case control design the objective of this study was to characterize difficult patients and the factors that could explain the differences observed. A convenience sample was chosen. Two controls were taken by each case. Controls were paired by sex and age. ***Hypothesis:*** *Characteristics of personality of patients, allow us to explain the differences observed in difficult patients in Psychiatry.* ***Results:*** *There were no significant differences according by age, sex, marital status, educational level, time span of treatment and clinical diagnosis, but significant differences were observed in the number of medications taken, time span in psychotherapy, social work assistance and personality disorders, being more frequent in difficult patients.* ***Discussion:*** *It´s discussed the convenience of the expression difficult patient, rather than difficult situation considering the review of research and the clinical experience. Difficult situations are found more frequently in personality disorders. It´s analyzed the implications when dealing with this sort of conditions. Although the importance of this topic, it has been poorly studied in this milieu.*

Key words: *Difficult patients, doctor-patient relationship, difficult relationships.*
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2017; 55 (3): 179-185

Introducción

La investigación en psicoterapia ha progresado considerablemente desde los años 50 pero tiene aún un impacto limitado en la población de pacientes difíciles[1]. En una revisión de las dificultades en psicoterapia, Herrera y cols.[2], han definido tres criterios para ordenar el estudio de este tema:

1) La unidad de análisis: donde se observa la dificultad: sistema individual, sistema terapéutico relacional y sistema macrosocial o contexto general.
2) Etapa del proceso de psicoterapia: Input: aspectos del paciente, del terapeuta y/o del contexto

Recibido: 21/03/2017
Aceptado: 26/06/2017

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés. No hubo apoyo financiero en el desarrollo de las etapas del estudio.

[1] Universidad Católica del Norte, Facultad de Medicina, Departamento de Clínicas.
[2] Universidad Católica del Norte, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública.
[3] Unidad de Psiquiatría, Hospital de La Serena.

que existen independiente y previamente a la terapia; Proceso: aspectos que ocurren en el proceso mismo: contrato, intervenciones terapéuticas, vínculo en interacciones y Output: aspectos que se presentan como resultados del proceso.

3) Nivel de análisis temporal donde se presenta el fenómeno: proceso de micro cambios, momentos en sesión, sesiones, fases o etapas de la terapia o durante todo el proceso. Debido a estas diferentes perspectivas, un punto importante a definir ha sido donde se ubica el foco de estudio: en el paciente, en el terapeuta o bien en la relación entre ambos.

Los pacientes llamados difíciles en Psiquiatría (PDP) han sido estudiados basándose en criterios clínicos[3,4], pero también han sido estudiados en una dimensión interpersonal enfatizando que la relación terapéutica es la difícil[5,6]. La mayor parte de los autores revisados hacen énfasis en el enfoque interpersonal, sin dejar de considerar que existen ciertas categorías diagnósticas asociadas más frecuentemente a esta condición. Koekkoek[5] ha manifestado que los PDP son aquellos en que falta la cooperación entre el paciente y el profesional: si bien el paciente solicita ayuda, no acepta con facilidad lo que se le ofrece. A diferencia de los buenos pacientes que son sensatos y agradecidos, los pacientes difíciles eran poco reflexivos, egoístas e incapaces de apreciar la ayuda brindada. O´Dowd[7] ha escrito de estos pacientes "son una mezcla de molestia, sensación de fracaso y a veces claro rechazo, lo que lleva a descorazonarse cuando consultan. Hinshelwood[8] ha expresado que, "paciente difícil", es una forma de describir el estado de un profesional durante el encuentro. Este término "difícil" es una evaluación: al profesional no le gusta el paciente o algo del paciente; se presenta una sensación "desagradable o difícil". Este paciente crea dificultades al trabajador de salud mental en un sentido personal y la respuesta puede ser recurrir a conductas que puede tener efectos de rebote en el paciente creando un círculo vicioso.

En 1949 Winnicott escribió un artículo llamado "Hate in the countertransference" en que comparaba con el rechazo normal de la madre por el bebé. Tomando en consideración este trabajo, con pacientes graves, es importante tener en mente la tensión que se produce en el equipo, y la ansiedad y el odio en el personal que trabaja con estos pacientes[9], llegando incluso a generar intensas ansiedades psicóticas[10]. Desde entonces, el reconocimiento de estos sentimientos ha sido visto no solo como visitas inesperadas sino como una clave capaz de guiar la técnica y conceptualización del psiquiatra[4].

Entre los factores que se han encontrado relacionados a esta condición están algunos trastornos de la personalidad[2,11]. La experiencia clínica nos permite confirmar la frecuencia del problema en este tipo de trastornos, lo cual no es de extrañar si pensamos que los patrones interaccionales influyen directamente en el establecimiento de pautas de conductas disfuncionales que impactan en el entorno y en particular en la relación de ayuda.

Este tema ha sido estudiado principalmente en Medicina General, en Psiquiatría y Salud Mental. Se ha observado que en el quehacer clínico varía la proporción, pero se ha estimado que en Atención Primaria representan alrededor del 15%[12]. En Chile, Acuña[13], ha expresado que en el nivel primario alrededor del 10% las consultas serían difíciles. En un Hospital General puede llegar a un tercio de los pacientes[14].

Debido a que el mayor énfasis en el estudio de este tipo de situaciones ha sido puesto en la interacción entre el paciente y el tratante, y considerando la perspectiva del presente trabajo, nos parece más ajustado el referirse a "relación difícil" (RD) más que "paciente difícil".

La revisión de la literatura nos ha permitido darnos cuenta que a pesar de la frecuencia y de la importancia este tema ha sido poco estudiado en nuestro medio; los trabajos se centran mayormente en revisiones de casos y análisis teóricos encontrándose pocos estudios controlados. La razón que nos ha movido a estudiar esta condición tiene que ver con los aspectos epidemiológicos, pero además, al hecho que son desafíos interesantes y estímulos que nos ayudan a repensar constantemente nuestro trabajo; pueden ser vistos como oportunidades de aprendizaje y de probar las herramientas que

corrientemente utilizamos. Najavits[1] ha manifestado que mientras más difícil es el paciente mejor clínico se necesita.

Metodología

Se trata de un estudio de casos y controles efectuado en la Unidad de Psiquiatría del Hospital de La Serena. Esta Unidad corresponde al nivel secundario de atención. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años de ambos sexos en control regular en la Unidad de Psiquiatría del Hospital de La Serena durante los años 2014-2016. Los casos fueron definidos como relaciones difíciles por acuerdo de dos médicos tratantes, autores del trabajo. Los controles, pacientes que no calificaban como relaciones difíciles. Se definió "relación difícil" como "casos en donde la relación psiquiatra-paciente fue percibida como problemática, generando una situación de incomodidad e ineficacia en el tratante, manifestada mediante frustración, molestia o desagrado".

Criterios de exclusión

Pacientes con patología neurológica y/o con daño orgánico cerebral significativo. Debido a las características propias de los casos, éstos fueron presentados a reunión clínica de la Unidad. Se obtuvo una muestra por conveniencia. Con el fin de mejorar la comparación se seleccionaron dos controles por cada caso. Los controles fueron pareados por rango de edad y el sexo.

Recolección de la información

Una vez obtenida la autorización del Comité de Ética del Hospital y del Servicio de Salud Coquimbo, los autores procedieron a solicitar el consentimiento a los pacientes. Mediante una explicación breve y simple se dieron a conocer las características de la investigación y aclararon dudas. Posteriormente, se procedió a recoger la información completando un instrumento especialmente diseñado para este efecto. La fuente de información de los casos y los controles fueron las entrevistas con los pacientes y los datos contenidos en la ficha clínica de la Unidad. Se recurrió a la ficha cuando se indagaba por datos no recordados por el paciente, por ejemplo, fecha del diagnóstico y/o primera crisis, fármacos indicados, tiempo de psicoterapia, intervención social, etc.

Los objetivos del trabajo son: 1) Describir y comparar las características sociodemográficas y clínicas de ambos grupos que incluye: estado civil, escolaridad, diagnósticos, tiempo de diagnóstico, frecuencia de hospitalización, uso de fármacos, uso de psicoterapia e intervención social.

Hipótesis

Características de personalidad de los pacientes, permiten explicar las diferencias observadas en la frecuencia de presentación de situaciones difíciles en Psiquiatría.

Análisis estadístico

Se recolectaron variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, actividad laboral), diagnósticas y terapéuticas (tiempo del primer diagnóstico, frecuencia de hospitalización, fármacos prescritos, uso de psicoterapia, tiempo de psicoterapia e intervención social). Se realizó inicialmente análisis descriptivo utilizando medidas de frecuencia. Las variables cuantitativas fueron analizadas mediante T de Student y las categóricas mediante estadístico z, χ^2 o Prueba Exacta de Fisher con nivel de confianza del 95%. Se realizó estimación del riesgo mediante el cálculo de *Odds Ratio* (OR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Los análisis estadísticos se realizaron mediante la aplicación del paquete estadístico Epidat 3.1.

Resultados

Se obtuvo una muestra constituida por 15 casos y 30 controles. La edad promedio fue de 39,4 años (DS 13,0) en los casos y 40,2 años (DS 11,2) en los controles, diferencia que no fue estadísticamente significativa. Tampoco se observó diferencias estadísticamente significativas en las variables sexo, estado civil, nivel educacional, si-

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Variable	Casos	Controles	p
Sexo femenino	46,7%	50%	0,9
Edad promedio	39,4	40,2	0,83
DS	13	11,2	
Mínima	20	20	
Máxima	66	64	
Estado civil			
Soltero(a)	9	19	0,91
Casado(a)	4	9	0,91
Conviviente	0	1	0,72
Divorciado	1	0	0,72
Viudo	1	1	0,79
Estudios completos			
Universitarios	3	5	0,89
Técnicos	1	3	0,85
Medios	11	18	0,58
Básicos	0	3	0,53
Empleo	53,3%	70%	0,44

Tabla 2. Características clínicas de la muestra

	Casos	Controles	p
Tiempo diagnóstico (años)	8,3	7,3	0,6
DS	6,4	6,2	
Mínima	2	1	
Máxima	26	25	
Hospitalización	20%	16,6%	0,89
Fármacos promedio	4	2,9	0,036*
DS	3,1	1,3	
Mínimo	1	1	
Máximo	10	5	
Psicoterapia	80%	20%	0,004*
Intervención social	53,3%	3,3%	0,004*

*Estadísticamente significativo.

Tabla 3 Diagnósticos clínicos de la muestra Ejes I y II DSM

	Casos	Controles
Eje I*		
Esquizofrenia	4	6
Trastorno Afectivo Bipolar	1	10
Otros diagnósticos	10	14
Total	15	30
Eje II**		
Trastornos de la personalidad		
Presente	9	8
Ausente	6	22
Total	15	30

*OR 0,44 IC 95% 0,12-1,59; p= 0,20; **OR 4,1 IC 95% 1,1-15,3 p = 0,03.

tuación laboral y en el tiempo transcurrido desde el primer diagnóstico psiquiátrico entre los casos (media: 8,3 años DS 6,4) y los controles (media: 7,3 años DS 6,2) (p: 0,6) (Tabla 1). El promedio de fármacos utilizados por los pacientes fue de 4,8 (DS 3,14) en los casos (con dispersión entre 1 y 10) y de 2,8 (DS 1,31) en los controles, lo que resultó estadísticamente significativo (p: 0,036) (Tabla 2). La utilización de psicoterapia igualmente fue más frecuente entre los casos que en los controles (OR: 16 [IC 95% 3,4-75,3] p: 0,004). El 53,3% de los casos recibió intervención social, mientras que sólo el 3,3% de los controles recibió este tipo de asistencia (OR: 33,1 [IC 95% 3,5-310] p:0,004) (Tabla 2).

Al comparar los diagnósticos clínicos del Eje I de DSM-5[15] entre el grupo de pacientes psicóticos versus no psicóticos, se observó que no existen diferencias significativas entre ambos grupos (OR: 0,44 [IC 95% 0,12-1,59] p: 0,2) (Tabla 3). En el eje de la personalidad (Eje II DSM)[15] se observan diferencias significativas, siendo la mayor frecuencia de los trastornos de la personalidad en los casos que en los controles (OR 4,1 IC 95% 1,1-15,3 p 0,03). Se confirma la hipótesis de trabajo en el sentido que los pacientes portadores de trastornos de personalidad se encuentran con mayor frecuencia en las RD (p 0,03).

Discusión

La bibliografía revisada muestra que las RD no constituyen una categoría diagnóstica definida, pues puede presentarse en diversas patologías

(pacientes psicóticos y no psicóticos)[16], lo cual concuerda con nuestro trabajo. Lo que resultó significativo es la mayor frecuencia de trastornos de la personalidad en las relaciones difíciles y de estos principalmente del cluster B del DSM-5[15]. Los resultados dan cuenta de que lo que atañe a la categoría "relación difícil" son los patrones interaccionales vinculados al modo de funcionamiento, que está principalmente influido por la personalidad. Esto es similar a lo observado por otro autor[1] en que los resultados del tratamiento en este tipo de pacientes dependen mayormente de factores relacionales. Otra diferencia observada entre los dos grupos, se encuentra en los recursos terapéuticos involucrados: número de fármacos, tiempo de psicoterapia e intervención social, dando cuenta del mayor costo que implica la asistencia a estos pacientes.

El presente trabajo ha considerado factores individuales (variables sociodemográficas y clínicas), pero el foco ha sido principalmente en los factores interpersonales manifestados mediante la percepción de la interacción paciente-tratante, lo que nos ha permitido clasificar los casos y los controles. Es reconocido el valor que se asigna a esta díada en la generación de una relación de trabajo en la atención en salud. Si bien hay categorías clínicas que anticipan pobres resultados, hay médicos y terapeutas que funcionan mejor o peor con cierto tipo de pacientes. Najavits[1], ha manifestado que resulta interesante desde esta perspectiva el considerar al tratante como el sujeto y el objeto de cambio "necesitamos cambiar para ayudar a otros a cambiar". Ante la intensa movilización de respuestas emocionales generadas en estas relaciones difíciles, pareciera que para poder ayudar a este tipo de pacientes se hace necesaria una comprensión más profunda de los terapeutas. La perspectiva de Hahn[12] coincide con la percepción nuestra en el sentido que tomando como foco las reacciones del médico como el objeto de cambio, es posible evitar reaccionar ante las conductas inadecuadas de los pacientes con respuestas retaliatorias y a las necesidades psicosociales de éstos con una mirada estrictamente biomédica. Esto nos lleva a tener presente la importancia de los fenómenos contratransferenciales como herramienta útil en el abordaje y el tratamiento[17].

La evolución observada en el seguimiento por dos años de estos pacientes, ha permitido darnos cuenta que un adecuado enfoque favorece la reducción en el número de atenciones, disminución de la sintomatología y un acercamiento en la relación terapéutica resultando más efectivo nuestro trabajo. Podemos entender que el estudio en profundidad de estas relaciones difíciles favorece el reforzamiento de la alianza terapéutica.

Como limitación de este estudio podemos citar la definición de "relación difícil" que es subjetiva, dejando espacio para cometer sesgo por error de clasificación. Este hecho es inherente al tema estudiado que, en nuestro caso, se basó principalmente en la percepción del tratante. Se ha diseñado escalas para medir y dar objetividad[12,18], que no han sido validadas en nuestro medio, pero que toman en cuenta igualmente la misma perspectiva nuestra, esto es la percepción del tratante. El acuerdo de dos investigadores que son además los médicos a cargo de los pacientes, permite unificar criterios respecto de los casos verdaderos. Por otra parte el número del estudio es pequeño y no representativo de la Unidad de Psiquiatría del Hospital de La Serena, por lo que no es posible extraer conclusiones definitivas, sin embargo, es la base para continuar en el estudio de este interesante tema. Una fortaleza del trabajo es el diseño analítico de casos y controles que se encuentra escasamente en la revisión de la bibliografía y que resulta una vía adecuada para el estudio de este tópico[19].

Resumen

Los pacientes difíciles en Psiquiatría imponen un trabajo intenso a los profesionales y grupos de trabajo de salud mental. Las estadísticas muestran que la frecuencia puede alcanzar hasta un tercio de los pacientes habiendo sido estudiados mayormente en Salud Mental y Atención Primaria. Mediante un estudio de casos y controles nos propusimos caracterizar los pacientes difíciles y conocer los factores involucrados en las diferencias observadas. Se obtuvo una muestra por conveniencia. Se seleccionaron dos controles por cada caso, pareados por rango de edad y sexo. ***Hipótesis:*** *Características de personalidad de los pacientes permiten explicar las diferencias observadas en la frecuencia de presentación de los casos difíciles en Psiquiatría.* ***Resultados:*** *No se observaron diferencias significativas en la distribución por edad, sexo, estado civil, escolaridad tiempo de tratamiento y en los diagnósticos clínicos (eje I del DSM), pero sí fueron significativas las diferencias en el número de medicamentos utilizados, el tiempo en psicoterapia, la intervención social y la presencia de trastornos de la personalidad, siendo más frecuentes en los casos (pacientes difíciles) por lo que se confirma la hipótesis de trabajo.* ***Discusión:*** *Se discute el sentido de calificar paciente difícil, considerando que se trata más bien de "situaciones difíciles". Estas situaciones se observaron con mayor frecuencia ante la presencia de Trastornos de la Personalidad. Se analiza las implicancias al abordar este tipo de condiciones. A pesar de la importancia del problema, el tema ha sido poco estudiado en nuestro medio.*

Palabras clave: *Pacientes difíciles, relación médico-paciente, relaciones difíciles.*

Referencias bibliográficas

1. Najavits L. Helping "Difficult"Patients. Psychotherapy Research 2001; 11 (2): 131-52.
2. Herrera P, Fernández O, Krause M, Vilches O, Valdés N, Dagnino P. Revisión Teórica y Metodológica de las Dificultades en Psicoterapia: Propuesta de un Modelo Ordenador. Ter Psicol 2009; 27 (2): 169-79.
3. Othmer E, Othmer S. DSM IV La entrevista clínica tomo II El paciente difícil, Barcelona. Ed. Masson S.A. 1996.
4. Grooves JE. Taking Care of the Hateful Patient. N Engl J Med 1978; 298 (16): 883-7.
5. Koekkoek B, Van Meijel B, Hutschemaeckers G. "Difficult Patients" in Mental Health Care: A Review. Psychiatr Serv 2006; 57: 795-802.
6. Sellers RV, Salazar R, Martinez Jr. C, Gelfond SD, Deuter M, Hayes HG, *et al*. Difficult Encounters with Psychiatric Patients: A South Texas Psychiatry Practice-based Research Network (PBRN) Study. J Am Board Fam Med 2012; 25: 669-75.
7. O´Dowd TC. Five Years of Heartsink Patients in General Practice. BMJ 1988; 297: 528-30.
8. Hinshelwood RD. The difficult patient: The role of "scientific psychiatry" in understanding patients with chronic schizophrenia or severe personality disorder. Br J Psychiatry 1999; 174: 187-90.
9. Winnicott DW. Hate in the Counter-Transference, Int J Psychoanal 1949; 30: 69-74.
10. Colson D, Allen JG, Coyne L, Dexter N, Jehl N, Mayer CA, *et al*. An Anatomy of Countertransference: Staff Reactions to Difficult Psychiatric Hospital Patients. Hosp Community Psychiatry 1986; 37 (9): 923-8.
11. Lewis G, Appleby L. Personality Disorder: The patients Psychiatrists Dislike. Br J Psychiatry 1988; 153: 44-49.
12. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RI, Brody D, Williams J, Linzer M *et al.* The Difficult Patient: prevalence, psychopathology and functional impairment. J Gen Intern Med 1996; 11:1-8.
13. Acuña J, Botto A, Jiménez JP, editores. Psiquiatría para Atención Primaria y el Médico General. De-

presión Ansiedad y Somatización. Diagnóstico y manejo de pacientes con "personalidad difícil" en atención primaria. Santiago, Editorial Mediterráneo 2009.
14. Modestin J, Greub E, Brenner HD. Problem Patients in a Psychiatric Inpatient Setting An Exploratory Study. Eur Arch Psychiatr Neurol Sci 1986; 235: 309-14.
15. American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico estadístico de los trastornos mentales DSM-5, Washington DC, Editorial Médica Panamericana; 2014. p 645-84.
16. Caruso R, Biancosino B, Borghi C, Marmai L, Kerr IB, Grassi L. Working With the "Difficult" Patient: The Use of a Contextual Cognitive-Analytic Therapy Based Training in Improving Team Function in a Routine Psychiatry Service Setting. Community Ment Health J 2013; 49: 7227.
17. Sandler J, Dare C, Holder A. La contratransferencia. En: El paciente y el analista Las bases del proceso psicoanalítico, Londres, Karnac Books 1992. pp. 99-117.
18. Mc Gaghie WC, Whitenack DC. A Scale for Measurement of the Problem Patient Labeling Proces. J Nerv Ment Dis 1982; 170 (10): 598-604.
19. Henneckens Ch, Buring JE. Epidemiology in Medicine. Boston/Toronto, Little Brown and Company 1987.

Correspondencia:
Juan Carlos Méndez V.
Amunátegui 785 Oficina 327. La Serena, Chile.
Fono: 9 42682817
E-mail: jcmendezvergara@gmail.com