

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y DISTANCIAS AFECTIVAS EN PACIENTES CON PSORIASIS

DOCTOR PATIENT RELATIONSHIP AND AFFECTIVE DISTANCES IN PSORIATIC PATIENTS

Ulnik, Jorge C.¹; Murata, Cecilia²; Salgado, Matías³; Patrono, Raúl⁴; Rivadeneira, Oscar⁵; Mendel, Andrea⁶

RESUMEN

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel que afecta la calidad de vida y las relaciones interpersonales. Frecuentemente, las personas con psoriasis no están satisfechas con los médicos tratantes y muestran poca adherencia a los tratamientos. El malestar subjetivo podría asociarse a mecanismos inconscientes que están en juego en dicha relación. En una muestra de 161 pacientes con psoriasis (48.1% femenino; edad: $M= 38.88$; $DE= 15.14$) y 161 controles (52.8% femenino; edad: $M= 34.57$; $DE= 14.36$) se evaluó la relación médico-paciente con el test de las distancias afectivas. Las personas con psoriasis ubican significativamente más cerca las figuras del médico y el paciente entre sí, en comparación con los controles, pero la relación entre la distancia afectiva expresada por los pacientes y sus asociaciones discursivas evidencian motivaciones y fantasías conscientes e inconscientes que intervienen en la relación médico-paciente dificultando una interacción estable y de confianza mutua.

Palabras clave:

Psoriasis - Relación médico-paciente - Distancias afectivas - Psicoanálisis

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease that affects quality of life and interpersonal relationships. Usually patients with psoriasis are not satisfied with their treating physicians and therefore show poor adherence to their treatments. Patients' subjective distress are linked with unconscious mechanisms involving this relationship. 161 psoriatic patients (48.1% female; age: $M= 38.88$; $DE= 15.14$) and 161 controls (52.8% female; age: $M= 34.57$; $DE= 14.36$) answered the affective distances test to assess physician-patient relationship. Psoriatic patients locate physician and patient figures significantly closer than controls, but the relationship between the affective distance expressed by the patients and their discursive associations show the conditioning of motivations and unconscious fantasies that intervene in the physician-patient relationship making it difficult to establish a stable interaction of mutual trust.

Key words:

Psoriasis - Doctor-patient relationship - Affective distances - Psychoanalysis

¹Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Cátedra de Fisiopatología y Enfermedades Psicósomáticas. Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. E-mail: jorgeulnik@gmail.com

²Universidad Argentina de la Empresa, Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales y Disciplinas Proyectuales. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Departamento de Psicología.

³Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Medicina, Unidad 41 Salud Mental.

⁴Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de Investigaciones, Cátedra de Fisiopatología y Enfermedades Psicósomáticas.

⁵Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología.

⁶Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Medicina, Unidad 41 Salud Mental.

INTRODUCCION

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel difícil de tratar y que afecta la calidad de vida de los pacientes (Finlay, Khan, Luscombe, & Salek, 1990). Un primer análisis establece que las dificultades son producto de la cronicidad de la enfermedad y su evolución en brotes, de la impotencia médica para lograr el bienestar del paciente, de la poca durabilidad de las mejorías, etc. Sin embargo, muchas veces los resultados obtenidos terminan siendo insatisfactorios no sólo por las características de la enfermedad, sino por las características psicológicas de los pacientes (Fink C, Schank TE, Trenkler N, Uhlmann L, Schäkel K, 2017). Estos a menudo presentan desórdenes psicopatológicos (Gupta & Gupta, 1997; Picardi, Abeni, Melchi, Puddu & Pasquini, 2000; Sharma, Koranne & Singh, 2001) que influyen en la manera como ellos se sienten respecto a su cuerpo, su tratamiento y las relaciones con los demás.

Gupta y Gupta (1996) llamaron "paciente difícil" a aquel que no responde a la terapéutica estándar o al que no logra una relación satisfactoria con el médico por presentar querellas infundadas, enojo injustificado y dificultades para establecer una relación de confianza interpersonal (Gupta & Gupta, 1996). Cuando a la cronicidad de la enfermedad se suman dificultades en la relación médico-paciente, este último adopta una serie de conductas y reacciones que lo transforman en un "paciente difícil".

Muchas personas con psoriasis entablan con su médico una relación ambivalente que se manifiesta a través del mantenimiento de una doble distancia: se acercan con facilidad y piden ayuda y afecto; pero cuando lo van a recibir adoptan conductas evasivas y huidizas que los llevan incluso a cambiar de profesional. Estas conductas de deambulación de médico en médico pueden llevarlos incluso a buscar soluciones mágicas. Luego de abandonar el tratamiento y dejar de concurrir al médico, cuando retornan a la consulta, la enfermedad se ha agravado, los análisis y prescripciones se multiplican, y todo resulta en un aumento de costos para el enfermo y para el sistema de salud, así como también una desconfianza y agotamiento en aumento (Ulnik, 1988). Los médicos acaban pensando que los pacientes son deambuladores y desobedientes y difíciles de aliviar por su pobre adherencia y compromiso con el tratamiento y con el médico.

La mayoría de las investigaciones concluye que es esencial mejorar la comunicación médico-paciente y que el médico debe tener en cuenta el malestar subjetivo que el paciente presenta (Dubertret, 2006a; Dubertret, 2006b; Feldman, Behnam, Behnam & Koo, 2005; Feldman, Koo, Menter & Bagel, 2005). Otras investigaciones sostienen que aplicar los principios de la dinámica psíquica y abordar los problemas que suscitan, puede mejorar la conceptualización de la relación médico-paciente y reforzar la alianza terapéutica (Nash, Kent & Muskin 2009). Sin embargo, estos estudios no especifican cómo hacer eso, ni sugieren herramientas para definir mejor la subjetividad a la que aluden, especialmente si está relacionada con aspectos intrapsíquicos (Vardy, Besser, Amir, Gesthalter, Biton & Buskila, 2002).

El test de las distancias afectivas (Ulnik et al., 2013; Ulnik, Czerlowski, Meilerman, & Murata, 2015; Ulnik, Murata, Rivadeneira, Salgado, & Czerlowski, 2016) es un instrumento que tiene como objetivo medir, caracterizar y evaluar la capacidad de las personas para establecer y diferenciar las distancias afectivas que mantienen en distintos tipos de vínculos. Se entiende por distancia afectiva la resultante de proyectar en la distancia física una vivencia intrapsíquica de distancia emocional. El test de las distancias afectivas estudia distintos tipos de vínculos y puede aplicarse a diferentes poblaciones. En este estudio el test se aplicó a una población de personas con psoriasis y se trabajó específicamente la lámina que estudia la relación médico-paciente.

OBJETIVOS

Establecer y analizar factores subjetivos de los pacientes con psoriasis que afectan la comunicación y la expresión de sus emociones influyendo en la relación médico-paciente. Analizar dichos factores subjetivos a partir de la evaluación de la proxémica (medida en términos de "contacto" y de "distancias afectivas"), en pacientes con psoriasis, así como las relaciones entre tales constructos.

METODO

Participantes:

La muestra estuvo compuesta por dos grupos, un grupo de pacientes y un grupo control. El grupo de pacientes estuvo compuesto por 161 personas (48.1% femenino) con una media edad de 38.88 ($DE = 15.14$), con psoriasis refractarios al tratamiento indicado por uno o más dermatólogos. Los mismos fueron seleccionados aleatoriamente de los centros asistenciales especializados en la atención de la psoriasis y de servicios de dermatología de hospitales públicos. El grupo control compuesto por 161 personas (52.8% femenino), con una media de edad de 34.57 ($DE = 14.36$), fue seleccionado al azar excluyendo los que presentaran patología psiquiátrica, enfermedad somática crónica o enfermedad dermatológica crónica o desfigurante. Los grupos fueron emparejados en sexo, edad y nivel de instrucción. Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes y controles sanos, y la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Instrumento: Prueba de las Distancias Afectivas

La prueba de las distancias afectivas consiste en una serie de láminas milimetradas en las cuales aparece una figura humana impresa en el margen izquierdo de la hoja. El sujeto entrevistado tiene que pegar una figura humana autoadhesiva a la distancia de la figura impresa que le parezca adecuada de acuerdo a una consigna que tiene cada lámina. En una de ellas, la consigna es imaginar que una de las figuras es el doctor y se le solicita poner la otra figura (el paciente) a la distancia que le parezca adecuada en esta relación. Luego debe justificar por qué ubicó las figuras a tal distancia.

La distancia en cada lámina es medida en milímetros y luego es categorizada en unidades Figura Humana (FH).

La unidad FH corresponde al ancho de la figura autoadhesiva. Las categorías son las siguientes:

1. Contacto total: 0 a 2 mm. Las figuras impresa y autoadhesiva están superpuestas casi en su totalidad
2. Contacto parcial: 3 a 14 mm. Al menos media figura humana se superpone
3. Contacto de la mano: 15 a 17 mm. Solo los extremos de las figuras correspondientes a las extremidades superiores están en contacto
4. Sin distancia/sin contacto: 18 mm. Las figuras están juntas, pero no se tocan
5. Media figura humana (1/2 FH): 19 a 27 mm. La distancia que separa a las figuras es como máximo de media figura humana
6. Una figura humana (1 FH): 28 a 35 mm.
7. 2 a 3 figuras humanas (2-3 FH): 36 a 69 mm.
8. 4 a 6 figuras humanas (4-6 FH): 70 a 120 mm.
9. 7 a 10 figuras humanas (7-10 FH): 121 a 188 mm.
10. 11 a 15 figuras humanas (11-15 FH): 189 a 273 mm.
11. Más de 15 figuras humanas (+15 FH): más de 273 mm.

Procedimiento:

Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales para evaluar diferencias en las láminas del vínculo con el médico. Se utilizó el SPSS 15.0. Se analizaron y categorizaron cualitativamente las respuestas y explicaciones dadas por los participantes para justificar las distancias escogidas en estas láminas.

RESULTADOS

En las tablas 1 y 2 se pueden observar las distribuciones (frecuencias y porcentajes) en distancias afectivas en unidades FH para el grupo de pacientes y de controles sanos en el vínculo con el médico. En la Tabla 2 se agruparon por un lado las repuestas FH1, FH2 y FH3, en las cuales las figuras están en contacto y por otro lado las repuestas FH4 hasta FH 11 en las cuales no hay contacto entre las figuras.

Tabla 1: Distribución de distancias afectivas en unidades FH en controles sanos y pacientes para el vínculo con el médico (porcentajes entre paréntesis)

Distancias afectivas en FH	Paciente - Doctor		Doctor - Paciente	
	Grupo control	Pacientes	Grupo control	Pacientes
1-Contacto total	0 (0%)	1 (,6%)	3 (1,9%)	1 (,6%)
2-Contacto parcial	0 (0%)	5 (3,1%)	0 (0%)	9 (5,6%)
3-De la mano	2 (1,2%)	5 (3,1%)	7 (4,4%)	8 (5,0%)
4-Sin distancia/Sin contacto	2 (1,2%)	9 (5,6%)	2 (1,3%)	7 (4,3%)
5- 1/2 F.H	22 (13,7%)	36 (22,4%)	28 (17,5%)	41 (25,5%)
6- 1 F.H.	15 (9,3%)	26 (16,1%)	28 (17,5%)	27 (16,8%)
7- 2 a 3 F.H.	53 (32,9%)	43 (26,7%)	46 (28,8%)	44 (27,3%)
8- 4 a 6 F.H.	26 (16,1%)	16 (9,9%)	29 (18,1%)	19 (11,8%)
9- 7 a 10 F.H.	30 (18,6%)	15 (9,3%)	11 (6,9%)	4 (2,5%)
10- 11 a 15 F.H.	7 (4,3%)	2 (1,2%)	4 (2,5%)	1 (,6%)
11- + de 15 F.H.	4 (2,5%)	3 (1,9%)	2 (1,3%)	0 (0%)
Total	161	161	160	161

Tabla 2: Distribución de distancias afectivas en el vínculo con el médico en controles sanos y pacientes teniendo en cuenta la presencia o ausencia de contacto entre las figuras (porcentajes entre paréntesis)

Presencia o ausencia de contacto	Paciente – Doctor		Doctor – Paciente	
	Grupo control	Pacientes	Grupo control	Pacientes
en contacto	41 (25,5%)	82 (50,9%)	68 (42,5%)	93 (57,8%)
sin contacto	120 (74,5%)	79 (49,1%)	92 (57,5%)	68 (42,2%)
Total	161	161	160	161

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre controles sanos y pacientes teniendo en cuenta solo la presencia o ausencia de contacto entre las figuras, tanto para la lámina Paciente-Doctor ($\chi^2(1, 322) = 22,114; p = ,000$), como para la lámina Doctor-Paciente ($\chi^2(1, 321) = 7,479; p = ,006$).

A partir del análisis de las asociaciones se describen factores psicológicos que intervienen en la elección de las distancias para cada lámina y que se infiere puedan explicar algunas conductas de las personas con psoriasis que son fuente de dificultades en la relación médico-paciente. De las asociaciones surge que poner las figuras en contacto responde a un deseo de cercanía entre médico y paciente que puede llegar desde el extremo de la indiferenciación entre uno y otro hasta el sentimiento de familiaridad.

Cercanía de uno y otro hasta el sentimiento de “no diferencia” o “medio familiar”

Entre las personas con psoriasis que eligieron distancias más cercanas que los controles, predominaron las asociaciones verbales en las que la idea del conocimiento médico era central. Pero esa idea sugería en la mente de los entrevistados que al conocer la enfermedad el médico no los discrimina, no los rechaza y no hace diferencias entre él y ellos. Estas ideas generan en los pacientes una expectativa de proximidad física y psicológica que no se confirma en la realidad, aunque el médico tenga una conducta y una actitud adecuada y profesional. Esto se debe a que, para el paciente, si el médico “sabe” o “entiende”, automáticamente se borran las diferencias y la expectativa es que el profesional se comporte con la cercanía física y afectiva de un amigo o un miembro de la familia, o que el consultorio o el hospital sean considerados como el propio hogar.

Por ejemplo, algunas respuestas fueron:

- “Este hospital es como mi casa, nací acá... con eso digo todo.”
- “Me gustaría cuidar a la gente como los doctores. En mi familia siempre ayudamos a gente que necesitaba”
- “Mi doctor es un amigo, pero si no lo tenés cerca no pueden entenderte”
- “Porque me gusta tener contacto con los médicos, me gusta contar con los profesionales (Me gusta tener a mi médico cerca, casi un amigo, es indispensable)”
- “La Doctora “L” es como una amiga, ella es una persona de fe y sabe lo que los pacientes necesitan”.
- “Al doctor lo quiero cerca... hace tantos años que vengo al hospital “D” que es como si fuera de visita a la casa de un familiar”

Miedo a la invasión o quejas acerca de frialdad, indiferencia o desconocimiento

Si bien en las personas con psoriasis predominan respuestas más cercanas entre médico y paciente que en la muestra de controles, también ocurre el otro extremo, o sea respuestas muy alejadas, que ocurren como consecuencia de la frustración de las expectativas de cariño. Algunos ejemplos son:

- “A veces me siento invadido. Ellos toman fotos, hacen investigación, hacen muchas preguntas”.
- “Él está ocupado, yo no soy importante para él”.
- “No me toca ni con un palo”.
- “No entiende la enfermedad y no puede encontrar la cura”.
- “El Dr. esta relativamente cerca, yo como que tendría que estar más cerca, en general acá en el hospital en todos los hospitales te dan poca pelota, están todos quemados, contas lo mismo 33 veces porque no te escuchan mucho”.
- “El trato acá es impersonal... sos un número... cada vez te ve un doctor diferente. Si estás muy brotado sos un caso interesante y nada más... te sacan fotos”.

El test de las distancias afectivas plantea primero el vínculo con el doctor sin modificar los roles: “Ud. es el paciente, coloque la figura del doctor a la distancia que le parezca”, y luego los invierte: “Ud. es el doctor, coloque al paciente a la distancia que le parezca”.

Cuando las personas responden con el rol invertido, generalmente revelan cuál es su expectativa sobre el médico debido a que eligen la distancia a la cual les gustaría estar. En la muestra de personas con psoriasis, algunas respuestas confirman que su expectativa sobre el médico es de una cercanía próxima a la fusión simbiótica. Por ejemplo, una paciente ubicó las dos figuras – médico y paciente – superpuestas por completo y asoció: “Me gusta ayudar a los demás, estar rodeada de pacientes que la sociedad discrimina, porque no les dan importancia, para que no se sientan solos”.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Se considera que la piel cumple funciones que en el plano biológico son equivalentes a funciones del yo en el plano psicológico. En este sentido funciona como límite entre el yo y el otro, entre el adentro y el afuera. El concepto de límite es un punto de partida para establecer la distancia y la diferencia con los demás (Ulnik J, 2016).

Si bien la experiencia de los dermatólogos parece indicar que los pacientes no adhieren adecuadamente al tratamiento y a la persona del médico, de este estudio se concluye que gran parte de las personas con psoriasis ubican las figuras más cerca que los controles y que esto refleja la expectativa de un vínculo más estrecho y afectivo con el médico. Esta expectativa no se cumple por distintas razones entre las que puede mencionarse la demanda excesiva de trabajo de los médicos, la situación actual de los servicios hospitalarios, las características de personalidad que tienen algunos profesionales y las características del tratamiento elegido para cada paciente (Schaarschmidt, Kromer, Herr, Schmieder, Goerdts & Peitsch, 2015). No obstante, la relación entre la distancia en que las personas con psoriasis colocaron la figura y sus asociaciones discursivas evidencian la intervención de motivaciones y fantasías inconscientes de fusión e indiscriminación. Por indiscriminación nos referimos a la dificultad de separar y diferenciar las expectativas del propio yo de la situación real y el rol de los demás. Se infiere que la necesidad del

paciente de sentirse querido, protegido, o su necesidad de apego a los demás, se manifiesta en la dificultad para diferenciar el tipo de vínculo que mantiene con el médico de otras relaciones. Por eso confunden cercanía con asistencia médica, el consultorio con la casa propia, al médico con un familiar o amigo, o por el contrario desarrollan una actitud de distanciamiento y evitación frente al temor de ser invadidos o como prevención de la desilusión que infieren que van a sufrir si son atendidos con frialdad, rechazo o indiferencia.

Las conclusiones de este estudio son el producto de inferencias que surgen del análisis de factores cuantitativos como la distancia escogida, y factores cualitativos como las asociaciones con las que el paciente explica o justifica la distancia que eligió. Dichas inferencias tendrán un peso más significativo y se harán más evidentes en un futuro próximo, cuando nuevas investigaciones puedan correlacionar las respuestas obtenidas con el test de las distancias afectivas con otros instrumentos que midan parámetros similares, relacionados con la proxémica, el apego y las características los vínculos en general.

Líneas futuras de investigación también conducirán a comparar - utilizando los mismos instrumentos - los resultados obtenidos en la relación médico-paciente con lo que ocurre en otros vínculos como por ejemplo las relaciones familiares, las relaciones sexuales, las relaciones laborales, etc.

Comprender el vínculo que las personas con psoriasis establecen con su médico tratante es de vital importancia teniendo en cuenta que padecen una enfermedad crónica que necesita un seguimiento continuo y a largo plazo y que sus necesidades afectivas insatisfechas pueden jugar un rol en el empeoramiento de la enfermedad, tanto por provocar abandonos del tratamiento como por expresarse indirectamente a través de la piel, considerada desde siempre como una pantalla al exterior de las emociones.

REFERENCIAS

- Dubertret, L. (2006a). Patient-based medicine. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 20, 73-76. doi: 10.1111/j.1468-3083.2006.01775.x
- Dubertret, L. (2006b). Le Psoriasis: évolution et révolution. *Médecine/Sciences*, 22, 164-171.
- Feldman, S., Behnam, S.M., Behnam, S.E., & Koo, J.Y. (2005). Involving the patient: impact of inflammatory skin disease and patient-focused care. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 53(1), Supl. 1, S78-S85.
- Feldman, S.R., Koo, J.Y., Menter, A., & Bagel, J. (2005). Decision points for the initiation of systemic treatment for psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 53, 101-107.
- Fink, C., Schank, T.E., Trenkler, N., Uhlmann, L. & Schäkel, K. (2017). Quality of life, treatment satisfaction and efficacy of non-biological systemic therapies in patients with plaque psoriasis: study protocol for a prospective observational study. *BMJ Open*, 2017, Jun 30;7(6):e014279. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014279.
- Finlay, A.Y., Khan, G.K., Luscombe, D.K., & Salek, M.S. (1990). Validation of Sickness Impact Profile and Psoriasis Disability Index in Psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 123(6), 751-756.
- Gupta, M.A., & Gupta, A.K. (1996). Psychodermatology: An update. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34, 1030-1046.
- Gupta, M.A., & Gupta, A.K. (1997). Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. *International Journal of Dermatology*, 36, 259-262.
- Nash, S.S., Kent, L.K., & Muskin, P.R. (2009). Psychodynamics in Medically Ill Patients. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(6), 389-397. DOI: 10.3109/10673220903465726
- Picardi, A., Abeni, D., Melchi, C.F., Puddu, P., & Pasquini, P. (2000). Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *British Journal of Dermatology*, 143(5), 983-991.
- Schaarschmidt, M.L., Kromer, C., Herr, R., Schmieder, A., Goerdts, S. & Peitsch, W.K. (2015). Treatment satisfaction of patients with psoriasis. *Acta Dermato-Venereologica*, 2015 May; 95(5): 572-8.
- Sharma, N., Koranne, R.V., Singh, R.K. (2001). Psychiatric morbidity in psoriasis and vitiligo: a comparative study. *The Journal of Dermatology*, 28, 419-423.
- Ulnik, J. (1988). Aspectos psicológicos de la relación médico-paciente en dermatología. *Archivos Argentinos de Dermatología*, XXXVIII(1), 37-46.
- Ulnik, J., Czerlowski, M., Meilerman, D., Murata, C., Moure, M., Salgado, M., Vecchio, V., Castro, E., Cativa Tolosa, P., & Patrono, R. (2013). Factores subjetivos en la sexualidad, el contacto y la calidad de vida de pacientes con psoriasis: subjective factors in sexuality, contact, and quality of life. *Anuario de Investigaciones*, XX, 301-307.
- Ulnik, J., Czerlowski, M., Meilerman, D., & Murata, C. (2015). El vínculo niño-madre y el conflicto de proximidad-distancia en pacientes con psoriasis. *Anuario de Investigaciones*, XXII, 271-280.
- Ulnik, J., Monder, A., Czerlowski, M., Murata, C., Ubogui, J., Herrera Ceballos, E., Serrano Noguera, V., & Suárez Martín, E. (2005). *Affective Distances in Psoriasis Patients*. Poster en 44º International Psychoanalytical Association Congress, RJ-Brasil.
- Ulnik, J., Murata, C., Rivadaneira, O., Salgado, M., & Czerlowski, M. (2016). Estudio de la proxémica, el contacto y la expresión de las emociones en una muestra de pacientes con psoriasis. *Anuario de Investigaciones*, XXIII, 233-242.
- Ulnik, J. (2016). *El psicoanálisis y la piel*. Buenos Aires. Paidós.
- Vardy, D., Besser, A., Amir, M., Gesthalter, B., Biton, A., & Buskila, D. (2002). Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *British Journal of Dermatology*, 147(4), 736-742.

Fecha de recepción: 19 de mayo de 2017

Fecha de aceptación: 1 de octubre de 2017