

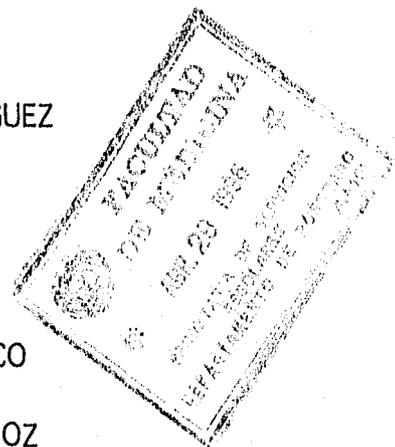
11241 21

20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y
SALUD MENTAL

INFLUENCIA DE LA PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGIA DEL PACIENTE
EN SU SATISFACCION CON LA RELACION MEDICO-PACIENTE

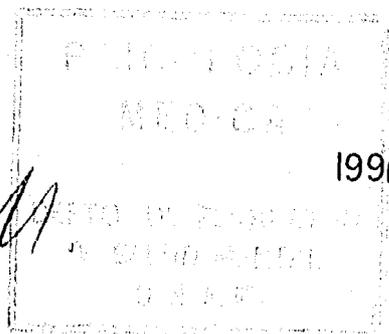
Asesoración
DRA. GABRIELA MANJARREZ DOMINGUEZ



TUTOR TEORICO Y METODOLOGICO

DRA. MA. DEL CARMEN LARA MUÑOZ

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
"ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA"



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

En este trabajo se evalúa que características del médico y el paciente influyen en la satisfacción con la relación médico-paciente (RMP). Se tomaron en cuenta características demográficas, psicopatología y rasgos de personalidad del paciente; en tanto que del médico se incluyeron algunas características demográficas.

Evaluamos a 107 pacientes, en 107 consultas dadas por 30 médicos, de algunas especialidades de la coordinación de Medicina Interna. Se empleó la Escala HAD, el Cuestionario de la Personalidad de Eysenck, una escala categórica y un cuestionario de satisfacción con la RMP. Los resultados se analizaron mediante las pruebas adecuadas al nivel de medición y distribución de las variables mencionadas.

El grado de satisfacción reportado por los pacientes fue alto. La edad, el sexo y la dimensión de la personalidad de extroversión social del paciente mostraron mayor correlación con la satisfacción de la RMP, así como el sexo del médico, aunque en todos los casos fue muy baja. La psicopatología no se correlacionó.

INDICE

	PAGS.
I. INTRODUCCION.	
Definiciones de la RMP.	1
2.- Características.	2
3.- Modelos.	2
4.- Problemas de la RMP.	3
5.- La RMP como factor inespecifico de la psicoterapia.	3
6.- La satisfacción del paciente.	4
7.- Antecedentes.	5
II. JUSTIFICACIONES Y OBJETIVOS.	9
III. HIPOTESIS.	11
IV. MATERIAL Y METODOS.	
Diseño.	12
Sujetos.	12
Instrumentos de evaluacion.	13
Procedimiento.	15
Tratamiento estadístico de los datos.	15
V. RESULTADOS.	16
VI. DISCUSION.	18
VII CONCLUSIONES.	20
VIII. CUADROS.	24
IX. REFERENCIAS.	28

I. INTRODUCCION.

El paciente, el hombre enfermo que reclama los servicios del médico, tiene determinadas necesidades que satisfacer, tales como, el deseo de afecto, apoyo, comunicación y solidaridad; que con la condición de enfermo se agudizan (1). Ante esto, es la persona del médico y la relación que establece con su paciente, el recurso para dar respuesta a esta situación (2, 3).

En el contexto de la relación médico-paciente (RMP) los médicos proporcionan sus cuidados (4). En la literatura hay muchos textos y estudios que se han referido a ella (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Sin embargo, no obstante la gran cantidad de trabajos que la abordan, existen diferentes concepciones acerca de unos u otros aspectos de esta relación, hasta ahora insuficientemente estudiada, particularmente desde la perspectiva de las características de personalidad del paciente y su psicopatología así como del médico. Hay una evidente desproporción entre la cantidad de trabajos descriptivos y el limitado número de estudios protocolizados de la RMP, tal vez porque su estudio contempla dificultades metodológicas y limitaciones, derivadas de la participación de factores subjetivos, al igual que en toda relación humana.

1.-DEFINICION DE LA RMP.

Entre las definiciones de tal relación, podemos mencionar las siguientes:

Cantú-Garza señala que es la "Interacción de dos personas con una historia que los condiciona" (5). Consideramos que es una definición general que puede referirse a todo tipo de relación.

De la Fuente la define como: "... una transacción, un sistema de interacción recíproca, tanto intelectual como emocional, que incorpora lo que el médico y el enfermo piensan, sienten, hacen y reciben el uno del otro"(6).

Martínez concluye que es: "El tipo de interacción humana que entre ambas personas se lleva a cabo en la consulta médica y en la que juegan importante papel factores psicológicos, sociales y culturales, por ambas partes, además de los propiamente médicos, y en la que la consulta médica es el acto central de la práctica de esta relación" (7). Esta definición señala un elemento principal de la relación: la consulta médica, aunque le falta señalar el papel de cada participante.

2.- CARACTERÍSTICAS.

Las particularidades de la RMP son el resultado de la interacción de las características de los participantes tales como, sexo, edad, nivel educativo, estado emocional en el momento de la entrevista, rasgos de personalidad, patrones de comportamiento y estilos de afrontamiento (8, 9). No hay estudios con metodología rigurosa que describan de manera específica cómo influyen estos factores.

Los objetivos de la RMP son diferentes para cada uno de los participantes. El médico requiere información para realizar un diagnóstico y prescribir un tratamiento, proporcionar al paciente la información necesaria acerca de su problema de salud, motivarle, comprenderle y confortarle. El paciente espera curarse y cuando ello no es posible recibir por lo menos cierto alivio a su sufrimiento (9, 10).

3.- MODELOS.

Para señalar el rol y el grado de participación de los integrantes se han establecido modelos de RMP. T. Szasz y M. Hollender distinguen tres básicamente:

- a) De actividad -pasividad. En este modelo el médico elige y proporciona el tratamiento sin que el paciente intervenga, por ejemplo en las urgencias.
- b) De guía-cooperación. En este caso el médico participa diagnosticando

y prescribiendo el tratamiento; el paciente puede opinar y se espera que participe siguiendo las indicaciones, por ejemplo en las enfermedades agudas.

c) De coparticipación: Cuando ambos colaboran, no para la curación, sino para que el paciente sea responsable de la atención de su enfermedad y se adapte a ella con la mayor funcionalidad y menores limitaciones, guiado por el médico, como en el caso de las enfermedades crónicas (11, 12).

4.- PROBLEMAS EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE.

La estabilidad de la relación descansa en el hecho de que "las necesidades y las satisfacciones, tanto del médico como del paciente son complementarias" (13). Por lo que cuando hay insatisfacción por alguna o ambas partes se crean problemas y la RMP es difícil (4, 14, 15). Entre las posibles causas de los problemas en la RMP se señalan a los trastornos de personalidad del paciente, ansiedad o depresión, somatización, enfermedad crónica, síntomas inespecíficos y vagos (4, 14). También dificultades de comunicación por el uso de términos técnicos médicos, escasa empatía, falta de información al paciente acerca de su situación y expectativas no cumplidas respecto a sus necesidades afectivas (15). A lo anterior se agregan los factores de la medicina institucionalizada que despersonalizan la atención médica, ya que el empleo de tecnología sofisticada para el diagnóstico y el tratamiento reduce el contacto del paciente con el médico, hay poca o ninguna oportunidad para elegir al médico y la intervención de numerosos especialistas para atender a un paciente fragmentan su atención y establecen una RMP fugaz (12, 16, 17).

6.- LA RMP COMO FACTOR INESPECIFICO DE LA PSICOTERAPIA.

Los ingredientes psicoterapéuticos inespecíficos están presentes en una forma implícita en todos los tipos de tratamiento médico desde el principio

de la historia (6). Se refieren a los factores subjetivos que contribuyen a la mejoría o curación de un paciente. La RMP es uno de estos ingredientes porque puede ser terapéutica e influir en la evolución de la enfermedad, en el cumplimiento de las indicaciones médicas, en el apego que se tenga al tratamiento y en la facilidad o dificultad del paciente para asumir el rol de enfermo. Además puede suscitar fe y esperanza cuando el paciente encuentra confianza y competencia en el médico ya que éstos también son factores terapéuticos inespecíficos (2).

Hollander señala que en la RMP ocurren ciertos fenómenos comparables a lo que ocurre entre psicoanalista y analizado, tales como transferencia, contratransferencia, ambivalencia y resistencias. Ambos, médico y paciente, traen al campo de interacción experiencias pasadas, actitudes personales, creencias y valores. El médico comunica indirectamente sus afectos, su experiencia y actitud ante la vida. La satisfacción del paciente con los aspectos afectivos de la relación también crea sentimientos de confianza en las habilidades técnicas del médico. (10).

En las especialidades médicas que predomina el modelo científico-humanista -que es subjetivo, cualitativo, organísmico, totalista e impreciso como la medicina interna y la psiquiatría- es más importante el binomio médico-paciente (Castillo MA. Las bases de la psicoterapia médica. Apuntes de clase. UNAM. 1995)

6.- LA SATISFACCION DEL PACIENTE.

La satisfacción se refiere al cumplimiento de una necesidad que se tiene (18). Los pacientes tienen expectativas o necesidades que deben cubrirse para que la satisfacción se obtenga (19). El concepto de satisfacción del paciente (SP) ha causado controversia respecto a su validez. Por un lado, se le señala como un término producto del consumismo (20); por otro, como un parámetro de calidad de los servicios médicos, un resultado deseable y legí-

timo e incluso una meta. También se ha considerado como una manera de evaluar la RMP (19, 21, 22).

Tamblyn y sus colaboradores realizaron un estudio para determinar la factibilidad y confiabilidad de emplear la satisfacción del paciente para evaluar a residentes de medicina interna. Aplicaron un cuestionario de satisfacción a 1003 pacientes atendidos en un hospital de enseñanza por 91 médicos residentes en 1219 consultas. Para disminuir el sesgo de la opinión del paciente también se evaluó la satisfacción del médico con el paciente. Se concluye que la SP proporciona información valiosa acerca de la habilidad del residente para establecer una efectiva relación médico-paciente, aunque el número de observaciones requeridas para una estimación válida pudiera limitar el empleo de esta medida de evaluación. (23).

Las razones que Williams B. propone para considerar la satisfacción como un parámetro de los servicios de salud -y de la RMP- son las siguientes: las encuestas son económicas y fáciles de conducir, es una forma de convertir un dato blando en dato cuantitativo, la SP es observable y permite conocer la opinión del paciente. (19).

Vuori señala que la atención médica no puede ser de calidad a menos que el paciente esté satisfecho (24)

7.- ANTECEDENTES.

En nuestro país hay algunos trabajos que desde una perspectiva teórica abordan la RMP (5, 6, 7, 17). Algunos estudios no publicados han evaluado la RMP mediante instrumentos creados por los mismos autores. Citaremos algunas referencias:

Solís entrevistó a 59 pacientes, 31% masculinos y 69% femeninos, con promedio de edad de 18 a 65 años para conocer el grado de satisfacción e insatisfacción con la atención médica otorgada por los residentes de medi -

cina familiar de los diferentes grados. Encontró una alta proporción de satisfacción (93%), siendo mas notable en el sexo masculino, en el grupo de 38 a 47 años y con el residente de mayor grado académico. (Solís OA: Análisis de la relación médico residente-paciente en las clínicas sede de residencia de medicina familiar. Tesis de Medicina Familiar. ISSSTE-UNAM. México, 1990).

Bentancourt en 1990, realizó un trabajo para señalar la importancia de la RMP como factor que puede influir en el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II. Estudió a 100 pacientes -54 mujeres y 46 hombres-, mediante un cuestionario que exploraba la RMP, seguimiento de medidas higiénico-dietéticas y promedio de glicemias del último año. Entre los resultados obtenidos se encontró que la mayoría de los pacientes manifestaron una excelente RMP (80%) y fueron los que mostraron mejor apego al tratamiento así como control de su glicemia. El autor concluye que entre mejor es la RMP tendrá el paciente un mayor control de su padecimiento.

En su reporte, falta considerar el procedimiento estadístico de los datos. (Bentancourt L.O.: La relación médico-paciente y el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo II. Tesis de Medicina Familiar. ISSSTE-UNAM. México, 1990).

Entre los trabajos publicados que abordan la RMP y la SP se encuentran los siguientes:

Hahn y sus colaboradores en 1994, estudiaron a los pacientes difíciles. Su objetivo era desarrollar un instrumento válido y confiable para identificar y cuantificar las dificultades en la RMP, describir la prevalencia de la RMP difícil en hospitales de 1er nivel y examinar algunas características de los pacientes que participaban en tales relaciones. Concluyen que el instrumento que emplean (Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire) es confiable. Reportan entre un 10 y 20% de RMP difíciles.

Los pacientes involucrados presentaban síntomas psicosomáticos, trastornos de personalidad y psicopatología (alteraciones del humor y trastornos de ansiedad). Las características demográficas del paciente tales como edad, sexo, raza y escolaridad, así como la enfermedad médica no se relacionaban con la satisfacción que manifestaba (4).

Consideramos que el estudio es pionero en su enfoque, pero tiene limitaciones importantes que los autores señalan como el hecho de que la personalidad del médico no se tome en cuenta.

Anderson y Zimmerman en 1993, investigaron las percepciones del médico y el paciente acerca de la SP. Participaron 12 médicos (5 mujeres y 7 hombres) y 134 pacientes masculinos con diagnóstico de Diabetes Mellitus. Los resultados revelan que los pacientes con más bajo grado de escolaridad presentaban mayor satisfacción. El sexo del médico y el número de años que tenía ejerciendo no se relacionaban. Se prefería al médico coparticipante que al controlador (27).

No se menciona porque solo se incluyeron pacientes del sexo masculino. Este estudio puede ser guía para investigaciones de enfermedades crónicas.

Delgado y sus colaboradores en 1993 evaluaron la influencia del sexo del médico y el sexo del paciente en el 1er. nivel de atención. Se evaluaron 86 médicos y 860 pacientes. Emplearon una escala Likert. Concluyen que el sexo del paciente no se relaciona con su satisfacción, por el contrario el sexo del médico sí es importante ya que encontraron un alto grado de satisfacción con el médico femenino (26). Es un estudio claro y concreto en sus conclusiones.

Goza JL y sus colaboradores en 1988 realizaron una investigación clínico-experimental de la RMP durante el tratamiento de dos enfermedades psicosomáticas: asma bronquial y úlcera duodenal. Reunieron 128 pacientes, 85 mujeres y 45 hombres, 66 asmáticos y 62 con úlcera. Su metodología consistió en la observación clínica, estudio de la personalidad del médico y

el paciente, conversación dirigida y entrevistas y/o cuestionarios de la RMP.

Las conclusiones reportan que el médico ideal es el definido como "camarada" (empático), en tanto que el menos deseado es el "emocionalmente neutro". El sexo y la edad del médico fueron aspectos secundarios frente a la experiencia laboral. Los pacientes con úlcera prefieren un modelo de RMP directivo-cooperativo. El conocimiento de las expectativas del paciente permiten al médico crear las condiciones óptimas para el tratamiento y rehabilitación (25).

Consideramos que es un artículo interesante en sus objetivos aunque su metodología no es clara y pudiendo servir de punto de referencia para otros estudios, constituye una grave limitación.

Aguila NV y sus colaboradores en 1986, evaluaron a 192 pacientes que se encontraban en salas de espera para conocer cuales eran los aspectos de la RMP que consideraban más importantes. Emplearon un cuestionario de 30 preguntas cerradas que exploran los siguientes rasgos de la RMP: relaciones interpersonales, aspecto personal del médico (pulcritud, empleo de bata, etc), características de la enfermedad de las que desean ser informados por el médico, empleo de términos científicos, condiciones del consultorio, privacidad, edad y sexo del médico. Los resultados reportaron que la mayoría de los aspectos evaluados son altamente valorados por los participantes como necesarios para una buena relación con el médico excepto la edad y el sexo del médico. Los resultados reflejan insatisfacción con la consulta médica principalmente por falta de privacidad (1).

Aunque estos resultados ya se esperaban y están de acuerdo con lo establecido en la literatura, reafirman la importancia de los mismos y de que el personal de salud les conozca.

En la revisión de la literatura, los trabajos mencionados son los más relevantes. Pese a las limitaciones que se han comentado las consideramos de fundamental importancia como punto de partida del presente estudio.

II. JUSTIFICACIONES Y OBJETIVOS

JUSTIFICACION

La atención médica no puede ser de calidad a menos que el paciente esté satisfecho (24). Con la medicina institucionalizada es frecuente que la relación médico-paciente sea inadecuada o insatisfactoria (12,16,17), lo que origina quejas e inconformidad con la institución. Es necesario tomar en cuenta si esto depende del médico o de algunas características del paciente, tales como la presencia de ansiedad o depresión (4), así como de sus rasgos de personalidad. Con este trabajo pretendemos acercarnos estrecha y directamente al paciente para valorar su satisfacción con la RMP (19, 21, 22), en un intento de establecer una línea de trabajo dentro de la psiquiatría de enlace dedicada al mejoramiento de la RMP. Además no existen estudios que aborden estos aspectos.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar si la satisfacción que el paciente tiene con la relación médico-paciente depende de sus rasgos de personalidad o de su psicopatología.

Objetivos Específicos:

- Determinar si la satisfacción del paciente con la relación médico-paciente depende de algunas de sus características demográficas.
- Determinar si la satisfacción del paciente con la relación médico-paciente depende de algunas características demográficas del médico.
- Determinar si la presencia de ansiedad o depresión en el paciente influyen en su satisfacción con la relación médico-paciente.

- Determinar si los rasgos de personalidad del paciente influyen en la satisfacción con la relación médico-paciente.
- Determinar cómo es la satisfacción del paciente con la relación médico-paciente en las diferentes especialidades estudiadas.

III. HIPOTESIS

- La satisfacción del paciente con la relación médico-paciente depende de la edad, sexo, lugar de residencia y/o tiempo de evolución del padecimiento del paciente.
- La satisfacción del paciente con la relación médico-paciente depende del sexo, edad, estado civil , categoría del médico y/o especialidad.
- La satisfacción del paciente con la relación médico-paciente depende de la presencia de ansiedad y/o depresión en el paciente.
- La satisfacción del paciente con la relación médico-paciente depende de los rasgos de personalidad del paciente.

IV. MATERIAL Y METODOS

Diseño:

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal.

Sujetos:

Se seleccionó una muestra proporcional del número total de pacientes que asistieron a la consulta externa subsecuente, durante el mes de abril de 1995, de las siguientes especialidades: Cardiología, Endocrinología, Hematología, Medicina Interna, Neurología y Nefrología. Se seleccionaron los pacientes que tenían número par asignado en la lista de consulta. Si el paciente no cumplía criterios de inclusión se consideraba al siguiente paciente de la lista.

Los criterios de **inclusión** fueron:

- Pacientes cuyo estado físico general les permitiera contestar.
- Edad mayor a 18 años y menor a 65.
- Que asistieran a consulta subsecuente.

El criterio de **exclusión** fue:

- Que no desearan participar.
- Que no completaran los instrumentos de medición.

Se evaluaron un total de 107 pacientes, distribuidos de la siguiente manera:

* Cardiología	24
* Endocrinología	27
* Hematología	16
* Medicina Interna	18
* Neurología	16
* Nefrología	6

Instrumentos de Evaluación.

Escala de ansiedad y depresión para hospital general (HAD).

Es una escala diseñada específicamente para detectar estados de ansiedad y depresión en pacientes de hospitales no psiquiátricos. Contiene 7 ítems de depresión y 7 de ansiedad, basados en las manifestaciones psíquicas de la enfermedad, que además no se alteran por enfermedades físicas. Si el paciente comprende las preguntas, puede ser autoaplicable. Cada subescala se cuantifica individualmente, estableciéndose el punto de corte entre 7 y 11 dependiendo de la sensibilidad y especificidad que se requiera (28). Con este instrumento se evaluó la psicopatología de los pacientes.

Cuestionario de Personalidad de Eysenck (2a. versión).

El Cuestionario de Personalidad de Eysenck fue creado en Inglaterra; contiene escalas de personalidad que pueden ser aplicadas en otros países, pero se tiene una versión validada para la población mexicana (29). El modelo de personalidad sobre el que se basa el instrumento, se fundamenta en la observación de que existen tres dimensiones principales de la personalidad: neuroticismo (N), psicoticismo (P) y extroversión (E); estas dimensiones, se refieren a conductas normales, las cuales se vuelven patológicas solamente en casos extremos. Una cuarta dimensión, la de Deseabilidad Social o de Mentiras (L), intenta medir la intención de falsificar respuestas.

Eysenck describe las dimensiones de la siguiente forma:

- Extroversión-introversión (E): El típico extravertido es sociable, le gustan las fiestas, tiene muchos amigos, necesita contar con gente con quien hablar, y no le gusta leer ni estudiar solo. Necesita emociones, a veces se arriesga en extremo, actúa según el ánimo del momento y es, generalmente impulsivo. El introvertido es una persona callada, aislada, introspectiva, más aficionado a los libros que a las personas, reservado y distante,

excepto con sus amigos íntimos. No le gustan las emociones fuertes, toma la vida diaria con seriedad y es ordenado. Mantiene sus sentimientos bajo control y no pierde fácilmente la compostura .

- Neuroticismo-estabilidad (N): La persona neurótica es malhumorada y preocupada, irritable, nerviosa, aprehensiva, tensa y depresiva. Reacciona con intensidad a todos los estímulos, haciéndola conducirse en forma irracional y a veces rígida. Los individuos estables, por otro lado, responden con más lentitud y con poca intensidad a las circunstancias.

- Psicoticismo (P): La persona con un alto componente de psicoticismo o dureza es fría, impersonal, hostil, agresiva, poco amigable, poco digna de confianza, ruda, sin modales, poco servicial e insensible. Le gustan las cosas extrañas y peculiares, no se percata del peligro y le gusta divertirse a costa de los demás (29).

El cuestionario tiene dos versiones. Una primera de 120 preguntas y otra segunda de 76. La última es la que empleamos en este trabajo.

Cuestionario de la relación médico-paciente.

Este instrumento fue elaborado y ha sido empleado por un médico familiar del ISSSTE, para analizar la relación médico residente- paciente. (Solís OA: Análisis de la relación médico residente-paciente en las clínicas sede de residencia de medicina familiar. Tesis de Medicina Familiar. ISSSTE-UNAM. México, 1990). Consta de 20 reactivos que valoran empatía, disponibilidad de tiempo, inspiración de confianza, deseo de ayudar, interés, cortesía y atención por parte del médico. Se agregaron 4 reactivos que se refieren a la comunicación.

Escala categórica.

Esta valora de manera subjetiva los sentimientos y opiniones acerca de la consulta médica. Se le pregunta al paciente que en una escala de 1 a 4 que calificación otorga a cada una de las categorías; que se referían a que tan -

buena, que tan a gusto se sintieron, que tan satisfechos y que tan agradable fue la consulta y la atención médica. A mayor puntuación mayor satisfacción.

Procedimiento.

Antes de que el paciente ingresara a consulta, durante la espera, se le aplicó la escala de ansiedad y depresión para hospital general y el cuestionario de personalidad de Eysenck. A su salida de consulta, la escala categórica y el cuestionario de la relación médico paciente. Previamente se les explicó el objetivo de la investigación y se les solicitó su colaboración. A los médicos que impartían la consulta no se les avisó, con el fin de que su conducta habitual no fuera modificada.

Tratamiento estadístico de los datos.

Los datos demográficos de los pacientes y los médicos se describen con medias y porcentajes.

Los datos de ansiedad y depresión, rasgos de personalidad, RMP subjetiva y objetiva mediante medias y desviación estándar.

Las relaciones de los datos anteriores con la satisfacción con la RMP se determinaron mediante análisis de varianza y coeficiente de correlación lineal.

V. RESULTADOS

Características demográficas de los pacientes.

Se evaluaron a 107 pacientes, como podemos apreciar en el cuadro I, la mayor parte fueron del sexo femenino. Esta misma distribución se presentó en todos los servicios a excepción del de Cardiología donde hay igual proporción entre los hombres y las mujeres. El promedio general de edad fue 42.5 años, en tanto que por especialidad el menor promedio fue en el servicio de nefrología y el mayor en el de cardiología. La escolaridad promedio general fue de 11.3 años que corresponde aproximadamente a 2o. año de preparatoria, vocacional, comercio u otra carrera técnica; el menor promedio de escolaridad se encontró en los pacientes de cardiología y el mayor en los de neurología. El mayor promedio de años de evolución fue en el servicio de Nefrología (10.1) y el menor en el servicio de Hematología (3.4). La mayoría de los pacientes tiene pareja, eran originarios de otro estado, pero con domicilio en el DF. Casi tres cuartas partes viven con su familia nuclear y solo una minoría viven solos. En cuanto a la ocupación encontramos que la mayor parte de pacientes se encuentran activos.

Características demográficas de los médicos.

Se evaluaron 107 consultas en las que participaron 30 médicos, habiendo una mayor proporción del sexo masculino. El número de participantes por especialidad fue aproximadamente homogéneo. La edad promedio de los médicos fue de 40.8 años, el promedio fue mayor en el servicio de medicina interna y menor en neurología. Se evaluó un promedio de 3.4 consultas por médico. Respecto a la categoría una alta proporción eran médicos adscritos y la mayoría estaban casados (Ver cuadro II).

Características psicológicas de los pacientes.

Los resultados obtenidos en la escala HAD muestran que hay más ansiedad que depresión en la población estudiada, que corresponde a casos dudosos (ver cuadro IV).

En cuanto a los rasgos de personalidad se obtuvo un alto puntaje en la dimensión de extroversión social, las demás dimensiones fueron muy semejantes entre ambos sexos y aproximados a los resultados que se han obtenido en población general (ver cuadro V).

La satisfacción con la RMP.

En la valoración subjetiva obtenida por la escala categórica la mayor parte de los pacientes calificaron con alto puntaje su satisfacción con la RMP. El más alto fue para el servicio de Nefrología, en tanto que el menor puntaje fue para Endocrinología (Ver cuadro III).

La valoración objetiva obtenida mediante el cuestionario reporta el puntaje mayor para el servicio de Hematología y el menor para Medicina Interna y Nefrología (Ver cuadro VI). El coeficiente de correlación entre ambas valoraciones fue de 0.48.

La satisfacción con la RMP de acuerdo a las características demográficas del médico y el paciente se observan en el cuadro VII. Los pacientes masculinos y con domicilio en otro estado presentaron la mayor satisfacción; aunque la p no fue significativa en ambos casos pero de cierto modo es indicativa del papel de estas variables. La RMP más satisfactoria fue con el médico residente, del sexo femenino. Los rasgos de personalidad mostraron un coeficiente de correlación muy bajo con la satisfacción; con la dimensión de extroversión social se presenta la mayor correlación sin llegar a ser significativa. Con respecto a la ansiedad y depresión no se encontró correlacionada con la satisfacción con la RMP (Ver cuadro VIII).

VI. DISCUSION

Este trabajo se distingue de los previamente elaborados sobre este tema en que considera más aspectos como elementos explicativos de la satisfacción del paciente en la RMP. Como se mencionó en la introducción, los trabajos de Solís, Bentacourt, Hanh, Aguila, Goza, Delgado y Anderson evalúan la RMP tomando en cuenta a los pacientes difíciles, pacientes con asma, úlcera gastroduodenal, diabetes mellitus o que acuden a la consulta general para buscar las características a las que los pacientes dan más importancia (1, 4, 25, 26, 27) .

Además de lo estudiado por otros autores consideramos que los rasgos de personalidad del paciente y su psicopatología podrían explicar por lo menos en parte, su satisfacción con la RMP.

Solis y Bentancourt reportan un alto grado de satisfacción con la atención médica y con la RMP. Este hallazgo es semejante al que nosotros encontramos.

Solis reporta que hay mayor satisfacción con el médico residente de mayor grado académico y señala que es una situación de esperar por la evolución de conocimientos y habilidades. Nosotros encontramos que la satisfacción es mayor con el médico residente que con el adscrito, probablemente por la etapa de aprendizaje que le lleva a emplear mayor tiempo e investigar con mayor detalle la sintomatología del paciente, lo que quizá le permita sentir que se está interesado en él.

El trabajo de Hanh establece que la presencia de trastornos del humor o de ansiedad en el paciente contribuyen a que la RMP sea difícil. Nosotros encontramos que el grado de ansiedad o depresión que el paciente presente no se relaciona con su satisfacción con la RMP. Estas diferencias pudieran ser explicadas por el hecho de que los pacientes del estudio de Hanh tenía la peculiaridad de ser difíciles y que además de los trastornos del humor y/o

ansiedad tenían otras alteraciones psiquiátricas tales como, trastornos de personalidad y síntomas psicósomáticos.

En los trabajos de Aguila, Goza y Anderson se concluye que para los pacientes no es importante la edad ni el sexo del médico. Por el contrario, Delgado en su investigación establece que en la satisfacción del paciente sí influye el sexo del médico, presentándose mayor satisfacción con el médico mujer. Estos resultados son coincidentes con los encontrados por nosotros. En cuanto al sexo del paciente, en el estudio de Delgado se señala que, no influye en la satisfacción. Solís al igual que nosotros señala que los pacientes del sexo masculino presentan mayor satisfacción.

Respecto a los rasgos de la personalidad y demás características demográficas del médico y el paciente, no tenemos antecedentes para discusión.

Los resultados de este trabajo no son suficientes para explicar la satisfacción del paciente con la RMP. Sin embargo podemos considerar que es un avance en esa dirección y que lo que queda por hacer es más. Ahora, la pregunta es: ¿Qué explica la satisfacción del paciente en la RMP?, como un adelanto de hipótesis podríamos suponer que es el trabajo y la personalidad del médico.

VII. CONCLUSIONES

- 1) Se cumplió con los objetivos del estudio, refutándose la mayoría de las hipótesis.
- 2) De las características demográficas del paciente, el sexo y la edad son los que están en mayor medida relacionados con la satisfacción en la RMP, aun cuando tal relación es muy baja.
- 3) De las características demográficas del médico, el sexo de éste es la variable que más influye en la satisfacción con la RMP, aunque también en este caso la relación es muy baja.
- 4) El grado de ansiedad y depresión no se correlacionan con la satisfacción con la RMP.
- 5) La dimensión de la personalidad que más se correlaciona con la satisfacción en la RMP es la que se refiere a la extroversión social, aunque también es baja.
- 6) El grado de satisfacción que los pacientes reportan es alto. La mayor satisfacción se presenta en Hematología y en Neurología.
- 7) El paciente masculino reporta mayor satisfacción con la RMP.
- 8) Se presentó mayor satisfacción con el médico del sexo femenino.
- 9) El grado de ansiedad en la población evaluada es alto para una población no psiquiátrica lo cual quizá podría explicarse por el nivel de atención médica de la institución, aunque esta idea no es concluyente.

VIII. CUADROS

CUADRO I : CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES

SERVICIO	CARDIOLOGIA		ENDOCRINOLOGIA.		HEMATOLOGIA		MED.INTERNA		NEUROLOGIA		NEFROLOGIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EDAD	46.7		44.1		33.06		44.06		38.81		36.5		42.5	
*AÑOS DE EVOLUCION	9.4		5.8		3.4		5.3		4.3		10.1		6.3	
*ESCOLARIDAD	9.5		11		10.5		11		13.2		13.1		11.3	
SEXO														
MASCULINO	12	(11)	3	(2,8)	7	(6,5)	5	(4,6)	5	(4,6)	3	(2,8)	35	(32,7)
FEMENINO	12	(11)	24	(22,4)	9	(8,4)	13	(12,1)	11	(10,2)	3	(2,8)	72	(67,3)
TOTAL	24	(22)	27	(25,2)	16	(14,9)	18	(16,9)	16	(14,9)	6	(5,6)	107	(100)
EDO.CIVIL														
CON PAREJA	18	(16,8)	14	(13)	11	(10,3)	13	(12,1)	10	(9,3)	4	(3,7)	70	(65)
SIN PAREJA	6	(5,6)	13	(12,1)	5	(4,6)	5	(4,6)	6	(5,6)	2	(1,9)	37	(35)
LUGAR DE ORIGEN														
D.F.	4	(3,7)	8	(7,4)	8	(7,4)	9	(8,4)	5	(4,6)	3	(2,8)	43	(40)
OTRO ESTADO	20	(18,7)	19	(17,7)	8	(7,4)	9	(8,4)	11	(10,2)	3	(2,8)	64	(60)
RESIDENCIA														
D.F.	7	(6,5)	20	(18,7)	7	(6,5)	13	(12,1)	11	(10,2)	3	(2,8)	61	(57)
OTRO ESTADO	17	(15,9)	7	(6,5)	9	(8,4)	5	(4,6)	5	(4,6)	3	(2,8)	46	(43)
VIVE CON:														
SOLO	1	(,9)	2	(1,8)	0	(0)	0	(0)	1	(1,9)	0	(0)	4	(3,7)
FAM. NUCLEAR	23	(21,4)	15	(14)	13	(12,1)	15	(14)	8	(7,4)	4	(3,7)	78	(73)
FAM.EXTENSA	0	(0)	7	(6,5)	3	(2,8)	3	(2,8)	5	(4,6)	2	(1,8)	20	(18,7)
OTRO	0	(0)	3	(2,8)	0	(0)	0	(0)	2	(1,8)	0	(0)	5	(4,6)
OCUPACION														
ACTIVO	17	(15,9)	16	(15)	6	(5,6)	15	(14)	8	(7,4)	3	(2,8)	65	(60,7)
PENSIONADO	2	(1,8)	2	(1,8)	1	(,9)	1	(,9)	2	(1,8)	1	(,9)	9	(8,4)
JUBILADO	2	(1,8)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(,9)	0	(0)	3	(2,8)
AMA DE CASA	3	(2,8)	6	(5,6)	6	(5,6)	1	(,9)	2	(1,8)	1	(,9)	19	(17,8)
ESTUDIANTE	0	(0)	3	(2,8)	3	(2,8)	1	(,9)	3	(2,8)	1	(,9)	11	(10,3)

* Datos expresados en promedio.

CUADRO II: CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LOS MEDICOS.

SERVICIO	CARDIOLOGIA		ENDOCRINOLOGIA		HEMATOLOGIA		MED.INTERNA		NEUROLOGIA		NEFROLOGIA	TOTAL		
*EDAD.	39.6		40.1		41.6		47.2		33.6		43.2	40.8		
*CONSULTAS	4		5.4		3.2		3.6		3.2		1.5	3.4		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
SEXO														
MASCULINO	6	(20)	3	(10)	1	(3,3)	3	(10)	4	(13,3)	4	(13,3)	21	(70)
FEMENINO	0	(0)	2	(6,6)	4	(13,3)	2	(6,6)	1	(3,3)	0	(0)	9	(30)
TOTAL	6	(20)	5	(16,6)	5	(16,6)	5	(16,6)	5	(16,6)	4	(13,3)	30	(100)
CATEGORIA														
ADSCRITO	5	(16,6)	4	(13,3)	5	(16,6)	5	(16,6)	2	(6,6)	3	(10)	24	(80)
RESIDENTE	1	(3,3)	1	(3,3)	0	(0)	0	(0)	3	(10)	1	(3,3)	6	(20)
EDO.CIVIL														
CASADO	6	(20)	1	(3,3)	3	(10)	4	(13,3)	3	(10)	4	(13,3)	21	(70)
SOLTERO	0	(0)	4	(13,3)	2	(6,6)	1	(3,3)	2	(6,6)	0	(0)	9	(30)

* Datos expresados en promedio.

CUADRO III: RESULTADOS DE LA ESCALA CATEGORICA SUBJETIVA DE APRECIACION DE LA CONSULTA MEDICA.

MODALIDAD*	1	2	3	4
BUENA	0 (0)	4 (3.74%)	53 (49.5%)	50 (46.7%)
A GUSTO	2 (1.87%)	5 (4.67%)	49 (45.7%)	51 (47.6%)
AGRADABLE	2 (1.87%)	2 (1.87)	56 (52.3%)	47 (43.9%)
SATISFECHO	3 (2.8%)	4 (3.7%)	50 (46.7%)	50 (46.7%)

*1: muy mala; 2: más mala que buena; 3: más buena que mala
4: muy buena

CUADRO IV: RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION PARA HOSPITAL

	* \bar{x}	d.e.
ANSIEDAD	9.5	4.1
DEPRESION	5.8	3.4

* \bar{x} : 7 o menos: no casos 8-10: casos dudosos.
11 o más: casos definitivos

CUADRO V: RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK. 2a.VERSION.

ESCALAS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	\bar{x}	d.e.	\bar{x}	d.e.	\bar{x}	d.e.
NEUROTICISMO	10.4	4.8	10.6	5.6	10.5	5.3
DESEABILIDAD SOC.	12.1	4.5	13.7	4	13.2	4.2
PSICOTICISMO	2.4	2	2	1.7	2.2	1.8
EXTROVERSION SOC.	25.3	3.6	25.1	3.2	25.2	3.3

CUADRO VI: RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE SEGUN ESCALA CATEGORICA (RMP-SUBJETIVA) Y CUESTIONARIO DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE (RMP-OBJETIVA)

SERVICIO	*RMP-SUBJ.	*RMP-SUBJ.	&RMP-OBJETIV.	&RMP-OBJETIV.
	\bar{x}	d.e.	\bar{x}	d.e.
CARDIOLOGIA	13.7	1.7	17.7	2.9
ENDOCRINOLOGIA	12.4	2.8	18.4	2.6
HEMATOLOGIA	14	2	19.7	1.4
MED.INTERNA	13.7	2	17.5	3.8
NEUROLOGIA	14	2.4	19.5	1.2
NEFROLOGIA	14.8	1.6	17.5	2

* F= 2.11 (g.l. 5,101) p= .07
 & F= 2,17 (g.l. 5,101) p= .063

CUADRO VII: RESULTADOS DE LA VALORACION OBJETIVA Y
 SUBJETIVA DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE, SEGUN
 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DEL MEDICO Y EL PACIENTE.

	n	x	d.e.	n	x	d.e.	t	p
CATEG. MEDICO	<i>ADS</i>	<i>CRITO</i>		<i>RESI</i>	<i>DENTE</i>			
RMP-SUBJ	89	13,4	(2,4)	18	14,1	(2,2)	-1,07	N.S.
RMP-OBJET.	89	18,3	(2,8)	18	18,9	(1,7)	-.87	N.S.
SEXO MEDICO	<i>FEME</i>	<i>NINO</i>		<i>MASCU</i>	<i>LINO</i>			
RMP-SUBJ	20	13,9	(1,9)	87	13,4	(2,3)	0,8	N.S.
RMP-OBJET.	20	19,4	(1,2)	87	18,2	(2,9)	1,78	.07
EDO.CIVIL MED.	<i>CAS</i>	<i>ADO</i>		<i>SOL</i>	<i>TERO</i>			
RMP-SUBJ	73	13,7	(1,9)	34	13,2	(2,9)	1,15	N.S.
RMP-OBJET.	73	18,1	(2,8)	34	19,0	(2,4)	-1,64	N.S.
SEXO PTE	<i>FEME</i>	<i>NINO</i>		<i>MASCU</i>	<i>LINO</i>			
RMP-SUBJ	72	13,3	(2,4)	35	14,1	(1,8)	-1,78	.07
RMP-OBJET.	72	18,0	(3,0)	35	19,1	(1,9)	-1,8	.07
DOMICILIO PTE.	<i>D. F.</i>			<i>OTRO</i>	<i>ESTADO</i>			
RMP-SUBJ	61	13,4	(2,3)	46	13,7	(2,25)	-0,79	N.S.
RMP-OBJET.	61	18,3	(3,1)	46	18,5	(2,19)	-0,37	N.S.

CUADRO VIII: RESULTADOS DEL COEFICIENTE DE CORRELACION DE LA RELACION MEDICO PACIENTE - VALORADA POR EL CUESTIONARIO DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE (RMP OBJETIVA) Y LA ESCALA CATEGORICA (RMP SUBJETIVA)-Y LAS VARIABLES EN ESTUDIO.

VARIABLES	RMP SUBJETIVA	RMP OBJETIVA
COEFICIENTES DE CORRELACION		
RASGOS DE PERSONALIDAD		
NEUROTICISMO	0	-0.12
DESEABILIDAD SOC.	-0.05	0.01
PSICOTICISMO	-0.16	-0.17
EXTROVERSION SOC	0.17	0.2
PSICOPATOLOGIA		
ANSIEDAD	0.08	-0.16
DEPRESION	0.03	-0.2
C. DEMOGRAFICAS		
EDAD PACIENTE	.21	0.02
AÑOS DE EVOLUCION	0.1	-0.07
EDAD MEDICO	-0.08	-0.08

IX. REFERENCIAS

- 1.- Aguilá NV, Díaz HL, Bernet RD, Figueroa GA. La relación médico-paciente valorada por el enfermo. *Boletín de Psicología Cuba* 1986; 9:129-148.
- 2.- Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Tomo I y II. Buenos Aires, Editorial Libros Básicos, 1971, pp 9-208.
- 3.- Balin E, Norell JS. Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta con el médico general. México DF, Editorial Paidós Mexicana SA, 1992, pp 9-172.
- 4.- Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 647-657.
- 5.- Cantú-Garza FT. Psicología de la relación médico-paciente. México DF, Secretaría de Marina, 1973, pp 7-135.
- 6.- De la Fuente R. Psicología Médica. 2a. ed, México DF, Fondo de Cultura Económica, 1992, pp 177-221.
- 7.- Martínez CF. La relación médico-paciente. Conceptos Básicos. Unidad Didáctica No. 1, ciclos IX-X, UNAM, 1982, pp 283-285.
- 8.- Carulla LS. Entrevista y Exploración Psiquiátrica. Ayuso GJ, Carulla LS. Manual de Psiquiatría, Madrid, Mc Graw- Hill, 1992, pp 87-117.
- 9.- Smith TC, Thompson TL. The inherent, powerful therapeutic value of a good physician-patient relationship. *Psychosomatics* 1993; 334: 166-170.
- 10.- Hollander BL. Beyond medicine: healing power in the doctor-patient relationship. *Psychological Reports* 1985; 57: 399-427.
- 11.- Szasz T, Hollander M. A contribution to the philosophy of medicine. The basic models of the doctor-patient relationship. *Arch Intern Med* 1956; 97: 585-592. Citado por Lara MC (12)

- 12.- Lara MC. La relación con el paciente con problemas psicológicos. Eds Ramiro H, Saita KO. Temas de Medicina Interna. Vol II. Num 3. México DF, Editorial Interamericana, 1994, pp 497-508
- 13.- Suchman AL, Ruter D, Green M, Lipkin M. Physician satisfaction with primary care office visits. Collaborative study group of the american academy on physician and patient. Med Care 1993; 31: 1083-1092.
- 14.- Sharpe M, Mayou R, Seagroatt V, Bibring GL, Foster HK. Why do doctors find some patients difficult to help? Q J Med 1994; 87: 187-193.
- 15.- Schwenk TL, Romano SE. Managing the difficult physician-patient relationship. Am Fam Physician 1992; 46:1503-1509.
- 16.- Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Wilson JD, Martín JB, Fauci A. Harrison: Principios de Medicina Interna. Vol I. 11a. ed. México DF, Editorial Interamericana&Mc Graw-Hill, 1989, pp 1-10
- 17.- Cardenas M. Cambio en la relación médico-paciente por la automatización de la medicina. Arch Inst Cardiol Mex 1992; 62: 453-455.
- 18.- Lience E: Diccionario de Psicología. México, D.F. Edit. Trillas. 1990. pp 147.
- 19.- Williams B, Wilkinson G. Patients satisfaction in mental health care. British Journal of Psychiatry 1995;166:559-562.
- 20.-Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? Soc Sci Med 1994;38:509-516.
- 21.- Khayat K, Salter B. Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. Br J Gen Pract 1994;382:215-219
- 22.- Joos SK, Hickam DH, Borders LM. Patient's desires satisfaction in general medicine clinics. Public Health Rep 1993;108: 751-759
- 23.- Tamblyn R, Benaroya S, Snell L, Mc Lead P. The feasibility and value of using patient satisfaction ratings to evaluate internal medicine residents. J Gen Intern Med 1994; 9:146-152
- 24.- Vuori H. Patient satisfacción, an attribute or indicator of the quality of

care? Quality Review Bulletin 1987;13:106-108.

25.- Goza LJ, Voronkov GL, Bleijer VM. La relación médico-paciente en la clínica de algunas enfermedades psicosomáticas (asma bronquial y úlcera gastroduodenal). Boletín de Psicología Cuba 1988;5:111-132.

26.- Delgado A, López-Fernández LA, Luna JD. Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. Med Care 1993; 9: 795-800.

27.- Anderson LA, Zimmerman MA. Patients and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management. Patient Educ Couns 1993; 20: 27-36.

28.- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361-370.

29.- Eysenck SBG, Lara CMA. Un estudio transcultural de la personalidad en adultos mexicanos e ingleses. Salud Mental 1989;12:14-20.