



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN MICHOACÁN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 80**

**PAULA CHACÓN VALLADARES  
MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO  
MATRICULA 99175406  
CURP CAVP781011MMNHLL09**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**TÍTULO:**

**RELACIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL MÉDICO FAMILIAR CON LA  
SATISFACCIÓN DEL USUARIO**

**ASESOR.**

**JAVIER RUIZ GARCÍA  
Médico Especialista en Medicina Familiar.  
Matrícula 3321584**

**COASESOR.**

**ÁLVARO CASTILLO NAVARRO  
Médico Especialista en Psiquiatría  
Matrícula 8865094**

**COASESOR ESTADÍSTICO**

**MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO  
Analista Coordinador "A"  
Matrícula 3211878**

**No. REGISTRO DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN DEL IMSS: R-2008-1602-6**

**MORELIA MICHOACÁN, MÉXICO, NOVIEMBRE DEL 2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN MORELIA MICHOACÁN**

**DR. EDUARDO C. PASTRANA HUANACO**  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD

**DR. BENIGNO FIGUEROA NÚÑEZ**  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. JAVIER RUIZ GARCÍA**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

**DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ**  
PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

## **Agradecimientos.**

**Alejandro Mendoza. Por todo el apoyo y paciencia que me ha brindado, por todas las aportaciones brillantes, sin el no hubiera sido posible realizar esta tesis.**

**Dr. Javier Ruiz. Pilar de la Residencia de Medicina familiar.**

**Dr. Álvaro Castillo. Por su noble consejo en la labor de la realización de la tesis y por su apoyo.**

**Dr. Benigno Figueroa. Gracias por mostrarme que ser médico familiar va más allá de la teoría médica.**

**Matemático Carlos Gómez. Por enseñarnos que las matemáticas no son tan complicadas y mostrarnos que la investigación puede llegar a ser divertida.**

**Al Dr. Galindo. Simplemente eres grande. Has sido un apoyo desde que nos conocemos.**

## **Dedicatoria.**

**A mi madre. Hay tantas cosas que le debo en la vida. Gracias por ser el mástil, por no quebrarte en los momentos más difíciles y por ser simplemente como eres. Sin ti no sería nada ni nadie en la vida.**

**A mi padre. Gracias Por los momentos de juego y alegría que me brindaste. Por los cuentos que te inventaste. Por continuar siempre conmigo...en mi corazón. Aún eres fuente de inspiración. Te quiero.**

**A mi esposo. No hay palabras suficientes... gracias por las horas de amor que me has brindado, por tener fe en mí aún cuando ni yo me tenía fe. Sin ti la vida no tendría sentido.**

**A mi hijo. Aún sin que hayas nacido le has dado un propósito a la vida, nos has llenado de esperanzas y alegrías.**

**A mis suegros. Por hacerme sentir que soy parte de su familia. En cierta forma son un gran ejemplo. Ojalá pueda llegar a ser la mitad de lo que ustedes son....**

**A Jhon, Chacho, Lola y Mercucho<sup>+</sup>. Parte fundamental de este y de todos mis proyectos. Sin ustedes la vida sería gris, gracias por tantos y tantos momentos de alegrías. Jhon, gracias por esos ojos tan bellos. Chacho, por ser tan buena gente y estar tan desquisiadamente loco. Lola, que bueno que llegaste a nuestras vidas, a Chacho le hacías falta. Mercucho, en donde quiera que estés siempre te querremos.**

**A todos mis amigos.**

**Este trabajo se realizó en las aulas de la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de Morelia Michoacán, México.**

**ASESOR.  
JAVIER RUIZ GARCÍA  
Médico Especialista en Medicina Familiar.  
Matrícula 3321584**

**COASESOR.  
ÁLVARO CASTILLO NAVARRO  
Médico Especialista en Psiquiatría  
Matrícula 8865094**

**COASESOR ESTADÍSTICO  
MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO  
Analista Coordinador "A" Centro de Investigación Biomédica de  
Michoacán  
Matrícula 3211878**

## **Colaboradores.**

Benigno Figueroa Núñez  
Especialista en Medicina Familiar  
Maestro en Ciencias Medicas

Leticia Duarte Pedraza  
Especialista em Medicina Familiar  
Maestra en Ciencias Médicas.

Carlos Gómez Alonso  
Matemático  
Analista Coordinador "A"

Alejandro Mendoza Amaro  
Psicólogo Educativo  
Médico Cirujano y Partero

## Índice.

<b>Contenido</b>		<b>Páginas</b>
I	Resumen.....	3
II	Abstract .....	4
III	Abreviaturas.....	5
IV	Glosario.....	6
V	Relación de figuras y cuadros.....	7
VI	Introducción.....	8
VII	Antecedentes.....	9
	La polaridad en la relación.....	12
	Enfoque bio-ético.....	13
	Evaluación de la calidad de la atención médica.....	14
	Trastornos de la personalidad.....	15
VIII	Justificación.....	23
IX	Planteamiento del problema.....	24
X	Hipótesis.....	25
XI	Objetivos .....	26
	Objetivo general.....	26
	Objetivos específico.....	26
XII	Material y métodos.....	27
	Tipo de estudio.....	27
	Población de estudio.....	27
	Tamaño de la muestra.....	27
	Muestreo.....	27
XIII	Criterios de selección.....	28
	Criterios de inclusión.....	28
	Criterios de no inclusión.....	28
	Criterios de exclusión.....	28
XIV	Descripción de variables.....	29
	Variables independientes.....	29
	Variables dependientes.....	29
	Operacionalización de las variables.....	29
XV	Metodología.....	33
XVI	Análisis estadístico.....	34
XVII	Consideraciones éticas.....	35
XVIII	Resultados.....	36
	Rasgos de personalidad en médicos familiares.....	36
	Satisfacción del usuario.....	37
	Relación de satisfacción del usuario con trastornos de la personalidad.....	37
	Cita otorgada.....	38
	Amabilidad.....	38
	Exploración física.....	39



	Apartado sobre resultados obtenidos por el usuario luego de la atención médica.....	39
	Relación médico paciente.....	40
	Información al usuario.....	40
	Instalaciones.....	41
XIX	Discusión.....	42
XX	Conclusiones.....	45
XXI	Referencias bibliográficas.....	46
XXII	Relación de anexos.....	48
	Anexo 1. Cuestionario de evaluación IPDE Módulo DSM-IV TR.....	48
	Anexo 2. Encuesta de satisfacción de los usuarios.....	52

Total de Páginas: 53

## I. Resumen

**Objetivo:** Identificar si la personalidad del médico familiar influye en la satisfacción del usuario durante la atención médica en la Unidad de Medicina Familiar No. 80.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional y transversal. Muestreo no probabilístico, por conveniencia. Instrumentos: "Encuesta de Satisfacción de los usuarios" del Dr. Aguirre Gas y el "Cuestionario de evaluación IPDE Módulo DSM-IV TR". Análisis estadístico. Prueba de correlación de Spearman. La información fue procesada con el software estadístico para las ciencias sociales SPSS.

**Resultados:** 38 médicos de ambos turnos aceptan realizar la encuesta de personalidad. Se aplicaron 144 encuestas de satisfacción al usuario. Predomina el tipo de atención insuficiente y no realizada con 54.2% y 45.8%, respectivamente. Encontramos que no hay asociación entre los rasgos de personalidad de médicos familiares y la satisfacción del usuario. Existe un rango de asociación de 0.039 entre la cita otorgada y la personalidad esquizoide, entre la relación médico paciente y la personalidad esquizoide de 0.045 y un valor de 0.017 entre la información al usuario y la personalidad obsesivo compulsivo.

**Conclusiones:** Los usuarios estuvieron insatisfechos con la atención recibida. Existió una relación entre: los médicos con rasgos de personalidad esquizoide con el diferimiento de las citas y la relación médico paciente; entre los médicos con rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva y la mala o nula información que se proporcionó; no existió una relación estadística entre satisfacción del usuario y personalidad del médico.

**Palabras claves:** Satisfacción del usuario, trastornos de personalidad y médico familiar.

## II. Abstract

**Objectives:** To identify whether the personality of the family physician influences patient's satisfaction over the medical care in the Family Medicine Unit. 80.

Materials and methods: an observational and descriptive study was done. Sampling not probability for convenience. Instruments: Aguirre-Gass's, "Opinion Survey", and "Evaluation questionnaire IPDE Module DSM-IV TR." Statistical analysis. Spearman's correlation Test. The information was processed with statistical software for social sciences SPSS.

**Results:** 38 doctors of the both shift agree to make the survey of personality. 144 were applied to patients satisfaction surveys. Predominate type of insufficient attention and be completed with 54.2% and 45.8% respectively. We found that there was no association between the personality traits of family physicians and user satisfaction. There is a range of 0,039 between the medical date and schizoid personality, the relationship between doctor and patient schizoid personality of 0,045 and 0,017 worth of information between the user and obsessive-compulsive personality.

**Conclusion:** The patients were dissatisfied with the care received. There were a relationship between doctors with schizoid personality traits with the deferral of appointments and the doctor patient relationship; among physicians with personality traits obsessive-compulsive and poor or no information provided, there were not statistical relationship between patient's satisfaction and personality of the doctor.

**Keyword:** Patient's satisfaction, personality disorders and family doctor.

### **III. Abreviaturas**

**APA:** American Psychiatric Association.

**DSM-IV TR:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Total Review.

**IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social.

**IPDE:** International Personality Disorder Examination.

**UMF 80:** Unidad de Medicina Familiar No. 80.

## IV. Glosario

**Personalidad:** es un conjunto de características o patrones de conducta que caracterizan a los individuos. Estos patrones de conducta están constituidos a su vez por pensamientos, sentimientos y actitudes.

**Relación médico paciente:** 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.

**Satisfacción del usuario:** Conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos

**Trastornos de la personalidad:** es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

## V. Relación de figuras y cuadros

<b>Figuras</b>	<b>Contenido</b>	<b>Páginas</b>
Figura 1	Frecuencia de rasgos de personalidad por género, de acuerdo a el Cuestionario de evaluación IPDE Módulo DSM-IV TR.....	37
Cuadro I.	Rasgos de personalidad.....	36
Cuadro II	Satisfacción del Usuario en la UMF 80.....	37
Cuadro III	Relación entre el tipo de personalidad del médico familiar con la satisfacción de usuario en la UMF.80.....	38
Cuadro IV	Relación de la personalidad con la cita.....	38
Cuadro V	Relación de la personalidad con la amabilidad.....	39
Cuadro VI	Relación de la personalidad del médico familiar con la exploración física.....	39
Cuadro VII	Relación de la personalidad con los resultados de la atención médica.....	40
Cuadro VIII	Asociación de la personalidad del médico familiar con la relación médico paciente.....	40
Cuadro IX	Relación de la personalidad del médico familiar con la información otorgada al usuario.....	41
Cuadro X	Relación de la personalidad con las instalaciones.....	41

## VI. Introducción

La relación médico paciente es el pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica. La satisfacción de los pacientes en el cuidado médico y la atención en salud está directamente relacionada con el cumplimiento de la terapia prescrita y la continuidad en las citas de seguimiento, lo que redundará en la obtención del bienestar deseado para el paciente.

Podemos definir la relación médico-paciente 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. Esta alianza terapéutica que se logra entre ambos es un compromiso de colaboración basado en sentimientos de confianza, de fe y de esperanza.

De tal manera que terminará siendo un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como resultado de los encuentros clínicos.

Así como todos los clínicos se enfrentan con frecuencia a pacientes con trastornos de la personalidad, también los pacientes se enfrentan con frecuencia a médicos con trastornos de la personalidad, lo cual puede llegar a afectar la relación médico paciente y por ende la satisfacción del usuario de los servicios médicos.

Según el DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2005), los trastornos de la personalidad son patrones de rasgos inflexibles y desadaptativos que provocan malestar subjetivo, deterioro social o laboral significativo, o ambas cosas.

Estos trastornos causan, por definición, considerables problemas a las personas que los padecen: a menudo sufren y sus relaciones con los demás son problemáticas; tienen dificultades para responder de forma flexible y adaptativa a su entorno y a los cambios y demandas de la vida, y carecen de capacidad para reaccionar ante situaciones de estrés.

Además, su forma habitual de respuesta tiende a perpetuar e intensificar las dificultades.

No obstante, estos individuos no suelen ser conscientes de que su personalidad les causa problemas y, por tanto, pueden culpar a los demás de sus propias dificultades o incluso negar que padezcan problema alguno.

Corresponde al médico familiar identificar desde su práctica diaria, sus propias dificultades y reflexivamente transformarlas para poder incidir positivamente en el cuidado de la salud de sus pacientes.

## VII. Antecedentes

La relación médico paciente es el pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica. La satisfacción de los pacientes en el cuidado médico y la atención en salud está directamente relacionada con el cumplimiento de la terapia prescrita y la continuidad en las citas de seguimiento, lo que redundará en la obtención del bienestar deseado para el paciente.<sup>1</sup>

La relación médico-paciente es una de las más antiguas en las crónicas de la existencia humana. Ante el dolor, la angustia y la muerte, el hombre toma conciencia de su desamparo y pide ayuda al médico. Podemos definir la relación médico-paciente 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. Esta alianza terapéutica que se logra entre ambos es un compromiso de colaboración basado en sentimientos de confianza, de fe y de esperanza.<sup>2</sup>

De tal manera que terminará siendo un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como resultado de los encuentros clínicos.<sup>3</sup>

En la historia de la medicina podemos encontrar varias dicotomías respecto a la visión del hombre enfermo. La contraposición entre la visión hipocrática y la galénica. En la visión hipocrática el objeto de estudio es el hombre en su totalidad, plantea una teoría de los humores (de la personalidad) y de la reacción global ante las enfermedades. Su atención está centrada en el sujeto enfermo, en el estar enfermo. En la visión galénica la enfermedad aparece como un fenómeno autónomo de afección corporal y con una terapéutica concreta. Su foco está en tener una enfermedad. Es obvio que fue esta teoría la que impuso y condujo al desarrollo de la medicina moderna. Esta visión galénica dio lugar a la visualización del ser humano de su totalidad a un órgano, una célula, y a sus componentes bioquímicos, lo que ha dado lugar a una falsa dicotomía entre lo físico y lo psíquico. Se ha olvidado que la enfermedad es una construcción dialéctica del médico. Todo esto ha hecho que el médico llegue a olvidar que “Más importante que saber cómo es la enfermedad que tiene un paciente es saber cómo es el paciente que tiene una enfermedad”.<sup>4</sup>

En el transcurso de la historia, el médico familiar estableció espontáneos y profundos vínculos cognitivo-afectivos con sus pacientes, familiares y usuarios sanos, los cuales eran recíprocamente reforzados en la praxis cotidiana gracias a una comunicación que fluía naturalmente de la convivencia en pequeños poblados, donde el médico sin proponérselo alcanzaba un *status* social matizado por el profundo respeto, admiración y gratitud de sus usuarios.<sup>5</sup> Con el paso del tiempo, la industrialización y con la consecuente migración hacia las grandes ciudades, el incremento súbito de la tecnificación reflejada en los recursos diagnósticos y terapéuticos, los enfoques somatistas, así como la centralización de los servicios médicos, condicionaron que junto al alejamiento progresivo acusado



entre el facultativo y sus usuarios, se evidenciara una tendencia a subvalorar los recursos interpersonales y a enfatizar los aportados por una tecnología mal incorporada que opacó significativamente los profundos fundamentos humanísticos del ejercicio médico.<sup>5</sup>

Sin embargo, en la historia ha habido intentos de aproximación a la visión hipocrática, desde la medicina integral a la medicina psicosomática. De ahí que mencionemos a Lipowski el cual menciona los siguientes postulados:<sup>6</sup>

- Organización jerárquica del hombre: un acontecimiento a cualquier nivel, del molecular al interpersonal, puede repercutir en los demás niveles.
- La actividad psicológica, el cuerpo y el contexto interpersonal afectan y son afectadas por la enfermedad.
- El diagnóstico no debe limitarse a identificar una enfermedad sino a toda la situación del paciente.
- La terapéutica debe tener en cuenta los factores psicosociales.
- La relación entre el médico y el paciente influye en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento.

Cualquier proceso patológico es psico-somático y lo que exige es una actitud psicosomática, un abordaje que contemple la totalidad del individuo. Esta actitud incluye la utilización de recursos que operen sobre factores psicosociales, de herramientas no farmacológicas que también serán terapéuticas, que también curarán (efecto placebo). El efecto placebo dependerá de la relación que exista entre el médico y el paciente. Por lo tanto, la utilización de habilidades de relación incrementará el éxito de cualquier medida terapéutica. Como dice Balint: “El fármaco más usado en la práctica general es el propio médico”. Nuestra capacidad de establecer un contacto humano de empatía e interés con el paciente y de interesarnos por él como persona, son en definitiva lo que llamamos habilidades en la relación.<sup>6</sup>

Es así como lograr que el paciente confíe en el médico se convierte en una fuerza vital la cual sostiene una relación exitosa.<sup>7</sup>

Como se demuestra en el informe Kalamazoo II, en el cual se vincula la comunicación efectiva a: a) una mayor satisfacción del médico y el paciente; b) adherencia a los planes de tratamiento; c) decisiones médicas más adecuadas; d) mejores resultados de salud; e) disminución en la incidencia de demandas por mala práctica contra médicos de atención primaria; f) información y educación del público.<sup>8</sup>

Pedro Laín Entralgo menciona que las relaciones interpersonales cumplen tres parámetros establecidos:<sup>9</sup>

- a) Saber ponerse en el lugar de la otra persona (fase co-ejecutiva).

- b) Sentir como él o ella (fase compasiva).
- c) Disponerse a asumir como propios sus éxitos y dificultades (fase cognoscitiva).

Es importante mencionar los problemas particulares que enfrenta el médico en cada cultura y en diferentes épocas. Los factores emergentes de nuestra época que conspiran contra el desarrollo de los vínculos afectivos entre el médico y sus usuarios son:<sup>10</sup>

- a) La aparición de las empresas privatizadoras con la consecuente explotación económica, reducción del status del facultativo y cruenta limitación “normada” de los recursos diagnósticos y terapéuticos a indicar, fundamentados ahora en objetivos económicos de los directivos, y no en el criterio profesional.
- b) La intrusión de la prensa sensacionalista en el ámbito médico.
- c) El surgimiento de las reclamaciones por “mal practice” estimuladas “abogados caza demandas” que refuerzan cotidianamente las querellas contra los profesionales de la salud.
- d) La consecuente imperiosa necesidad de los seguros de “mal practice” cada vez más costosos para el facultativo.

Estos y otros factores explican en parte las profundas frustraciones profesionales y la recíproca insatisfacción científico-técnica e interpersonal de los usuarios, situación interpersonal cuya consecuencia hace que difícilmente pueda el facultativo cumplir en forma adecuada las tres premisas y fases fundamentales de las relaciones interpersonales descritas por *Laín Entralgo*.<sup>10</sup>

Se tiene que recuperar esa capacidad de entender a la enfermedad como una respuesta global del ser humano, no sólo de un órgano o función, lo cual debe llevar a darle al paciente una dimensión orientada hacia su interioridad y vivencia de su padecer, contemplando los aspectos psicológicos y sociales. Es decir, se tiene que recuperar la relación médico-paciente por encima de la relación paciente-médico-institución.<sup>10</sup> Por lo cual la mejoría de la atención y de la relación médico-paciente en la atención primaria requieren una visión y una actuación multidimensional que va más allá de las intervenciones sobre factores individuales del médico y el paciente.<sup>11</sup>

Tomás Lázaro Rodríguez Collar, concluye que el trabajo en equipo y el establecimiento de una relación médico-paciente satisfactoria, es vital para el éxito de cualquier tratamiento quirúrgico, por novedoso y sofisticado que sea.<sup>12</sup>

Ricardo González Menéndez comenta acerca del significado de la relación médico-paciente para alcanzar objetivos médicos es de fácil inferencia si se recuerda que el establecimiento positivo de esta relación es capaz de influir favorablemente sobre la cicatrización de una herida quirúrgica, las defensas ante agentes infecciosos, la estabilización de un proceso inmunoalérgico, la superación de una crisis hipertensiva, la eliminación de dolores, la normalización del ritmo

cardíaco, la regulación de la temperatura corporal, el incremento de la autoestima y la seguridad personal, así como en la recuperación de un cuadro depresivo. Como contrapartida, el establecimiento de relaciones inadecuadas es potencialmente capaz de repercutir muy negativamente sobre la salud del enfermo.<sup>13</sup>

Alejandro V. Gómez Alcalá comentó en el 2004, respecto a la problemática en la relación médico-paciente: La solución tal vez reside en la adecuación de la relación médico-institución para recibir a consumidores cada vez más exigentes; propiciar que el ambiente del consultorio institucional sea lo más cercano a una relación amistosa, donde prevalezcan la dignidad y el respeto en ambos sentidos.

Para ello propone:<sup>14</sup>

- a) Mejorar el servicio que se otorga a los pacientes en los hospitales públicos.
- b) Procurar que las instituciones consideren como valor primordial la satisfacción del usuario, no meramente su atención.
- c) Disponer de monitores de la eficacia de los procesos institucionales con sensibilidad.
- d) Para identificar la insatisfacción de los usuarios.

### **La polaridad en la relación.**

En la relación médico-paciente podemos encontrar tres tipos de polaridades: autoridad- aceptación, estimación-hostilidad y cercanía-distancia, esto da la interacción del médico y el enfermo en la situación clínica. Autoridad-aceptación: la autoridad del médico se justifica por su competencia y responsabilidad moral y tiene el respaldo de la sociedad. Es necesario que para que exista la relación terapéutica el médico tenga autoridad y el enfermo la reconozca y la respete. La autoridad racional, dice Fromm, no se impone, es conferida a aquél en quien se aprecian competencia y confiabilidad. Estimación-hostilidad: si en la relación médico-paciente hay confianza y aprecio mutuo, “todo marcha bien aún cuando el enfermo marche mal”. La desconfianza abierta o encubierta anula la influencia del médico. El médico “que sabe escuchar con un tercer oído”, dice Groddeck, percibe más allá de los signos convencionales que sirven tanto para comunicar como para ocultar los motivos verdaderos, el rumor de la corriente subterránea de emociones negativas: el recelo, el temor, la rebeldía, etc. Cercanía o el alejamiento psicológico. Hay una distancia que es óptima para la comunicación. Cuando el médico tiene prisa, se aburre, se disgusta o duda, el enfermo se retrae en sí mismo y se aleja. Cuando la confianza del enfermo se abate, cuando lo domina el desaliento, la distancia aumenta. Más allá de cierta distancia, las palabras del médico no alcanzan al enfermo.<sup>15</sup>

## **Enfoque bio-ético.**

El médico y todo el equipo humano de salubristas cambian su imagen milenaria de ser benefactores altruistas por vocación, a devenir en mercaderes que venden sus servicios compitiendo con las ofertas y las demandas. Las normas de eficiencia, eficacia, rentabilidad y libre competencia valen también para los servicios de salud, como cualquier otra industria o empresa fabricante de mercancías que se compran y se venden, y se establece el criterio de “calidad” que no necesariamente lleva el de “calidez”, tan necesario en las relaciones interpersonales, en las cuales se pone en juego la dignidad de la persona humana. En este esquema, el médico, y con él todos los profesionales de la salud que están en torno al acto de prevenir y de curar la enfermedad, ha pasado a ser un planificador, administrador, dispensador y vendedor de servicios rentables, todo lo cual desprofesionaliza la medicina, cambia sus objetivos, burocratiza al gremio, lo deshumaniza y lo convierte en un siervo desleal a tres señores: al enfermo, a las “Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud” empresa en la cual el médico es un empleado, y a la “Entidades Promotoras de Salud” a la cual está adscrita las “Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud”. El paciente es visto como un cliente, un consumidor, un usuario y no ya como un ser humano frágil y necesitado de compasión, de afecto y de auxilio altruista y humanitario. Antes, cuando las relaciones médico-paciente se constituían con base en la amistad y en la mutua confianza, que daban lugar a la virtud de la beneficencia como intención primera del arte de curar. Visto ahora el paciente como cliente se supone que cuenta con el máximo de capacidad de negociación y ejercicio de su libertad, para lo cual conviene que disponga de ofertas varias que enriquezcan la afirmación de su autonomía en la toma de decisiones. Porque cuando una persona pierde su salud queda a merced de quien pueda ayudarlo. No se vale por sí mismo. Y lo que digamos a favor de su autonomía viene siendo, más que todo, una metáfora moral que dista mucho todavía de sentido práctico exigible en democracias débiles como la nuestra.<sup>16</sup>

El personal de salud debe velar mas por los intereses empresariales de la entidad que lo contrata y ejerce una mediación entre ésta y el enfermo, con una medicina a la defensiva para evitarse problemas laborales y legales. Así aparece, entonces, el nuevo fenómeno de la medicina como una obligación de medio y no de resultado, en un ambiente éticamente enrarecido por las condiciones mediáticas del concepto empresarial y por la razón instrumental biotecnológica en la sociedad del conocimiento útil que todo lo convierte en mercancía. Los roles tradicionales del médico y su paciente que daban dignidad humana a los dos, cambian por simples roles contractuales de comercio de la salud, en los cuales el médico y todo el profesional que con él trabaja es un vendedor de un producto y el paciente es un cliente común. Y este cambio de roles trae en cascada una serie de noveles que enrarecen los derechos y obligaciones de ambos, como también su buena voluntad, puesto que entre los dos se genera una distancia de mediaciones hostiles de tipo burocrático-institucional, logístico, económico, legal, de análisis de diagnóstico con aparatos sofisticados e incómodos (por no decir dolorosos e invasivos física y psicológicamente), de largas hora de espera y malos

tratos en la comunicación, de poco tiempo de atención personalizada, y de terapias no suficientemente apropiadas por falta de recursos y buenos procedimientos. Al final de todo, el paciente que logre sobrevivir a toda esta parafernalia reniega del servicio y si cuenta con dignidad y dinero termina consiguiendo un abogado para demandar al médico y a las instituciones prestadoras de salud. Un gran escollo es poder compaginar cobertura con calidad y con calidez de servicios, ante la escasez de recursos humanos, tecnológicos y económicos, dentro del concepto de “empresa social del Estado”. Al concebir el servicio de salud como actividad empresarial rentable, la lógica de la ganancia avasalla la lógica ética del altruismo de la más noble tradición del acto médico y destruye las relaciones de mutua confianza y amistad del enfermo con los profesionales de la salud, con las muy comunes ahora demandas civiles y penales. La ganancia en estas dimensiones de lo humano hacia la justicia, puso en jaque los tradicionales principios médicos de la no maleficencia y la beneficencia, en función de los principios de justicia y de autonomía. Mientras tanto, hay desconcierto acerca de los derechos y deberes de los profesionales de la salud, de los pacientes, y de las instituciones responsables, de la prestación de los servicios, todos ellos enturbiados por los vertiginosos avances de las biotecnologías que se introducen por todas las partes sin pedir permiso, y por el atolondramiento del Estado para legislar oportuna y apropiadamente. En este escenario enrarecido se enrarece también la ética médica que fue útil durante tantos años atrás. Se enrarecen igualmente, en cascada, todos los códigos éticos de cada una de los profesionales de la salud. Y tendremos que superar los conflictos que surgen entre los principios de no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía, para evitar que ellos se riñan entre sí como si fuesen cuatro púgiles enemigos que buscan victorias egoístas en contra de la vida humana, de su dignidad y de su sentido.<sup>17</sup>

## **Evaluación de la calidad de atención médica**

Desde 1918 el *American College of Surgeons* contaba ya con un programa de estándares voluntarios, diseñados por médicos, para evaluar la calidad de la atención. En 1951, teniendo como marco un acuerdo con el *American College of Physicians*, *American Hospital Association* y *American Medical Association*, crearon la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, como una instancia externa destinada a la evaluación de los estándares de calidad en hospitales, en forma voluntaria, con el propósito de autorregularse.

En 1956, en el recientemente inaugurado Hospital de La Raza, un grupo de médicos interesados en conocer la calidad con que se estaba otorgando la atención a los pacientes, iniciaron un programa de revisión de expedientes clínicos. Sus trabajos dieron origen en 1962 a la edición del documento “Auditoría médica”, que con base en la revisión protocolizada del expediente clínico permitía emitir un juicio sobre la calidad con que se otorgaba la atención. González Posada y su grupo desarrollaron en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Evaluación Integral de las Unidades Médicas que, con base en los preceptos de la

Teoría de Sistemas utilizada por Donabedian, evaluaba los recursos físicos, el personal, los insumos y la organización necesarios para otorgar una atención de calidad, para continuar con la evaluación del proceso de la atención, incluyendo la oportunidad, la capacidad profesional del personal, la aplicación de los conocimientos médicos vigentes, la seguridad del paciente y el respeto a los principios éticos de la práctica médica, para terminar con la evaluación de los resultados de la atención en materia de salud y la satisfacción de usuarios y prestadores de servicios con la atención recibida y con el trabajo desempeñado respectivamente.<sup>18</sup>

El Dr. Héctor Aguirre Gass diseñó la encuesta de “Satisfacción de los Usuarios, Encuesta de Opinión, Cédula de Concentración”, la cual fue validada por la Subdirección General Médica del IMSS, misma que será usada en esta investigación.<sup>19</sup>

Dicha encuesta corresponde con un cuestionario dirigido para medir diversas variables, orientado como preguntas cerradas con respuestas divididas en diversos segmentos de intervalos.

### **Trastornos de la personalidad.**

Según el DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2005), los trastornos de la personalidad son patrones de rasgos inflexibles y desadaptativos que provocan malestar subjetivo, deterioro social o laboral significativo, o ambas cosas. Estos trastornos causan, por definición, considerables problemas a las personas que los padecen: a menudo sufren y sus relaciones con los demás son problemáticas; tienen dificultades para responder de forma flexible y adaptativa a su entorno y a los cambios y demandas de la vida, y carecen de capacidad para reaccionar ante situaciones de estrés. Además, su forma habitual de respuesta tiende a perpetuar e intensificar las dificultades. No obstante, estos individuos no suelen ser conscientes de que su personalidad les causa problemas y, por tanto, pueden culpar a los demás de sus propias dificultades o incluso negar que padezcan problema alguno.<sup>20</sup>

En general, los trastornos de la personalidad se clasifican en tres subtipos (o grupos) e incluyen los siguientes:

<b>Subtipo</b>	<b>Clasificación</b>
Grupo A:	extraña/excéntrica
Grupo B:	dramática/errática
Grupo C:	ansiosa/inhibida

## Trastorno de la personalidad del Grupo A

- **Trastorno paranoide de la personalidad.**

- A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro o más de los siguientes puntos:
1. Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.
  2. Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.
  3. Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.
  4. En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.
  5. Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios.
  6. Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar.
  7. Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel.
- B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

- **Trastorno esquizoide de la personalidad.**

- A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro o más de los siguientes puntos:
1. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.
  2. Escoge casi siempre actividades solitarias.
  3. Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona
  4. Disfruta con pocas o ninguna actividad.
  5. No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.

6. Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.
  7. Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.
- B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

- **Trastorno esquizotípico de la personalidad.**

- A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco o más de los siguientes puntos:
1. Ideas de referencia ( excluidas de las ideas delirantes de referencia
  2. Creencias raras o pensamientos mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales.
  3. Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.
  4. Pensamiento y lenguaje raros.
  5. Susplicacia o ideación paranoide.
  6. Afectividad inapropiada o restringida.
  7. Comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar.
  8. Falta de amigos íntimos o de confianza aparte de sus familiares de primer grado.
  9. Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.
- B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo.

### Trastorno de la personalidad del Grupo B

- **Trastorno antisocial de la personalidad**

- A. Un patrón general de desprecio y violaciones de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres o más de los siguientes ítems:



1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.
  2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
  3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
  4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
  5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
  6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
  7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.
- B. El sujeto tiene al menos 18 años.
- C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.
- D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el. Transcurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco.

- **Trastorno límite de la personalidad.**

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto imagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco o más de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo.
5. Comportamientos intensos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a un notable reactividad del estado de ánimo por ejemplo: episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas o rara vez unos días.
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira ( ejemplo: muestra frecuentemente mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes

9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

- **Trastorno histriónico de la personalidad**

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco o más de los siguientes ítems:

1. No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de atención
2. La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor y provocativo
3. Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante
4. Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre si mismo
5. Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices
6. Muestra auto dramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional
7. Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias
8. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

- **Trastorno narcisista de la personalidad**

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco o más de los siguientes ítems.

1. Tiene un grandioso sentido de auto importancia (ejemplo: exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados)
2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios
3. Cree que es "especial" y único y que solo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas que son especiales o de alto status
4. Exige una admiración excesiva
5. Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas
6. Es interpersonalmente explotador

7. Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás
8. Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él
9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.

### Trastornos de la personalidad del Grupo C

- **Trastorno de la personalidad por evitación**

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de incapacidad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro o más de los siguientes ítems:

1. Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo
2. Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar
3. demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado
4. Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales
5. Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de incapacidad
6. Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás
7. Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

- **Trastorno de la personalidad por dependencia**

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco o más de los siguientes ítems:

1. Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesiva consejería y reafirmación por parte de los demás
2. Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida
3. Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación.

4. Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera( debido a su falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía)
5. Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables
6. Se siente incómodo o desamparado cuando esta solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de si mismo
7. Cuando termina una relación importante busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado o el apoyo que necesita
8. Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidarse a sí mismo.

- **Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad**

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro o más de los siguientes ítems:

1. Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de actividad
2. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas
3. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades
4. Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores
5. Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental
6. Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que estos otros se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas
7. Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vista a catástrofes futuras
8. Muestra rigidez y obstinación.<sup>20</sup>

Así como todos los clínicos se enfrentan con frecuencia a pacientes con trastornos de la personalidad, también los pacientes se enfrentan con frecuencia a médicos con trastornos de la personalidad, lo cual puede llegar a afectar la relación médico paciente y por ende la satisfacción del usuario de los servicios médicos.

Para poder evaluar el tipo de personalidad se han creado cuestionarios como “Cuestionario de Minnesota”, los cuales únicamente pueden ser aplicados y

evaluados por Psicólogos. Sin embargo existe un cuestionario que puede ser aplicado por médicos el cual es el Cuestionario de evaluación International Personality Disorder Examination (Cuestionario de evaluación de la personalidad) "IPDE" Módulo DSM-IV TR.

El IPDE es un instrumento psicométrico que posee un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir, cuyas preguntas "cerradas" contienen categorías o alternativas de respuesta que han sido delimitadas".

## VIII. Justificación

Las quejas referentes al servicio médico en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, podrían deberse o estar influenciadas por la personalidad del médico familiar. Hasta el momento No se ha encontraron estudios que analicen la satisfacción del usuario en relación con la personalidad del médico.

Nuestro fin es saber si la personalidad del médico familiar realmente influye en la atención que se le brinda al paciente, es decir en la satisfacción del usuario. Con lo cual podríamos darnos cuenta:

- De actualmente como es la satisfacción del usuario en la unidad de medicina familiar para que la institución pueda trabajar en lo que se pudiera estar fallando.
- De obtener como resultados que la personalidad del médico tiene influencia en la satisfacción del usuario, se podría brindar atención psicológica a los mismos médicos con trastornos de la personalidad, lo cual repercutiría por lo tanto positivamente en la calidad de atención en la Unidad de Medicina Familiar No. 80.

## IX. Planteamiento del problema

En la Unidad de Medicina Familiar No 80, en el periodo del 2005 al 2007 se presentaron dieciocho quejas referentes al servicio médico, las cuales eran por los siguientes motivos:

Negativa de atención médica	2
Déficit de atención médica	3
Supuesta omisión en apoyo del diagnóstico	1
Por deficiencia de atención médica y/o quirúrgica	9
Trato inadecuado	2
Otros	1

Corresponde al médico familiar identificar desde su práctica diaria, sus propias dificultades y reflexivamente transformarlas para poder incidir positivamente en el cuidado de la salud de sus pacientes.<sup>5</sup>

Por un lado se han hecho estudios en la UMF No.80 sobre calidad de atención en los cuales se ha demostrado la insatisfacción del usuario. Pero no se han relacionado nunca con la personalidad del médico familiar, y ya que los trastornos de la personalidad causan problemas a las personas que los padecen y se pueden ver intensificados ante situaciones de estrés, a lo cual el médico está expuesto constantemente, creemos que la personalidad del médico familiar puede repercutir en la atención médica y por lo tanto en la calidad de atención.

Por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta:

**¿Cuál es la relación que existe entre la personalidad del médico familiar y la satisfacción del usuario en la “Unidad de Medicina Familiar” No. 80?**

## **X. Hipótesis**

**La personalidad del médico familiar de la UMF No. 80 tiene relación con la satisfacción del usuario.**



## **XI. Objetivos**

### **Objetivo general:**

Identificar si la personalidad del médico familiar influye en la satisfacción del usuario durante la atención medica en la Unidad de Medicina Familiar No. 80.

### **Objetivos específicos:**

- Conocer si la oportunidad en la atención es influida por la personalidad del médico familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 80.
- Demostrar si la amabilidad en la atención es influida por la personalidad del médico familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 80.
- Conocer si el proceso de atención es influida por la personalidad del médico familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 80.
- Describir si los resultados de la atención es influida por la personalidad del médico familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 80.
- Revisar si la relación médico paciente es influida por la personalidad del médico familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 80.
- Identificar si la información que proporciona el médico a su paciente es influida por la personalidad del médico familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 80.
- Demostrar si la comodidad del consultorio es influida por la personalidad del médico familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 80.

## XII. Material y métodos.

### Tipo de estudio:

Descriptivo, observacional y transversal.

### Población de estudio:

- Derecho-habientes de la unidad de medicina familiar No.80.
- Médicos familiares de la UMF No. 8 con población adscrita.

### Tamaño de la muestra

El universo de la UMF No 80 es en total de 48 médicos familiares turno matutino y vespertino de la unidad de medicina familiar No. 80 con población adscrita, que corresponde al 100%

Para la encuesta de satisfacción del usuario, fue con base a la población de derechohabientes mayores de 20 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 80, la cual cuenta con 48 consultorios, con un total de usuarios de 125 556.

Para el cálculo de esta se utilizó la formula de población finita para la cual se conoce el tamaño de la población:

$$n = \frac{N}{1 + N \sigma^2}$$

En donde n es el tamaño de la muestra, N es el tamaño de la población en donde se quiere realizar el estudio y  $\sigma$  es el error de estimación que se está en condiciones de aceptar.

$$n = \frac{125\ 556}{1 + 125\ 556(.01)^2}$$

$$n = \frac{125\ 556}{1 + 1255.56}$$

$$n = 99.92$$

$$n = 100$$

La muestra se dividió entre el número de consultorios (48) para obtener el número de encuestas a realizar en cada uno de ellos de 2 encuestas por consultorio.

### Muestreo.

No probabilístico por conveniencia.

### **XIII. Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión.**

- a) Médicos familiares con población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 80 de ambos turnos.
- b) Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 80 de ambos turnos
- c) Derechohabientes mayores de 20 años de edad.
- d) Derechohabientes que recibieron atención médica.

#### **Criterios de no inclusión.**

- a) Médicos familiares sin población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 80.
- b) Derechohabientes que no recibieron atención médica durante la encuesta
- c) derechohabientes menores de 20 años de edad.

#### **Criterios de exclusión.**

- a) Médicos familiares y derechohabientes que no desearon participar voluntariamente en el estudio.

#### XIV. Descripción de variables

**Variables independientes:** Personalidad del médico familiar

**Variables dependientes:** Satisfacción del usuario

**Operacionalización de las variables:**

Variable	Tipo de variable	Definición	Escala de medición
Paranoide	Cualitativo	Las personas que tienen este trastorno suelen ser frías, distantes e incapaces de generar vínculos interpersonales estrechos. A menudo son demasiado desconfiadas de su entorno, pero injustificadamente, generalmente no pueden apreciar su propia función en las situaciones de conflicto y suelen proyectar sus sentimientos de paranoia en forma de enojo hacia los demás.	Nominal
Esquizoide	Cualitativo	Las personas que tienen este trastorno suelen ser frías, distantes, introvertidas y tener un gran temor a la intimidad y los vínculos estrechos. Las personas que tienen personalidad esquizoide permanecen tan absortas en sus propios pensamientos y fantasías que se autoexcluyen de los vínculos con la realidad y otras personas.	Nominal
Esquizotípico	Cualitativo	Similar al trastorno de la personalidad esquizoide; las personas que tienen este trastorno suelen ser frías, distantes, introvertidas y tener un gran temor a la intimidad y los vínculos estrechos. Sin embargo, las personas que tienen personalidad esquizotípica también presentan trastornos del pensamiento, de la percepción y habilidades ineficaces	Nominal

		de comunicación. Muchos síntomas del trastorno de la personalidad esquizotípica se parecen a los de la esquizofrenia, pero son más leves y menos intrusivos	
Histriónico	Cualitativo	Las personas que tienen este trastorno están demasiado preocupadas por su aspecto, constantemente buscan atención y a menudo se comportan dramáticamente en situaciones que no justifican ese tipo de reacción. Las expresiones emocionales de las personas que tienen personalidad histriónica suelen ser consideradas superficiales y exageradas.	Nominal
Antisocial	Cualitativo	Las personas que tienen este trastorno típicamente no tienen en cuenta los sentimientos, propiedad, autoridad y respeto hacia los demás en busca del propio beneficio. Esto puede incluir acciones violentas o agresivas que afectan o implican a otros individuos, sin un sentimiento de remordimiento ni culpabilidad por sus actos destructores.	Nominal
Narcisista	Cualitativo	Las personas que tienen este trastorno presentan sentimientos excesivamente exagerados de autovaloración, grandiosidad y superioridad en relación con los demás. Las personas que tienen personalidad narcisista suelen explotar a las personas que no los admiran y son demasiado sensibles a las críticas, juicios de valor y fracasos	Nominal
Límite	Cualitativo	Las personas que tienen este trastorno presentan inestabilidad en la percepción de sí mismas y tienen dificultad para mantener relaciones estables. Los estados de ánimo también pueden ser inconstantes, pero jamás neutros, y su sentido de la realidad siempre se percibe en "blanco y negro". Las personas que	Nominal

		tienen personalidad limítrofe a menudo creen que los cuidados que recibieron durante la infancia fueron insuficientes y, por consiguiente, buscan incesantemente más atención de los demás en su etapa adulta. Esto lo pueden lograr manipulando a los demás, lo cual a menudo los deja sintiéndose vacíos, enojados y abandonados, sensación que puede llevarlos a un comportamiento desesperado e impulsivo.	
Obsesivo-compulsivo	Cualitativo	Las personas que tienen este trastorno se muestran inflexibles ante el cambio y se molestan si la rutina se ve alterada debido a su obsesión por el orden. Por consiguiente, son ansiosas y tienen dificultad para completar las tareas y tomar decisiones. Las personas que tienen personalidad obsesivo-compulsiva suelen sentirse incómodas en situaciones que están fuera de su control y como consecuencia de ello tienen dificultad para mantener relaciones interpersonales positivas y sanas.	Nominal
Dependencia	Cualitativo	Las personas que tienen este trastorno dependen excesivamente de los demás para su validación y para la satisfacción de sus necesidades básicas. Además de no ser capaces de cuidar de sí mismas correctamente, a las personas que tienen personalidad dependiente les falta confianza en sí mismos y seguridad, y tienen dificultad para tomar decisiones.	Nominal
Evitación	Cualitativo	Las personas que tienen este trastorno son hipersensibles ante el rechazo y, por lo tanto, evitan las situaciones que pueden generarles conflicto. Esta reacción es impulsada por el temor; sin embargo, las personas que tienen	Nominal

		personalidad de evitación se sienten perturbadas por su propio aislamiento social, su retraimiento y su incapacidad de mantener vínculos interpersonales estrechos <sup>24</sup> .	
--	--	--	--

Encuesta de satisfacción del usuario:

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Escala de medición</b>
Satisfacción	Conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos	+ 80= excelente 72-79= suficiente 64-71= insuficiente 56-63= no realizado 48-55= inadecuado

## XV. Metodología

Siempre el mismo investigador principal acudió con los médicos familiares a cada uno de los consultorios de la Unidad de medicina familiar No. 80, les informó sobre el estudio y solicitó su participación voluntaria, a los que aceptaron y reunieron los criterios de selección se aplicó el “Cuestionario de evaluación IPDE Módulo DSM-IV TR” (Anexo 1) ya validada, para evaluar el tipo de personalidad de la cual se califica con falso y verdadero. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto dará positiva la evaluación para ese trastorno.

Posteriormente el mismo investigador en la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar, entrevistó a los usuarios de los médicos familiares previamente encuestados y a los que reunieron los criterios de selección, se les solicitó su participación voluntaria para integrarse al estudio, los que aceptaron se les aplicó la encuesta de “Satisfacción de los Usuarios, Encuesta de Opinión, Cédula de Concentración” (Anexo 2), la cual previamente fue validada en junio de 1987 por la Subdirección General Médica del IMSS. Instrumento que evalúa los siguientes aspectos: oportunidad, amabilidad, proceso de la atención, relación médico-paciente, información y comodidad, estructurada con la escala de Likert. La cual se calificó como excelente, suficiente, insuficiente, no realizado e inadecuado, con los siguientes rangos:

	RANGO	VALOR
Excelente	>80	1
Suficiente	72-79	2
Insuficiente	64-71	3
No realizado	56-63	4
Inadecuado	48-55	5

Se consideraron las encuestas con valor de 1 y 2 con satisfacción del usuario por la atención brindada. Encuestas con valor mayor de 3 no existió satisfacción de la atención.



## **XVI. Análisis estadístico**

Se utilizó estadística descriptiva paramétrica y no paramétrica, de acuerdo a las variables las cuales fueron de tipo ordinal respecto a la satisfacción de pacientes y nominales respecto a la personalidad de los médicos. Los resultados se expresaron en totales y porcentajes. Para evaluar la asociación entre la personalidad con la satisfacción se utilizó la prueba de correlación de Spearman. La información se procesó con el paquete estadístico para estudios científicos (SPSS Ver. 16.0 para Windows). Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0.05$ .

## **XVII. Consideraciones Éticas**

La presente investigación se rigió por las declaraciones de la asociación médica mundial de Helsinki (1964), con las modificaciones de Tokio (1975), Venecia (1983, Hong Kong (1989), Somerset West (1996) y de acuerdo a las normas internacionales para la investigación Biomédica en Sujetos Humanos de la OMS. Por lo que apegado a los documentos previos se mantuvo total discreción con respecto a los datos generales y los resultados obtenidos en este trabajo así como durante todo el tiempo de la investigación se contemplaron las normas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.- Título primero, capítulo único, artículo 3. Título segundo, capítulo I, artículos 13 y 14. Título quinto, capítulo único, artículos 98-100,102.

Por lo que ningún participante hasta el término del estudio sufrió daño físico ni moral durante el desarrollo de la investigación. Y en caso de ser publicados los resultados se mantendrá el anonimato.

## XVIII. Resultados

### Rasgos de personalidad en médicos familiares

De un total de 48 médicos solamente aceptaron 38, todos con población adscrita a la UMF NO. 80. No se presentó el total de los médicos de la unidad por las siguientes razones: Hubo médicos que no aceptaron participar voluntariamente en el proyecto de investigación, no se incluyeron médicos cubre vacaciones o aquellos médicos con contrato en tiempo determinado.

De los 38 médicos que aceptaron, 25 correspondieron al sexo femenino y 13 del masculino, 17 del turno matutino y 21 del turno vespertino.

Los rasgos de personalidad que predominaron en los médicos familiares de acuerdo al **Cuestionario de evaluación IPDE Módulo DSM-IV TR**, fueron esquizoide un 60.5% y narcisista en 52.6%. Cuadro I

Cuadro I. Rasgos de personalidad una vez aplicado el Cuestionario de evaluación IPDE Módulo DSM-IV TR

<b>Personalidad</b>	<b>Número de casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Paranoide	11	28.9
Esquizoide	23	60.5
Esquizotípico	7	18.4
Histriónico	8	21.1
Antisocial	3	7.9
Narcisista	20	52.6
Limite	5	13.2
Obsesivo-Compulsivo	15	39.5
Dependiente	1	2.6
Evitativo	13	34.2

\* Algunos médicos tienen características o rasgos de más de un tipo de personalidad, por lo que la suma de los porcentajes no es el 100%.

Respecto a la distribución de rasgos de personalidad por género de acuerdo al Cuestionario de evaluación IPDE Módulo DSM-IV TR se obtuvieron los siguientes resultados:

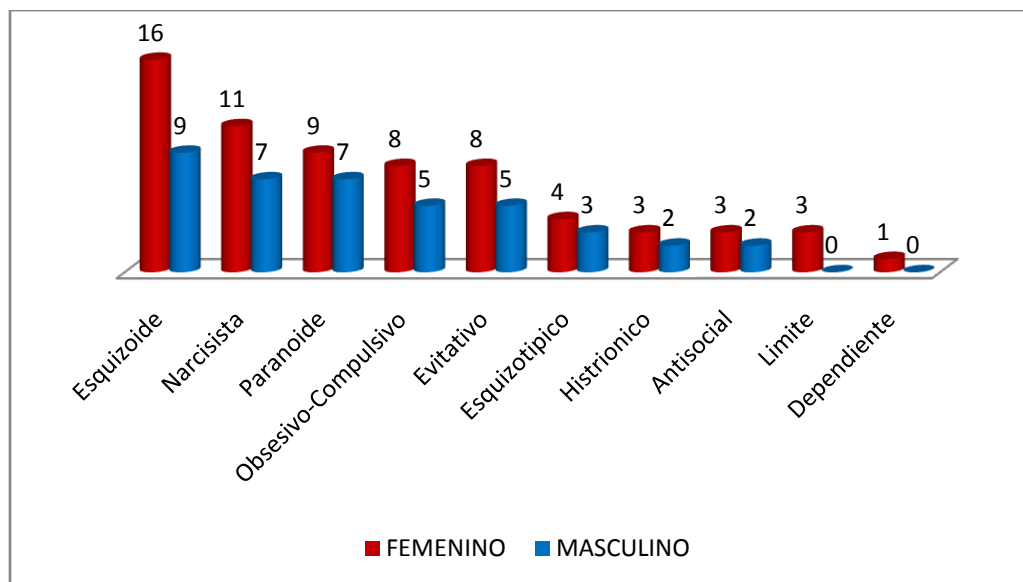


Figura 1. Frecuencia de rasgos de personalidad por género, de acuerdo al Cuestionario de evaluación IPDE Módulo DSM-IV TR

### Satisfacción del usuario

Se aplicaron un total de 144 encuestas de satisfacción del usuario, 72 (50%) en el turno matutino y 72 (50%) en el turno vespertino. Se consideraron 48 consultorios y se aplicaron 3 encuestas por cada uno de ellos. Predomina el tipo de atención insuficiente y no realizado con 54.2% y 45.8%, respectivamente. Cuadro 2.

Cuadro II. Satisfacción del usuario en la UMF 80.

Tipo de atención	No. de pacientes	Porcentaje
Excelente	0	0
Suficiente	0	0
Insuficiente	90	54.2
No realizado	51	45.8
Inadecuado	3	0

### Relación de satisfacción del usuario con trastornos de personalidad.

Para la asociación entre los rasgos de personalidad de médicos familiares y la satisfacción del usuario en la UMF No. 80 se utilizó la prueba de correlación Rho de Spearman, tanto para el resultado general en donde no se encontraron valores estadísticamente significativos. Cuadro III

Cuadro III. Relación entre el tipo de personalidad del médico familiar con la satisfacción del usuario en la UMF 80.

<b>Personalidad</b>	<b>Calificación</b>	<b>R</b>	<b>P valor</b>
Paranoide	3-4	-.339	.309
Esquizoide	3-4	-.215	.324
Esquizotípico	3-4	.548	.203
Histriónico	3-4	-.130	.759
Antisocial	3-4	-1.000	0
Narcisista	3-4	-.425	.062
Limite	3-4	-.408	.495
Obsesivo-Compulsivo	3-4	-.286	.302
Dependiente	3-4	0	0
Evitativo	3-4	.275	.363
NQ*	3-4	0	0

#### **Cita otorgada (oportunidad de la atención)**

Sobre el apartado que se refiere a la “cita otorgada” se observó que el rasgo esquizoide tiene un valor de asociación estadísticamente significativo, mientras que el resto de los rasgos no muestran asociación, Cuadro IV

Cuadro IV. Relación de la personalidad con la cita.

<b>Personalidad</b>	<b>Rho</b>	<b>P valor</b>
Paranoide	.266	.458
Esquizoide	.444	.039*
Esquizotípico	.394	.381
Histriónico	-.73	.864
Antisocial	.500	.667
Narcisista	-.137	.564
Limite	.408	.495
Obsesivo-Compulsivo	.173	1.000
Dependiente	0	0
Evitativo	.100	.758

\*p < 0.05

#### **Amabilidad**

Respecto al apartado sobre “la amabilidad del médico familiar” no se encontró relación estadística con la personalidad del médico familiar. Cuadro V.

Cuadro V. Relación de la personalidad con la amabilidad.

<b>Personalidad</b>	<b>Rho</b>	<b>P valor</b>
Paranoide	.147	.686
Esquizoide	-.075	.740
Esquizotípico	.171	.714
Histriónico	-.441	.274
Antisocial	-.500	.667
Narcisista	-.006	.979
Limite	-.791	.111
Obsesivo-Compulsivo	-.150	.610
Dependiente	0	0
Evitativo	-.047	.884

### **Exploración física (proceso de la atención)**

En relación a la “la exploración física” realizada por el médico familiar al usuario durante la consulta no se encontró relación estadísticamente significativa. Cuadro VI.

Cuadro VI. Relación de la personalidad del médico familiar con la exploración física.

<b>Personalidad</b>	<b>Rho</b>	<b>P valor</b>
Paranoide	.398	.254
Esquizoide	.096	.670
Esquizotípico	-.258	.576
Histriónico	.286	.493
Antisocial	-.500	.667
Narcisista	-.258	.271
Limite	0	0
Obsesivo-Compulsivo	.040	.891
Dependiente	0	0
Evitativo	.285	.368

### **Apartado sobre resultados obtenidos por el usuario luego de la atención medica**

Respecto al apartado sobre “los resultados” obtenidos de la consulta surgieron los siguientes resultados, sin encontrar asociación estadísticamente significativa, Cuadro VII.

Cuadro VII. Relación de la personalidad con los resultados de la atención medica.

<b>Personalidad</b>	<b>Rho</b>	<b>P valor</b>
Paranoide	.522	.122
Esquizoide	-.087	.701
Esquizotípico	.258	.576
Histriónico	0	0
Antisocial	0	0
Narcisista	0	0
Limite	-.791	.111
Obsesivo-Compulsivo	.113	.701
Dependiente	0	0
Evitativo	.041	.307

### **Relación médico paciente**

En la relación médico paciente con la personalidad del médico familiar se encontró asociación estadísticamente significativa en el rasgo esquizoide. Cuadro VIII

Cuadro VIII. Asociación de la personalidad del médico familiar con la relación médico paciente.

<b>Personalidad</b>	<b>Rho</b>	<b>P valor</b>
Paranoide	-.012	.975
Esquizoide	-.432	.045*
Esquizotípico	.400	.374
Histriónico	.325	.432
Antisocial	-.500	.667
Narcisista	-.131	.583
Limite	-.745	.148
Obsesivo-Compulsivo	-.192	.510
Dependiente	0	0
Evitativo	.322	.307

\*P < 0.05

### **Información al usuario.**

La información dada al usuario posterior a la consulta, se encontró que existe asociación estadísticamente significativa de la personalidad obsesivo-compulsiva médico familiar. Cuadro IX.

Cuadro IX. Relación de la personalidad del médico familiar con la información otorgada al usuario.

<b>Personalidad</b>	<b>Rho</b>	<b>P valor</b>
Paranoide	.130	.720
Esquizoide	.324	.141
Esquizotípico	0	0
Histriónico	.432	.285
Antisocial	0	0
Narcisista	-.112	.638
Limite	0	0
Obsesivo-Compulsivo	-.624	.017*
Dependiente	0	0
Evitativo	.285	.368

\*p < 0.05

### **Instalaciones.**

Respecto al apartado que evalúa las instalaciones en relación a la encuesta de satisfacción del usuario, no se encontró asociación estadísticamente significativa. Cuadro X.

Cuadro X. Relación de la personalidad con las instalaciones.

<b>Personalidad</b>	<b>Rho</b>	<b>P valor</b>
Paranoide	0	0
Esquizoide	.273	.220
Esquizotípico	0	0
Histriónico	0	0
Antisocial	0	0
Narcisista	-.253	.638
Limite	1.000	0
Obsesivo-Compulsivo	-.048	.871
Dependiente	0	0
Evitativo	.322	.307



## XIX. Discusión

La totalidad de la población derechohabiente estudiada manifestó su insatisfacción por el servicio que se le otorgó en la UMF No. 80, mientras que la totalidad de los médicos entrevistados presentó alteraciones patentes en su esquema de personalidad de acuerdo al cuestionario empleado, destacándose los rasgos de personalidad esquizoide, que se asocian con actividades de carácter intelectual pero con pobre interacción social.

Son dos resultados que, independientemente de considerárseles como meras aproximaciones, invitan a la reflexión y al análisis de las posibles causas que expliquen ambos fenómenos, tan trascendentes y contundentes que sugerirían el establecimiento de estrategias que medien para el beneficio mutuo en la relación entre médico y paciente.

Es evidente que existen problemas logísticos en la institución, ajenos a la personalidad del médico familiar, que repercuten en la calidad del servicio que brinda el profesional de la salud y será motivo de otro estudio indagar hasta que punto esto contribuye a los resultados tan evidentes descritos en la presente investigación.

Sin embargo, se cuenta ya con el antecedente de un estudio de alta prevalencia de síndrome de Burn-out en los médicos familiares de la UMF 80, lo que pone en evidencia la presencia de stress como factor contribuyente a manifestar trastornos de personalidad.

De interés particular resulta la escasa bibliografía que se encontró al indagar sobre los antecedentes de alteraciones en la personalidad de los profesionales en la salud en diversas publicaciones indexadas. Consideramos es uno de los temas relevantes que han sido poco explorados y ofrece líneas de investigación que se pueden llevar a cabo en la población derechohabiente del IMSS, así como en su comunidad médica.

Poco más de la mitad de los médicos familiares aceptó participar en la investigación, lo que habló de una buena disposición de los mismos, tanto en el tiempo como en un ejercicio de autocrítica, en el presente estudio.

Hemos procurado respetar al máximo la decisión de los médicos familiares que no desearon participar en la investigación, sin necesidad de indagar sobre los motivos personales que los orillaron a no ser entrevistados. ¿Será el mismo porcentaje de participación de los médicos familiares en investigaciones similares en otras unidades de adscripción? Es esta una de las preguntas que se ofrecen para estudios posteriores que aborden las mismas inquietudes que el presente.

De las alteraciones de personalidad más frecuentes que se obtuvieron en el estudio, llama la atención que no existe un predominio de algún grupo en especial:

lo mismo se identificaron del grupo A (excéntricos), B (dramáticos) o del grupo C (inhibidos).

No parece casualidad que los médicos con características esquizoides sean los que establecen mayor diferimiento de sus citas y que se relacione muy probablemente con una forma de eludir el contacto con la gente y una mala relación médico paciente.

Los rasgos obsesivos compulsivos se asocian con un interés del individuo sobre algunos detalles de la vida cotidiana y sacrifican la visión integral de fenómeno. Buscan la perfección de aspectos sofisticados pero mínimos encontrando con ello gran dificultad para una actitud más pragmática y eficiente. Los médicos en donde predominó este rasgo característico, se caracterizaron por dar una mala o nula información al paciente. Otro fenómeno que no pareciera azaroso.

Por último, los rasgos esquizotípicos, narcisistas y límites de personalidad, son los que se asociaron más con atención médica "insatisfactoria". Llama la atención que son los trastornos que más se asocian con actitudes devaluadoras y agresión tanto pasiva como agresiva, como una forma de establecer un distanciamiento patológico con las demás personas, carente de empatía e inseguridad. Un tercer fenómeno que presenta un psicopatológico de relevancia.

Es probable que el alto grado de insatisfacción por el servicio médico otorgado y de las quejas que se generan día a día en la institución (algunas de ellas no relacionadas con la atención médica sino referentes a cuestiones administrativas), no se correlacione con una gran cantidad de demandas por parte de la población usuaria, como se identificó en los antecedentes que contempla el presente estudio.

Así pues, pese a los atenuantes que el médico familiar pueda contar para entender los resultados obtenidos en la presente investigación, se considera interesante la aportación de Hagop Akiskal: "En México se vive la cultura de la demanda aún, predomina en el mexicano los rasgos pasivo – dependientes... ello condiciona un caldo de cultivo para una deficiente praxis en el campo de la Política y de la Medicina".

Entonces, con relación al párrafo anterior de Akiskal, podemos observar una doble problemática en la relación médico-paciente. Por el lado de la población de pacientes mexicanos encontramos características de personalidad de tipo dependiente que favorecen una actitud pasiva, en la que éstos descuidan su salud adoptando estilos de vida poco saludables y al mismo tiempo, cuando enferman, demandan pasivamente que el médico cure inmediatamente sus dolencias. En el otro extremo, contamos con estudios que indican que el gremio médico tiene una escasa conciencia de su estado de salud mental, debido a que privilegian el desarrollo profesional por encima de la vida emocional, familiar, lúdica, recreativa,

espiritual entre otras. Estas características propias de la población de pacientes mexicanos y del estado de salud mental del gremio médico, menoscaban y dificultan la relación entre los protagonistas de la relación médico paciente.

## XX. Conclusiones.

1. En la Unidad de Medicina Familiar 80 No. 80 concluimos que los usuarios se encuentran insatisfechos con la atención recibida.
2. En cuanto a los rasgos de personalidad que predominaron en los médicos de la UMF No. 80 se observó que en su mayoría son esquizoides, siguiéndoles aquellos de personalidad narcisista y obsesivo-compulsivo.
3. Al relacionar la personalidad del médico familiar y la satisfacción del usuario:
  - a. Existe una relación entre los médicos con rasgos de personalidad esquizoide y con el diferimiento de las citas que otorgan los médicos con rasgos patológicos de esta personalidad.
  - b. Existe una relación entre los médicos con rasgos de personalidad esquizoide y la mala relación médico paciente.
  - c. Existe relación entre los médicos con rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva y la mala o nula información que se le proporciona al usuario.
  - d. Al evaluar los tipos de personalidad por género y compararlos con la satisfacción del usuario observamos que no hay correlación.
  - e. Por último, al evaluar nuestro objetivo específico al revisar todos los rubros que comprende nuestra encuesta de satisfacción del usuario y los rasgos de personalidad del médico familiar concluimos que no existe una relación con resultados estadísticos significativos. Pero que si existe un mayor grado de insatisfacción en los pacientes que fueron atendidos por médicos con rasgos esquizotípicos, narcisistas y límite.

## XXI. Referencias bibliográficas

1. Tsuchida Fernández MB, Bandres Sánchez MP, Guevara Linares X. Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. *Rev Med Hered.* 2003;14(4): 175-180
2. De la Fuente R, Psicología Médica. Fondo de cultura económica, segunda edición. 177- 181
3. Girón M, Begoña Beviá, Medina E y Simón Talero M. Calidad de la relación médico-paciente y resultado de los encuentros clínicos en la atención primaria de alicante. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76:561-575
4. Barbado Alonso JA, Aizpiri Díaz JJ, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho A, Goncalces Estella F, Rodríguez Sedín JJ, De la Serna de Pedro I, Solla Camino JM. Aspectos histórico –antropológicos de la relación médico paciente. *Rev Habilidades en Salud Mental.* 2005; 70: 31-36
5. Hernández Torres, MA. Fernández Ortega, A. Irigoyen Coria, M.A. Hernández Hernández. Importancia de la comunicación Médico – Paciente en Medicina Familiar. *Archivos en Medicina Familiar.* 2006; 8: 137-144
6. Figueroa G. Psicoterapia y fármacoterapia en el tratamiento de la depresión mayor. *Rev chil. neuro-psiquiatr,* 2002,40 (1):77-95
7. Chin JJ. Doctor patient relationship: A covenant of trust. *Singapore Med J.* 2001: 42(12):579-581
8. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, All participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills: *The Kalamazoo II Report ACADEMIC MEDICINE,* 2004. 79 ( 6):495-507
9. González Menéndez R. La etapa contemporánea de la relación médico paciente. *Rev Cubana Salud Pública,* 2004, 30(2):1-8
10. Hernández Gamboa L. *Revista CONAMED.* Año 5, 2001:9(20): 25-27
11. Girón, Begoña Beviá M, Medina E, Simón Palero M. Calidad de la Relación Médico Paciente y Resultados de los encuentros clínicos en Atención Primaria de Alicante: Un estudio con grupos focales. *Rev Esp de Salud Publica,* 2002; 76:561-575

12. Rodríguez Collar TL. Particularidades de la relación médico-paciente en la cirugía de mínimo acceso en urología. *Rev Cubana Invest Bioméd*, 2005,24(1):32-38
13. González Menéndez R. La relación médico-paciente y su significado en la formación profesional. *Rev Cubana Educ Med Super*, 2003. 17 (4): 1-14
14. Gómez Alcalá AV. Médicos y pacientes: ¿fe o suspicacia?. *Rev Med IMSS* 2004; 42 (1): 1-3
15. Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica, 1era edición, México, 1971:51
16. Ortiz J y Padilla A. Epistemología y metodología en la investigación sociológica, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1995: 15
17. Gilberto Cely Galindo, SJ. El Horizonte Bioética de las Ciencias. 5ta edición. Editorial Ética Madrid Alianza 1979
18. Aguirre Gas H. Evaluación de la calidad de la atención Médica ¿Una tarea para médicos? *Cirugía* 2007; 75 : 149-150
19. Aguirre Gas H. Calidad de la atención Médica, Bases para su evaluación y Mejoramiento Continuo. Ed. Noriega, Secretaria General Comisión Médico Social, 2002: 269
20. Robert E. Hales, Stuart C Yudofsky, Jhon A. Talbott, DSM IV- TR, edición Masson, 4a edición. 793-816
21. Pérez Urdaniz A, Rubio García I, Santos J M., Rubio Larrosa V. *Psiquiatría y atención primaria*, 2003, 4 ( 3): 12-20

## XXII. Relación de anexos

### Anexo 1

#### Cuestionario de evaluación IPDE Módulo DSM-IV TR

Directrices:

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos 5 años.
2. Por favor, no omita ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la que le parezca más correcta (**verdadero o falso**). No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.
3. Cuando la respuesta sea **verdadero**, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea **falso**, señalar con un círculo la letra F.

1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida	V	F
2. Confío en la gente que conozco	V	F
3. No soy minucioso con los detalles pequeños	V	F
4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser	V	F
5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo	V	F
6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí	V	F
7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco	V	F
8. Ceder a alguno de mis impulsos me causa problemas	V	F
9. Mucha gente que conozco me envidia	V	F
10. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles	V	F
11. Nunca me han detenido	V	F
12. La gente cree que soy frío y distante	V	F
13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas	V	F
14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	V	F
15. La gente tiene una gran opinión sobre mí	V	F
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	V	F
17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea	V	F
18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien	V	F
19. Me resulta muy difícil tirar las cosas	V	F
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	V	F
21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás	V	F
22. Uso a la gente para lograr lo que quiero	V	F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V	F
24. A menudo la gente se ríe de mí a mis espaldas	V	F
25. Nunca he amenazado con suicidarme ni me he autolesionado a propósito	V	F
26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando	V	F
27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo	V	F
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente	V	F

29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	V F
30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente	V F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V F
32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas	V F
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	V F
34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto	V F
35. No me gusta ser el centro de atención	V F
36. Creo que mi pareja me puede ser infiel	V F
37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo	V F
38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí	V F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente	V F
40. A menudo me siento vacío por dentro	V F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo	V F
43. Tengo ataques de ira o enfado	V F
44. Tengo fama de que me gusta «flirtear»	V F
45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer	V F
46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo	V F
47. Pierdo los estribos y me meto en peleas	V F
48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero	V F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones	V F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradable	V F
51. Tengo miedo de ponerme en ridículo ante gente conocida	V F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente	V F
53. Soy muy emocional y caprichoso	V F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V F
55. Sueño con ser famoso	V F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias	V F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz	V F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas	V F
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera	V F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales	V F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido	V F
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente	V F
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas	V F
64. A la gente le resulta difícil saber claramente qué estoy diciendo	V F
65. Prefiero asociarme con gente de talento	V F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación	V F
67. No suelo mostrar emoción	V F
68. Hago cosas para que la gente me admire	V F



<b>69.</b> Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos	<b>V F</b>
<b>70.</b> La gente piensa que soy extraño o excéntrico	<b>V F</b>
<b>71.</b> Me siento cómodo en situaciones sociales	<b>V F</b>
<b>72.</b> Mantengo rencores contra la gente durante años	<b>V F</b>
<b>73.</b> Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo	<b>V F</b>
<b>74.</b> Me resulta difícil no meterme en líos	<b>V F</b>
<b>75.</b> Llego al extremo para evitar que la gente me deje	<b>V F</b>
<b>76.</b> Cuando conozco a alguien no hablo mucho	<b>V F</b>
<b>77.</b> Tengo amigos íntimos	<b>V F</b>

<b>Tipo de Personalidad</b>	<b>Escala de Medición</b>
Paranoide	2F 14F 36 38 58 66 72
Esquizoide	1F 12 21F 31 46 57F 77F
Esquizotípico	2F 24 30 52 64 67 70 71F
Histriónico	5 10 17 26 28 35F 44 45
Antisocial	11F 18F 20 29 47 56 74
Narcisista	7F 9 15 22 37 55 61 65
Límite	4 8 13 25F 40 43 53 60
Obsesivo-compulsivo	3F 19 23 32 41 48 54 59
Dependencia	6 33 42 49 50 62 69F 73
Evitación	16 27 34 38 39 51 63 76

1. Poner un círculo en los ítems que no estén seguidos de F si la respuesta es **verdadero**.
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F) si la respuesta es **falso**.
3. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto ha dado positiva la evaluación

## Anexo 2

### Satisfacción de los Usuarios Encuesta de Opinión Cédula de Concentración

**Unidad médica:**

**Proceso:** consulta externa

**Función:** atención médica

**Elementos de calidad a evaluar:**

Oportunidad amabilidad, proceso de la atención, resultados de la atención, relación personal-paciente (o familiares), información, comodidad.

Pregunta	Opción	Calificación	Puntaje
<b>Oportunidad</b>			
El médico lo atendió:	De inmediato	Excelente	9
	De 1 a 15 minutos	Suficiente	8
	Más de 15 minutos	Insuficiente	7
	No le atendió	No realizado	6
	Espero y no logro ser atendido	Inadecuado	5
<b>Cita medica</b>			
Le otorga su cita en la fecha requerida y se la cumplieron	Siempre	Excelente	9
	Casi siempre	Suficiente	8
	Algunas veces	Insuficiente	7
	Nunca	No realizado	6
	El retraso le causo problemas	Inadecuado	5
<b>Amabilidad</b>			
El médico que lo atendió fue	Muy amable	Excelente	9
	Amable	Suficiente	8
	Serio	Insuficiente	7
	Indiferente	No realizado	6
	A disgusto	Inadecuado	5
<b>Proceso de atención</b>			
La revisión médica que le practico fue:	Muy completa	Excelente	9
	Completa	Suficiente	8
	Superficial.	Insuficiente	7
	No me examinó	No realizado	6
	Le causo molestias	Inadecuado	5
<b>Resultados de la atención</b>			
Al final de la consulta de dieron diagnóstico o estudios y receta	Diagnostico y receta	Excelente	9
	Estudios	Suficiente	8
	Receta	Insuficiente	7
	No recibió ninguna	No realizado	6
	El médico le regaño	Inadecuado	5

<b>Relación médico-paciente</b>			
Su médico tratante le atendió	Todas la veces	Excelente	9
	La mayoría de la veces	Suficiente	8
	Algunas veces	Insuficiente	7
	No lo conoció	No realizado	6
	Le rechazó	Inadecuado	5
<b>Información</b>			
La información que le proporcionó su médico fue:	Amplia y clara	Excelente	9
	Suficiente	Suficiente	8
	Superficial	Insuficiente	7
	Nula	No realizado	6
	Confusa	Inadecuado	5
<b>Comodidad</b>			
El consultorio donde le otorgaron la atención está:	Muy cómodo	Excelente	9
	Cómodo	Suficiente	8
	Incómodo	Insuficiente	7
	Inadecuado	No realizado	6
	Le causo molestias	Inadecuado	5

FCAM 41

### Escala de calificación:

	<b>Rango</b>	<b>Valor</b>
Excelente	>80	1
Suficiente	72-79	2
Insuficiente	64-71	3
No realizado	56-63	4
Inadecuado	48-55	5